

2m11.2726.6

Université de Montréal

Relations entre la hardiesse,
les stratégies de coping et la qualité de vie au travail
d'infirmières françaises de réanimation

par

Philippe Delmas

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

Juillet 1999

©Philippe Delmas, 1999



Année 2000

WY
5
U58
1999
V.021

Université de Montréal

Recherche en santé
les stratégies de coping et la qualité de vie au travail
des infirmières françaises de réanimation

par

Philippe Lehoucq

Faculté des sciences infirmières

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

juillet 1999

Philippe Lehoucq, 1999



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Relations entre la hardiesse,
les stratégies de coping et la qualité de vie au travail
d'infirmières françaises de réanimation

présenté par :

Philippe Delmas

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Bouchard : président rapporteur

André Duquette : directeur de recherche

Lyne Cloutier : membre du jury

Mémoire accepté le 1 septembre 1999

Sommaire

La profession infirmière en France représente près de 350,000 professionnelles dont près de 70 % exercent en secteur hospitalier public ou privée. De ce fait, elles occupent une place importante dans le système de santé et leur principal soucis est d'offrir des soins de qualité aux personnes soignées. Par contre, les différentes réformes hospitalières modifient de façon importante le travail des différents acteurs de santé. Plus spécifiquement, les infirmières de réanimation qui étaient déjà soumises à une charge de travail importante, à des problèmes éthiques, devront fournir des efforts supplémentaires afin de s'adapter à ses nouveaux stimuli. Il n'est pas étonnant que dans ce contexte de travail fort exigeant que certaines infirmières manifestent de l'épuisement professionnel. Il apparaît par contre qu'une ressource personnelle (la hardiesse) par l'intermédiaire de certaines stratégies de coping permettrait de faire face aux stressseurs et ainsi de maintenir une certaine qualité de vie au travail. Il s'avère d'après la revue des écrits que les facteurs qui contribuent à maintenir une qualité de vie au travail sont encore mal connus, d'où la pertinence de cette recherche. Le but de cette recherche est d'une part, de décrire les niveaux de qualité de vie au travail et de hardiesse, de même que les stratégies de coping utilisées par les infirmières de réanimation et, d'autre part, d'examiner les relations entre la hardiesse et les stratégies de coping, de même que les relations entre les stratégies de coping et la qualité de vie au travail, des infirmières françaises œuvrant en réanimation.

Cette recherche a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance formé de 137 infirmières ayant répondu à un questionnaire auto-administré et anonyme. La hardiesse a été mesurée à l'aide de l'échelle `` Des Points de Vue Personnel `` (Kérouac et Duquette, 1992), les stratégies de coping par l'échelle de Bouchard et coll. (1995) et la qualité de vie au travail par une traduction du chercheur de l'échelle de la qualité de vie au travail de Elizur et Shye (1990). Le cadre de référence qui a servi de fondement pour la présente étude est composé du cadre conceptuel de Roy (1991) qui a permis de guider le choix des variables à étudier, et de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) qui a permis de préciser les relations entre ces différentes variables. En regard des résultats, il apparaît que les infirmières de réanimation ont un sens élevé de l'engagement et de la maîtrise qui sont deux dimensions de la hardiesse. De même, les infirmières de

réanimation n'évitent pas les situations problématiques car les stratégies d'évitement sont les moins utilisées par celles-ci. Par contre, elles manifestent un degré plutôt bas de qualité de vie au travail. En effet, le score global se situe au niveau du quatrième décile de la distribution théorique alors que les résultats des autres variables d'intérêt se situent au niveau du sixième ou septième décile de la distribution théorique. En outre, les tests de corrélation de Pearson permettent de supporter six hypothèses de recherche qui postulaient des relations significatives, d'une part, entre les trois dimensions de la hardiesse et les trois types de stratégies de coping, d'autre part entre deux types de stratégies de coping et la qualité de vie au travail. De plus, une relation significative et négative non prévue est apparue entre le sens du défi et les stratégies de recherche de soutien social. Des analyses de régressions multiples selon l'approche de Baron et Kenny (1986) ont permis d'examiner l'effet médiateur des stratégies de coping. De ces résultats, il ressort un fait saillant, soit que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème exercent un rôle médiateur entre le sens de l'engagement et de maîtrise et la qualité de vie au travail. De ce fait, la hardiesse n'agit pas de façon directe sur la qualité de vie au travail des infirmières mais par l'adoption par celles-ci de stratégies de réévaluation positive et de résolution de problème face à des situations problématiques. De même, l'absence de la dimension du défi dans cette relation médiatrice, pose de nouveau le questionnement de sa pertinence dans l'étude du concept de la hardiesse. Enfin, il apparaît de nouvelles pistes de recherche qui peuvent prendre des approches différentes. En effet, une approche quantitative, de type expérimentale, par l'intermédiaire de l'évaluation d'un programme de développement de la hardiesse, permettrait de mieux tester la théorie de Maddi et Kobasa (1984). Par contre, une approche qualitative permettrait de raffiner le concept de la hardiesse et de proposer de nouvelles voies pour la dimension du défi. De plus, il serait aussi intéressant de poursuivre les investigations sur la mesure de la qualité de vie au travail auprès de populations d'infirmières.

Table des matières

Sommaire	ii
Listes des tableaux	vii
Listes des figures	ix
Listes des appendices	x
Introduction	1
Chapitre premier- Le problème	4
Le but de l'étude	11
Les questions de recherche	11
Chapitre deuxième – La revue des écrits	12
Le cadre de référence	14
Le cadre conceptuel	14
La théorie de Maddi et Kobasa (1984)	18
Le concept de hardiesse	21
Les fondements philosophiques et conceptuels de la hardiesse	21
Les fondements empiriques de la hardiesse	24
Le concept de coping	33
Le coping vue par Maddi et Kobasa (1984)	33
Les différentes approches du coping	34
L'approche du coping selon Lazarus et Folkman (1984)	35
Les effets du coping sur la santé	38
La cohérence du choix de l'approche du coping	38
selon Lazarus et Folkman (1984)	
Le concept de qualité de vie au travail	39
L'historique du concept et son approche dans le milieu industriel	39
Les différentes approches du concept	40
Les infirmières et le concept de qualité de vie au travail	42
L'approche de Elizur et Shye (1990)	43
La revue des études corrélationnelles	49
Les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel	49
Les relations entre la hardiesse et la détresse psychologique	62
et émotionnelle	

Table des matières (suite)

Les relations entre la hardiesse et le bien-être psychologique.....	63
Les relations entre la hardiesse et la satisfaction au travail.....	64
Conclusion.....	65
Les hypothèses de la recherche	66
Chapitre troisième – La méthode de recherche.....	67
Le devis de l'étude	68
La définition des variables.....	68
Les instruments de mesure.....	70
Les prétests des instruments	76
Le milieu.....	76
La population et l'échantillon.....	76
Le déroulement de l'étude	77
Les considérations éthiques	78
Chapitre quatrième – Le présentation des résultats.....	79
Les caractéristiques socioprofessionnelles des répondantes.....	80
Les valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure.....	82
La vérification des hypothèses de recherche	88
Des analyses complémentaires	91
Chapitre cinquième – La discussion des résultats	100
L'authenticité des résultats de recherche.....	101
Des infirmières ayant un sens élevé	105
de l'engagement et de la maîtrise	
Des infirmières qui évitent peu les.....	109
situations problématiques	
Des infirmières qui témoignent d'un niveau.....	112
modéré de qualité de vie au travail	
La discussion des hypothèses de recherche	113
Des stratégies de coping exercent un rôle médiateur	118
entre des dimensions de la hardiesse et la qualité	
de vie au travail	
Les recommandations.....	122
Conclusion.....	125
Références	128

Listes des tableaux

Tableau I	Distribution des répondantes selon les unités de réanimation	81
Tableau II	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles	81
Tableau III	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques personnelles.....	82
Tableau IV	Moyenne, écart type, étendue et coefficient de variation de la hardiesse et de ses dimensions.....	83
Tableau V	Présentation des résultats relatifs à la hardiesse et ses dimensions lors d'études antérieures auprès de populations d'infirmières francophones	83
Tableau VI	Moyenne, écart type, étendue, coefficient de variation des stratégies de coping	85
Tableau VII	Moyenne, écart type, étendue et coefficient de variation de la qualité de vie au travail et de ses dimensions.....	86
Tableau VIII	Test de t, seuil de signification entre la variable	87
Tableau IX	Moyennes obtenues aux stratégies de distanciation/ évitement pour les personnes vivant en couple ou seul.....	87
Tableau X	Corrélations entre les dimensions de la hardiesse et les stratégies de coping	88
Tableau XI	Corrélations entre les stratégies de coping et la qualité de vie au travail	88
Tableau XII	Analyses de régression linéaire multiple du sens de l'engagement sur les stratégies de réévaluation positive/ résolution de problème	93

**Listes des tableaux
(suite)**

Tableau XIII	Analyses de régression linéaire multiple du sens de l'engagement sur la qualité de vie au travail.....	93
Tableau XIV	Analyses de régression linéaire multiple des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, du sens de l'engagement sur la qualité de vie au travail.....	93
Tableau XV	Analyse de régression linéaire multiple du sens de la maîtrise sur les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème.....	94
Tableau XVI	Analyse de régression linéaire multiple du sens de la maîtrise sur la qualité de vie au travail	94
Tableau XVII	Analyse de régression linéaire multiple du sens de la maîtrise, des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème sur la qualité de vie au travail	95
Tableau XVIII	Analyse de régression linéaire multiple du sens du défi sur les stratégies de recherche de soutien social	95
Tableau XIX	Analyse de régression linéaire multiple du sens du défi sur la qualité de vie au travail.....	96
Tableau XX	Analyse de régression linéaire multiple du sens du défi, des stratégies de recherche de soutien social sur la qualité de vie au travail.....	96
Tableau XXI	Analyse de régression linéaire multiple des dimensions de la hardiesse, des stratégies de coping sur la qualité de vie au travail	98

Listes des figures

Figure 1	Niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude	19
Figure 2	Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984)	22
Figure 3	Structure de la qualité de vie au travail	45
	(Elizur et Shye, 1990)	
Figure 4	Structure conique de la qualité de vie au travail	47
	en regard de la qualité de vie en général	
Figure 5	Illustration des hypothèses de recherche	66
Figure 6	Représentation graphique des résultats obtenus concernant les hypothèses de recherche confirmées	90
Figure 7	Présentation des variables qui répondent aux critères de Baron et Kenny (1986).....	92
Figure 8	Illustration de l'effet médiateur des stratégies de coping entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail.....	99
Figure 9	Niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude en regard de ses résultats.....	121

Listes des appendices

Appendice A

Récapitulatifs des études relatives aux variables étudiées.....	xi
--	----

Appendice B

Echelle de la hardiesse	xix
-------------------------------	-----

Appendice C

Echelle des stratégies de coping.	xxi
--	-----

Appendice D

Echelle de la qualité de vie au travail.....	xxiii
---	-------

Appendice E

Résultats psychométriques des différentes dimensions de la qualité de vie au travail.....	xxv
--	-----

Appendice F

Questionnaire sociodémographique.....	xxvii
---------------------------------------	-------

Appendice G

Lettres d'autorisation	xxxii
------------------------------	-------

Appendice H

Certificat d'éthique	xli
----------------------------	-----

Introduction

Le contexte de soin français en perpétuel changement depuis quelques années modifie de façon considérable les institutions hospitalières. Ce constat implique que les différents acteurs de santé doivent déployer sans cesse des capacités d'adaptation aux changements. Il apparaît parfois que la dimension humaine est oubliée pour laisser place à des restructurations normatives. Il n'est donc pas étonnant, que dans ce climat de travail, les infirmières manifestent un niveau élevé d'épuisement professionnel, ce qui d'ailleurs a de nombreuses fois été décrit par les écrits. Il semble donc pertinent, dans une dimension de promotion de la santé au travail, de s'intéresser aux déterminants psychosociaux de la santé des infirmières au travail. D'ailleurs, la revue des écrits est peu abondante sur ce sujet d'autant plus que le concept de qualité de vie au travail peut être abordé par de multiples facettes. S'appuyant sur le modèle de Roy (1991), qui met l'insistance sur l'adaptation de l'individu ou d'un groupe d'individus aux différents stimuli comme en autre ceux du travail, cette recherche met l'accent sur une ressource personnelle de l'individu (la hardiesse) qui permettrait à l'infirmière de mieux faire face aux stressors occupationnels. Plus finement, la hardiesse par l'intermédiaire de l'adoption de certaines stratégies de coping permettrait à l'infirmière de percevoir une meilleure qualité de vie au travail. Il semble donc primordial pour les institutions de s'intéresser aux ressources de la personne, étant donné que les ressources contextuelles diminuent, dans l'optique de maintenir une qualité de vie au travail. En effet, il semble incohérent de penser qu'une institution de soin, dont le but ultime est de garantir une qualité de soin auprès des personnes soignées, ne permette pas au personnel soignant de développer une qualité de vie au travail. Le but de cette recherche est d'une part, de décrire les niveaux de qualité de vie au travail et de hardiesse, de même que les stratégies de coping utilisées par les infirmières de réanimation et, d'autre part, d'examiner les relations entre la hardiesse et les stratégies de coping, de même que les relations entre les stratégies de coping et la qualité de vie au travail, des infirmières œuvrant en réanimation. Les résultats ainsi obtenus permettront de développer des connaissances sur les facteurs influençant de façon directe ou indirecte la qualité de vie au travail.

Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Le premier présente le problème de recherche, le but de l'étude et les questions de recherche. Le deuxième chapitre brosse une revue des écrits sur les concepts de la hardiesse, des stratégies de coping et la qualité de vie au travail, de même que sur les études corrélationnelles entre les différentes variables. Enfin, le cadre de référence est présenté ainsi que les hypothèses de recherche. Le troisième chapitre aborde la méthode de recherche de la présente étude. Les résultats sont présentés au quatrième chapitre, qui est suivi par une discussion au cinquième chapitre.

Chapitre premier

Le problème

Le système de santé français est en phase de mutation. En effet, après des réformes de type statutaire (1995), les ordonnances Juppé (1996) signent l'engagement du système hospitalier dans une nouvelle ère : celle de l'accréditation qui est une démarche externe d'évaluation de la qualité des soins. Les conséquences attendues au niveau des centres hospitaliers sont à type de fusion de services intrahospitaliers et parfois regroupement avec le système de soins privé. La vie quotidienne des acteurs de santé est ainsi redessinée sous l'angle de la performance et de l'adaptation à la fois aux changements et aux nouveaux stimuli. En particulier, et dans un contexte plus spécifique, les infirmières de réanimation représentent un groupe de personnes particulièrement exposées à de nombreux changements constants et répétés. En effet, en réanimation, les infirmières doivent faire face de plus en plus à des changements permanents en terme de matériels de soin, conséquences de l'évolution de la biotechnologie, mais aussi au niveau des protocoles de soins délégués issus de la recherche biomédicale. De même, l'infirmière de réanimation se trouve confrontée à d'importantes considérations éthiques qui ajoutées à la technologie médicale sont à considérer comme des nouveaux stimuli pour l'infirmière. D'ailleurs, Duquette, Kérouac, Saulnier et Sandhu (1994) notaient que la technologie médicale sans cesse changeante et les importantes considérations éthiques étaient de nouveaux facteurs pouvant s'ajouter aux sources de stress actuelles. Tous ces stimuli ajoutés aux sources de stress déjà existantes dans ces unités (Delmas, Cloutier et Pronost, 1997 ; Morissette, 1993) demandent aux infirmières de ces services de puiser dans leurs ressources personnelles afin de trouver la capacité de s'adapter à ce contexte de travail fort exigeant.

Malgré cet environnement, le travail occupe chez les infirmières une place prépondérante en raison du temps investi, de l'énergie déployée et des ressources personnelles et sociales consacrées au soin des personnes qui vivent des expériences de santé ou des épisodes de maladie. Il est licite de penser que le travail infirmier, même s'il est fort exigeant, puisse permettre la promotion de la santé de l'infirmière. En effet, le travail de celle-ci représente bien plus qu'un gagne-pain et peut être considéré comme une composante importante de sa santé. Le travail infirmier est un lieu privilégié de

sociabilité, d'appartenance à un groupe et de relations humaines. Il est aussi une importante source d'identité et d'utilité sociale. Prendre soin des personnes peut contribuer à l'estime de soi, à la croissance et au développement de l'infirmière. D'ailleurs, des observations permettent de constater que certaines infirmières des unités de réanimation manifestent un intérêt et un enthousiasme au travail de même qu'un engagement à la fois auprès des personnes soignées mais aussi au niveau de l'institution. De plus, elles disent être globalement satisfaites de leurs conditions de travail et perçoivent de façon moins menaçante que d'autres infirmières les stresseurs du travail. En outre, le travail infirmier peut leur permettre d'affirmer leur personnalité, de développer leur dextérité, de répondre de façon globale à leurs attentes tout en respectant leurs valeurs sociales et culturelles. D'ailleurs de façon globale, elles sont peu sujettes aux arrêts maladies. Par conséquent, il est licite de penser que ces infirmières maintiennent un certain équilibre dans les dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle de leur vie au travail. De plus, un regard plus attentif sur leurs comportements amène à observer qu'elles utilisent de façon privilégiée la méthode de résolution de problème pour aborder les situations exigeantes de leur travail. Il semble donc que leur mode d'adaptation soit basé sur des stratégies actives plus appropriées pour faire face aux stimuli. D'ailleurs, en regard du modèle conceptuel infirmier de Roy (1991), il apparaît que ces infirmières de réanimation promouvoient des mécanismes d'adaptation appropriés en réponse aux stimuli du travail ce qui leur permet de maintenir une homéostasie en regard des quatre modes d'adaptation (Roy, 1991) : physiologique, image de soi, fonction de rôle et interdépendance. De ce fait, ces infirmières semblent demeurer en santé malgré un univers de travail pourvoyeur de stressors d'où la pertinence de s'interroger sur leurs caractéristiques personnelles qui favorisent l'adoption de telles stratégies d'adaptation.

Au regard de la revue des écrits, il semble que ces infirmières de réanimation expriment des comportements liés à la qualité de vie au travail que d'autres auteurs ont pu observer chez des populations d'infirmières différentes (Sharon et Lynch, 1994). Cependant, on ne connaît pas à ce jour la qualité de vie au travail chez ces infirmières d'une façon empirique. De plus, ce concept de qualité de vie au travail d'infirmières a

très peu été examiné dans les études scientifiques. En outre, Il apparaît que le concept de qualité de vie au travail soit difficile à définir (Kiernan et Marrone,1995) car sa signification diffère en fonction des auteurs. En effet, selon Flanagan (1992), il se réduit très souvent à une seule composante qui est la satisfaction des individus au travail qui fut d'ailleurs longuement étudiée par les managers (Goode, 1989) dans une perspective de rentabilité et de productivité. D'autres auteurs (Havlovic, 1991 ; Stepp, 1985) ont introduit les notions de participation des travailleurs et de contrôle sur l'environnement de travail. Dans un courant plus humaniste, d'autres auteurs (Andrew et Withey, 1974 ; Goodale, Hall, Burke et Joyner, 1975) se sont focalisés sur la prise en considération dans le concept de qualité de vie au travail de la dimension du bien-être psychologique, soit des sentiments d'énergie, de détente, de plaisir et d'intérêt en rapport avec le travail. Or, il s'avère que le concept de qualité de vie au travail ne se réduit pas à une seule composante (Kierman et Knustson, 1990) même si de nombreux auteurs (Mirvis et Lawler, 1984 ; Seashore, 1975 ; Sheppart, 1975) ont utilisé la satisfaction au travail comme seule mesure de la qualité de vie au travail. De ce fait, Il est clair qu'il n'existe pas de consensus entre les auteurs et c'est à partir d'une approche multidimensionnelle qu'il faut aborder ce concept.

D'ailleurs Elizur et Shye (1990) ont adopté une approche globale afin de tenter de donner une définition comportant les multiples facettes de la qualité de vie au travail. A partir de l'analyse de « Facet » qui est une méthode statistique dont le but est de circonscrire un concept multidimensionnel, ils définissent la qualité de vie au travail d'une personne comme un haut niveau d'efficacité de celle-ci dans les domaines psychologique, physique, social et culturel en relation avec ses modes de fonctionnement expressif, intégratif, adaptateur et conservateur, qui sont des modes différents d'interaction de l'individu avec son environnement. De plus, ils ont fait la différence au niveau conceptuel et opérationnel entre la qualité de vie au travail, la satisfaction au travail et la qualité de vie des personnes. Leur concept de qualité de vie au travail a de plus été opérationnalisé et leur échelle a été traduite et utilisée dans cette étude. Il semble donc intéressant de regarder ce concept et ce phénomène au niveau des infirmières de réanimation car il n'existe pas d'étude à ce sujet. En outre, c'est un

indicateur positif de santé au travail par rapport aux autres études (Delmas et coll., 1997 ; Morissette, 1993) qui ont utilisé un indicateur négatif comme l'épuisement professionnel, ce qui permet d'inscrire cette étude dans une dimension de promotion de la santé au travail.

L'étude proposée sur la qualité de vie au travail d'infirmières rejoint la conception de Roy (1991) qui se distingue par la promotion de l'adaptation des individus ou des groupes à des environnements changeant et ponctués de nombreux stimuli. De plus, le but des interventions infirmières selon Roy (1991) est d'agir sur les stimuli afin de permettre des réponses adaptées des individus pour favoriser la santé et la qualité de vie. En outre, Roy (1991) conçoit la santé sous un angle humaniste élargissant ainsi la simple notion d'adaptation d'Helson (1964) ainsi que la théorie des systèmes (Von Bertalanffy, 1968). Le choix du cadre conceptuel de Roy (1991) semble ainsi pertinent pour servir de guide pour cette étude. De plus, il a été retenu par un groupe de chercheur de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Lévesque, Ricard, Ducharme, Duquette et Bonin, 1996) pour servir de guide au niveau des problématiques touchant l'adaptation des individus. Si le modèle de Roy (1991) permet d'identifier et de choisir les différentes variables de l'étude soient : les stimuli contextuels, les processus d'adaptation et les comportements adaptés dans les quatre modes, il ne décrit pas de façon précise les relations entre ces différentes variables. Afin de circonscrire de façon précise ses différentes relations, la théorie de Maddi et Kobasa (1984) viendra apporter un éclairage sur les relations attendues. De ce fait, la théorie de Maddi et Kobasa (1984) servira de théorie intermédiaire (Fawcett et Downs, 1986) et permettra de faire un choix éclairé dans l'opérationnalisation des variables. De même, l'utilisation de la théorie intermédiaire de Kobasa et Maddi (1984) au niveau d'une population française va permettre de tester sa pertinence et son adéquation et par là même, de renforcer sa robustesse, s'il y a lieu. De la même façon, la pertinence du modèle conceptuel de Roy (1991) comme guide pour ce type d'étude pourra également être examiné.

Kobasa (1979) a montré qu'un bon nombre d'individus se maintenaient en santé malgré une exposition répétée et soutenue à des stressors en milieu de travail. Les

facteurs qu'elle a pu dégager pour expliquer ce phénomène sont la constitution physique de la personne, ses habitudes de vie, ses ressources sociales ainsi que des caractéristiques de la personnalité comme la hardiesse. Il s'avère selon l'auteure que la hardiesse soit la principale ressource pour confronter les stressseurs. Cette ressource est constituée de trois composantes qui sont : **le sens de l'engagement** qui est une tendance à s'impliquer pleinement dans une série de situations comme le travail, **le sens du contrôle** qui est la tendance de croire et d'agir comme si la personne peut influencer le cours des événements et **le sens du défi** qui est la tendance de croire que le changement fait partie d'un mode de vie normal. Ainsi la hardiesse apparaît comme une des plus puissante ressource de l'individu dans le but de faire face aux situations stressantes (Kobasa, Maddi, Pucetti, Zola, 1984). De nombreuses études rapportées par Duquette et coll. (1995) ont montré qu'il existait une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel. Delmas et coll (1997) et Morisette (1993) ont retrouvé ces mêmes résultats dans les unités de soins intensifs. De plus, Harrisson (1995) et Savignac (1993) ont montré une relation significative et positive entre la hardiesse et le bien-être. Duquette et coll. (1995) sur une population d'infirmières en gériatrie ont montré qu'il existait une relation significative et positive entre la hardiesse et les stratégies actives d'adaptation qui sont en lien négatif avec l'épuisement professionnel. Ainsi, il apparaît que les infirmières qui font preuve de hardiesse manifestent moins d'épuisement professionnel et semblent développer un meilleur bien-être psychologique. Cependant, il ne semble pas exister d'étude corrélative entre la hardiesse et la qualité de vie des infirmières au travail. Il est possible de supposer à la lumière de ces écrits que l'infirmière hardie aura tendance à percevoir une plus grande qualité de vie au travail.

Il devient aussi important pour les intervenants en soins infirmiers de se préoccuper de ce phénomène de la qualité de vie au travail, car les ressources humaines en période de restriction deviennent une des principales sources de préoccupation. Il semble donc pertinent pour les intervenants de s'intéresser au développement des connaissances sur les facteurs influençant la qualité de vie au travail. De plus, une meilleure compréhension des ressources personnelles comme la hardiesse peut

contribuer à aider les individus à s'adapter aux différents stimuli et devenir un facteur important pour la promotion de leur santé (Bigbee, 1985 ; Lambert et Lambert, 1987 ; Ouellette, 1993 ; Pollock, 1989 ; Tarstarsky, 1993). De plus, Maddi (1990) montre que la hardiesse peut être apprise par un programme de formation court. Il semble donc important d'étudier les relations entre la hardiesse et la qualité de vie au travail ce qui pourrait guider les intervenants pour mettre en place des programmes auprès des infirmières afin de maintenir et de développer leur santé.

En outre, les stratégies de coping, qui correspondent aux actions entreprises par la personne pour répondre à une situation problématique, apparaissent comme une variable d'intérêt dans l'étude des relations entre la hardiesse et la qualité de vie au travail. En effet, on peut supposer que l'infirmière hardie développera des stratégies de coping différentes par rapport à l'infirmière moins hardie afin de répondre à une situation problématique, ce qui pourrait éventuellement avoir une influence sur leur niveau de qualité de vie au travail. De plus Tedesco-Carreras (1988) soutenaient qu'il est important d'augmenter les ressources personnelles des infirmières afin qu'elles puissent faire face aux nouveaux stimuli du travail tout en adoptant des stratégies d'adaptation appropriées afin de maintenir un haut niveau de qualité de vie. De ce fait, il semble cohérent d'intégrer cette variable à l'étude des relations entre la hardiesse et la qualité de vie au travail. De plus, Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer et Wright (1995) après une étude factorielle des stratégies de coping définies par Lazarus et Folkman (1984) ont abouti à une structure tridimensionnelle de celles-ci (recherche de soutien social, réévaluation positive/ résolution de problème, évitement/distanciation) facilitant leur mesure. Par contre, il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude chez les infirmières ayant regardé les relations entre la hardiesse et le type de stratégies de coping telles que définies par Bouchard et al (1995).

L'objectif ultime de cette étude est d'apporter un nouvel éclairage sur les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail, et ceci afin de préciser les interrelations qui pourraient permettre aux infirmières d'optimiser leurs ressources personnelles en vue de s'adapter efficacement tout en se maintenant en

santé face aux changements. Dans les écrits, la hardiesse a souvent été étudiée avec des indicateurs négatifs de santé comme l'épuisement professionnel ou la détresse psychologique (D'Ambrosia, 1987 ; Delmas et coll., 1997 ; Jama, 1987 ; Mc Granie et all, 1987 ; Morisette, 1993 ; Rich et Rich, 1987 ; Topf, 1989). La préoccupation des chercheurs a presque toujours été axée sur les relations entre le stress et l'apparition de réactions associées à des problèmes de santé mentale et/ou physique (Harrisson, 1995). Il existe peu de recherches sur les infirmières qui confrontées à des stressseurs de plus en plus importants restent en santé et même développent un niveau élevé de qualité de vie au travail. De plus, l'étude de la qualité de vie au travail des infirmières ne semble pas avoir été réalisée en ce qui concerne la multidimensionnalité de ce phénomène. Enfin, au niveau d'une population d'infirmières françaises, le concept de la qualité de vie au travail des infirmières en relation avec la hardiesse et les stratégies de coping ne semble pas avoir été étudié. La revue des écrits amène à constater qu'il n'existe pas d'étude qui traite des relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et de la qualité de vie des infirmières, ce qui finalement justifie au plan empirique le questionnement de la présente étude.

Le but de l'étude

Le but de cette recherche est, d'une part, de décrire les niveaux de qualité de vie au travail et de hardiesse de même que les stratégies de coping utilisées par les infirmières de réanimation et, d'autre part, d'examiner, les relations entre la hardiesse et les stratégies de coping de même que les relations entre les stratégies de coping et la qualité de vie au travail, d'infirmières œuvrant dans les services de réanimation d'un centre hospitalier universitaire du sud ouest de la France.

Les questions de recherche

- 1) Quel est le niveau de qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation ?
- 2) Quelles sont les stratégies de coping utilisées par des infirmières de réanimation ?
- 3) Quel est le niveau de hardiesse d'infirmières de réanimation ?

- 4) Quelles sont les relations entre les dimensions de la hardiesse et le type de stratégies de coping d'infirmières de réanimation ?
- 5) Quelles sont les relations entre le type de stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation ?

Chapitre deuxième
La revue des écrits

Le chapitre sur la revue des écrits comprend plusieurs parties qui décrivent, d'une part, le cadre de référence de la présente étude, d'autre part, les différentes variables de l'étude : la hardiesse, le coping et la qualité de vie au travail puis, les interrelations entre ces différentes variables auprès de populations d'infirmières soignantes. En dernier lieu, les hypothèses de recherche sont exposées.

Le cadre de référence

Cette partie du texte expose le cadre conceptuel de Roy (1991) qui est retenu pour la présente étude ainsi que la théorie de Maddi et Kobasa (1984) qui sert de théorie intermédiaire.

Le cadre conceptuel

Le choix du cadre conceptuel comme guide pour la présente étude s'est porté sur le modèle conceptuel de Roy (1991) car il se distingue par la promotion de l'adaptation des individus ou des groupes (les infirmières dans ce cas) à leur environnement changeant et exposés à différents types de stimuli. Selon Fawcett et Downs (1986), le modèle de Roy (1991) doit guider le chercheur vers l'étude des problèmes liés à l'adaptation des personnes à leur environnement en constant changement avec la recherche de solutions pour la pratique clinique. Les auteurs précisent que le but de la recherche est orientée vers la compréhension et la promotion de l'adaptation des personnes afin de favoriser la santé et la qualité de vie. En outre, Roy (1991) conçoit l'adaptation des individus sous un angle humaniste élargissant ainsi la simple notion d'adaptation d'Helson (1964) ainsi que la théorie des systèmes de Von Bertalanffy (1968). Ces différents éléments sont en cohérence avec la problématique, le type et le but de la présente étude.

De façon plus précise, les éléments du métaparadigme infirmier sont définis par **la personne** (infirmière) comme étant un système d'adaptation ouvert où les intrants sont exogènes (environnementaux) ou endogènes (le moi), **la santé** (qualité de vie au

travail) comme un processus d'adaptation dans quatre modes et qui permet à la personne de rester ou de devenir intègre, **l'environnement** comme l'ensemble des stimuli internes (hardiesse) et externes (stresseurs occupationnels) pouvant influencer les comportements et **le soin** comme la promotion de l'adaptation selon les quatre modes (Roy, 1991).

Les concepts primordiaux ou les phénomènes d'intérêt développés par le modèle de Roy (1991) sont au nombre de quatre (Gasse, Guay, 1994) : les intrants, le contrôle, les extrants et la boucle de rétroaction. Les intrants représentent les différentes catégories de stimuli dont l'ensemble constitue selon Helson (1964) le niveau d'adaptation de l'individu. Ce niveau est en perpétuel changement car l'individu développe constamment de nouvelles habiletés d'adaptation. Les catégories de stimuli sont au nombre de trois : **le stimulus focal** (les stresseurs au travail) qui représente le stimulus auquel la personne fait face immédiatement, sa nature peut être interne ou externe, **les stimuli contextuels** qui regroupent tous les autres stimuli présents dans la situation, ils sont de nature externe (environnement) ou interne (la hardiesse) et **les stimuli résiduels** qui représentent les croyances, les expériences antérieures de la personne. Selon Roy (1991), ces derniers stimuli ne peuvent être observés ni mesurés. Roy (1991) décrit de façon complexe les processus de contrôle qui traitent l'information provenant des intrants. Elle relie ce contrôle à des mécanismes d'adaptation innés ou acquis permettant à la personne de répondre aux changements environnementaux. L'auteure distingue, dans les mécanismes d'adaptation, des mécanismes régulateurs réflexes et automatiques qui font intervenir respectivement des processus neurobiologiques et des mécanismes cognitifs (le coping) dont la réponse est consciente et résulte de processus tel que la perception, le traitement de l'information, l'apprentissage, le jugement et l'émotion.

Suite aux différents processus de contrôle, la personne adopte un comportement qui est considéré comme une réponse à la situation ou extrants. Cette action peut être adaptée ou non à la situation. Le niveau d'adaptation de la personne est étudié dans quatre modes : le mode physiologique, le mode du concept de soi, le mode fonction de rôle et le mode de l'interdépendance. **Le mode physiologique** représente les besoins de

base inhérents à l'intégrité physiologique, **le mode du concept de soi** fait référence à l'ensemble des croyances et des perceptions qu'un individu a de lui-même, **le mode de fonction de rôle** correspond à l'intégrité sociale de l'individu qui peut être influencée par certains facteurs comme les normes sociales et son image de soi, **le mode de l'interdépendance** représente les relations intimes des personnes comme les interactions réciproques à la recherche d'attention, d'affection, de reconnaissance et d'approbation des autres. En final, les extrants du système représentent les comportements adaptés ou non dans les quatre modes. Les comportements adaptés favorisent l'intégrité de la personne dans l'atteinte de ses buts humains. De plus, Roy (1991) note une rétroaction entre les extrants et les intrants, soit qu'un extrant peut devenir dans une relation circulaire un stimulus focal ou contextuel.

Bref, le modèle de Roy (1991) accorde de l'importance aux déterminants psychosociaux de la santé. Il semble donc adéquat de le prendre comme cadre conceptuel, étant donné que la problématique suggérée fait appel aux déterminants psychosociaux de la santé des infirmières dans leur milieu de travail. Par contre le modèle de Roy n'est pas assez explicite quant aux facteurs influençant la relation stressseurs-maladie. D'ailleurs Fawcett et Downs (1986) montrent que le modèle conceptuel ne peut être testé directement mais à l'aide de théories intermédiaires. Nous avons donc emprunté comme théorie intermédiaire celle de Maddi et Kobasa (1984) dont les fondements théoriques furent élaborés à partir des différentes études empiriques décrites précédemment.

De façon plus spécifique, les différents éléments du modèle de Roy (1991) retenus dans la présente étude sont au nombre de trois : les stimuli contextuels, les mécanismes d'adaptation, les quatre modes d'adaptation. Ces trois éléments ont été reliés à certaines variables de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) dont une des fonctions est de préciser les différents éléments retenus du modèle de Roy (1991). En effet, la hardiesse selon Maddi et Kobasa (1984) fait appel à des croyances de la personne, à ses capacités à faire face aux stressseurs. De plus, elle apparaît comme une des plus importantes caractéristiques internes de la personne à faire face aux stressseurs.

En outre, la personne hardie adopte de façon préférentielle des stratégies de coping transformationnel. Cette approche de la hardiesse selon Maddi et Kobasa (1984) précise la nature du stimulus contextuel qui se définit comme une ensemble de facteurs externes ou internes qui peuvent affecter les mécanismes d'adaptation de la personne en regard des stimuli focaux (stresseurs). Par contre, le concept de hardiesse s'éloigne de la conception des stimuli résiduels de Roy (1991). En effet, bien que la hardiesse se définit comme une croyance, comme un trait de personnalité de l'individu, l'approche existentialiste qui soutend le concept permet de l'aborder selon une perspective dynamique et de croissance personnelle. Selon Roy (1991), il est difficile d'évaluer l'impact des stimuli résiduels sur les mécanismes d'adaptation ainsi qu'à les modifier car ils font plus appel à des traits stables de personnalité. Il y a donc antagonisme entre les deux approches.

Le second élément retenu par la théorie de Maddi et Kobasa (1984) et en lien avec un élément du modèle de Roy (1991) est le coping. Selon Maddi et Kobasa (1984), le coping se définit comme la capacité de la personne de penser ou de faire quelque chose pour s'ajuster aux stresseurs dans le but de maintenir un haut niveau de santé. Les auteurs décrivent deux types de coping ayant des stratégies spécifiques ou actions utilisées par la personne. Ces deux types de coping définis par Maddi et Kobasa (1984) précisent l'angle de vision sous lequel le concept des mécanismes d'adaptation de Roy (1991) a été regardé.

Enfin, bien que le concept de santé, qui représente le troisième élément de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), ait été souvent évalué de façon empirique par des échelles de symptômes de maladies, Kobasa (1982) précise que la santé se définit plus par une absence de cassure de la personne dans ses dimensions biopsychosociales et culturelles, ce qui se rapproche de la conception de la santé de Roy (1991). En effet, Roy (1991) la définit comme un état qui permet d'être ou de devenir un individu intègre et unifié. Les quatre modes de fonctionnement de l'individu déterminés par Roy (1991) permettent d'observer les comportements de santé adaptés ou non de la personne. Ce sont les effecteurs qui permettent l'observation.

Ainsi, le modèle d'adaptation de Roy (1991) guide la présente étude à partir des différents concepts proposés par le modèle. En effet, le stimulus contextuel est associé au niveau théorique au concept de la hardiesse (Maddi et Kobasa, 1984) qui a été opérationnalisé au niveau empirique par l'Echelle Des Points De Vue Personnels (Kérouac et Duquette, 1992) qui est une traduction française de l'échelle mise au point par Kobasa (1990). De même, les mécanismes d'adaptation décrit par Roy (1991) ont été associés au niveau théorique au coping décrit par la théorie de Maddi et Kobasa (1984) et qui a été opérationnalisé par l'échelle de Bouchard et al.(1995) qui est une version réduite de l'échelle mise au point par Lazarus et Folkman (1984). Les niveaux d'adaptation dans les quatre modes ont été associés au niveau théorique au concept de santé/maladie de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) et plus précisément au concept de qualité de vie au travail dans une perspective de santé des infirmières au travail, au niveau empirique, le concept de santé a été opérationnalisé par l'échelle mise au point par Elizur et Shye (1990) qui explore d'ailleurs les quatre modes décrits par Roy (1991). Il existe donc une cohérence entre le niveau conceptuel, théorique et empirique de l'étude (voir figure 1)

La théorie de Maddi et Kobasa (1984)

Maddi et Kobasa (1984) ont bâti leur théorie à partir de la philosophie existentielle, ce qui implique que l'être humain est en processus de développement tout au long de son existence avec le choix de décision face aux événements qui se présentent à lui. Selon ces auteurs, l'accumulation d'événements stressants entraîne une montée de tension qui peut se manifester chez les individus par des symptômes physiques comme l'hypersudation au niveau des extrémités (mains, pieds), des épisodes de tachycardie et la possibilité de douleur angineuse. Ces signes reflètent un état de veille du corps humain. Les auteurs montrent que la persistance de cet état peut entraîner l'apparition de symptômes mineurs ou majeurs de maladies d'ordre physique ou mental. Ces trois variables, événements stressants, tension et symptômes de maladies constituent la

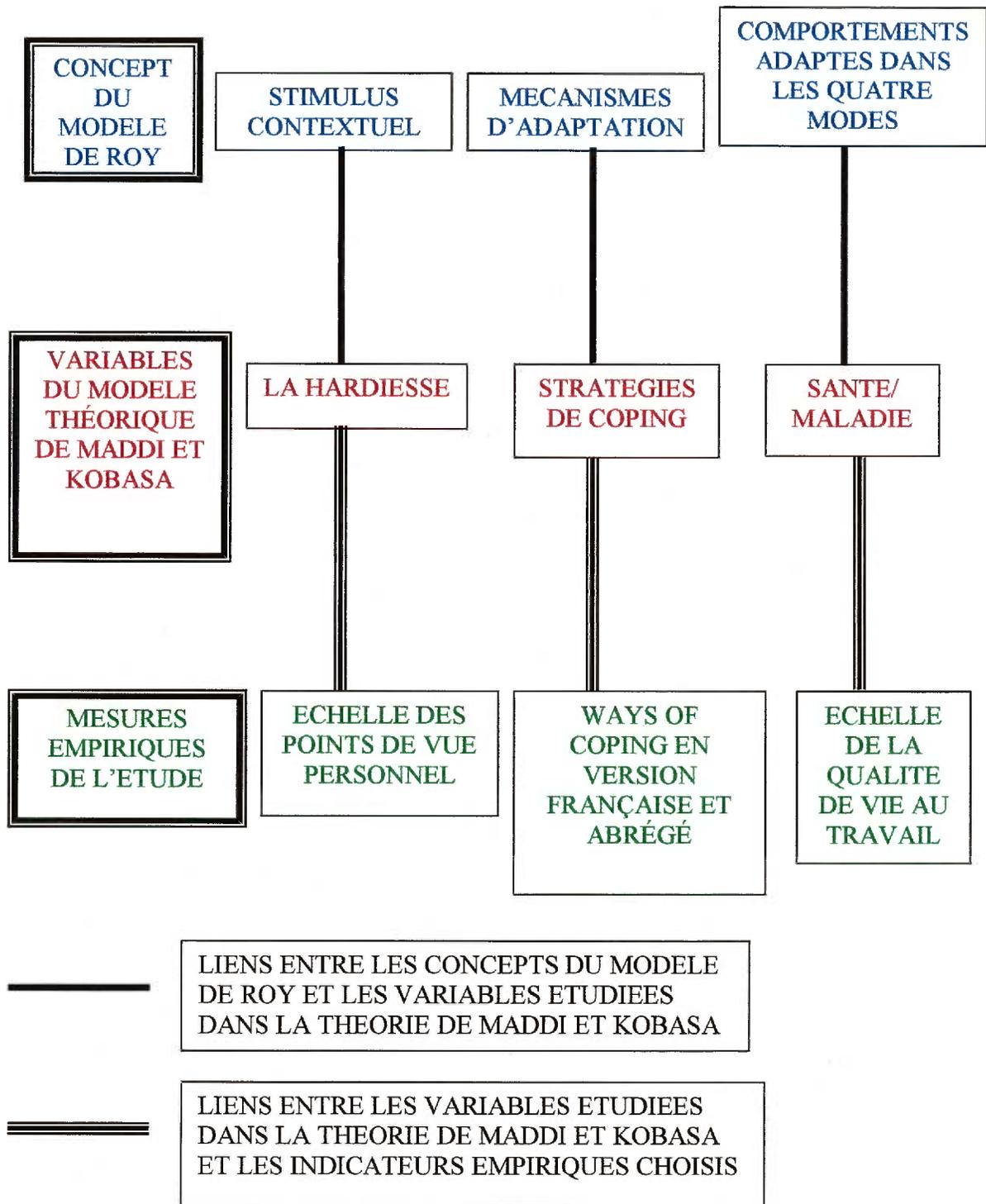


Figure 1. Niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude

relation principale à partir de laquelle les auteurs ont décrit des variables modératrices ou inductrices de cette relation.

Les auteurs décrivent une variable indépendante des autres qui exacerbe ou réduit de façon directe l'ampleur de la réaction de tension face à des stressseurs. Cette variable est la prédisposition constitutionnelle qui peut être considérée comme un caractère génétique. Les personnes qui possèdent des prédispositions constitutionnelles négatives sont spécialement sensibles aux stressseurs qui déclenchent une tension très importante et par la suite, de façon rapide, des symptômes de maladies. En ce qui concerne la relation entre le stress et les symptômes de maladies, Maddi et Kobasa (1984) décrivent une variable modératrice de la relation qui est les pratiques de santé. Elles consistent à diminuer la tension induite par les stressseurs en utilisant un artifice de moyens comme la pratique d'un sport.

Au niveau de la relation entre les événements stressants et la tension qui en résulte, les auteurs ont décrit une variable modératrice qui est le coping de type transformationnel (stratégies adaptatives transformationnelles). En effet, le type de coping permet de diminuer la capacité des événements stressants de produire une tension chez l'individu et ceci en modifiant la perception de ces événements grâce à une évaluation positive de la situation. La personne hardie utilise ce type de coping pour faire face aux stressseurs au travail. De même, elle fait appel au soutien social de ses pairs et de sa famille qui permet l'adoption de stratégies de coping transformationnel. La hardiesse apparaît comme un modérateur de la relation événements stressants-tension par l'adoption de stratégies de coping transformationnel mais aussi grâce à la recherche d'un soutien social qui favorise ce style de coping.

Le choix de cette théorie repose sur le fait qu'elle fournit des explications sur les phénomènes étudiés dans cette présente recherche et qu'elle prédit les relations entre les différentes variables retenues soit la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail. La figure 1 expose la structure conceptuelle, théorique et empirique de

l'étude. De plus, la prochaine partie va exposer de façon détaillée le concept de hardiesse.

Le concept de hardiesse

Cette partie du texte présente les fondements philosophiques, conceptuels et empiriques de la hardiesse qui ont permis à Maddi et Kobasa (1984) d'élaborer leur théorie illustrée par la figure 2

Les fondements philosophiques et conceptuels de la hardiesse

La mise en évidence d'un lien entre les stressseurs et l'apparition de symptômes de maladies (Rabkin et Struening, 1976) a stimulé les chercheurs à trouver des variables modératrices de cette relation (Antonovsky, 1979 ; Johnson et Sarason, 1978 ; Kobasa, 1979 ; Lefcourt, 1976). Ces variables qui auraient un effet modérateur entre les stressseurs et l'apparition de symptômes de maladies ont été identifiées comme étant probablement des prédispositions physiologiques, des expériences durant l'enfance, le soutien social, les pratiques de santé, les stratégies adaptatives mais aussi les caractéristiques de la personnalité.

Kobasa (1979) a décrit une caractéristique de la personnalité appelée ``Hardiness`` traduite en français sous la forme de hardiesse, qui permettrait de demeurer en santé malgré la présence de nombreux événements stressants. Le mot hardiesse est un mot français datant du XIIème siècle qui, selon le dictionnaire Larousse (1988), illustre une vigueur, une audace et un courage à affronter les événements et les difficultés de la vie tout en montrant une originalité d'expression. De plus, Kobasa et Maddi (1977) expliquent que la personnalité hardie fait référence à la personnalité authentique décrite par la psychologie existentielle. Les philosophes existentialistes voient la personne comme un être biopsychosocial dont la première tâche est la recherche et l'établissement

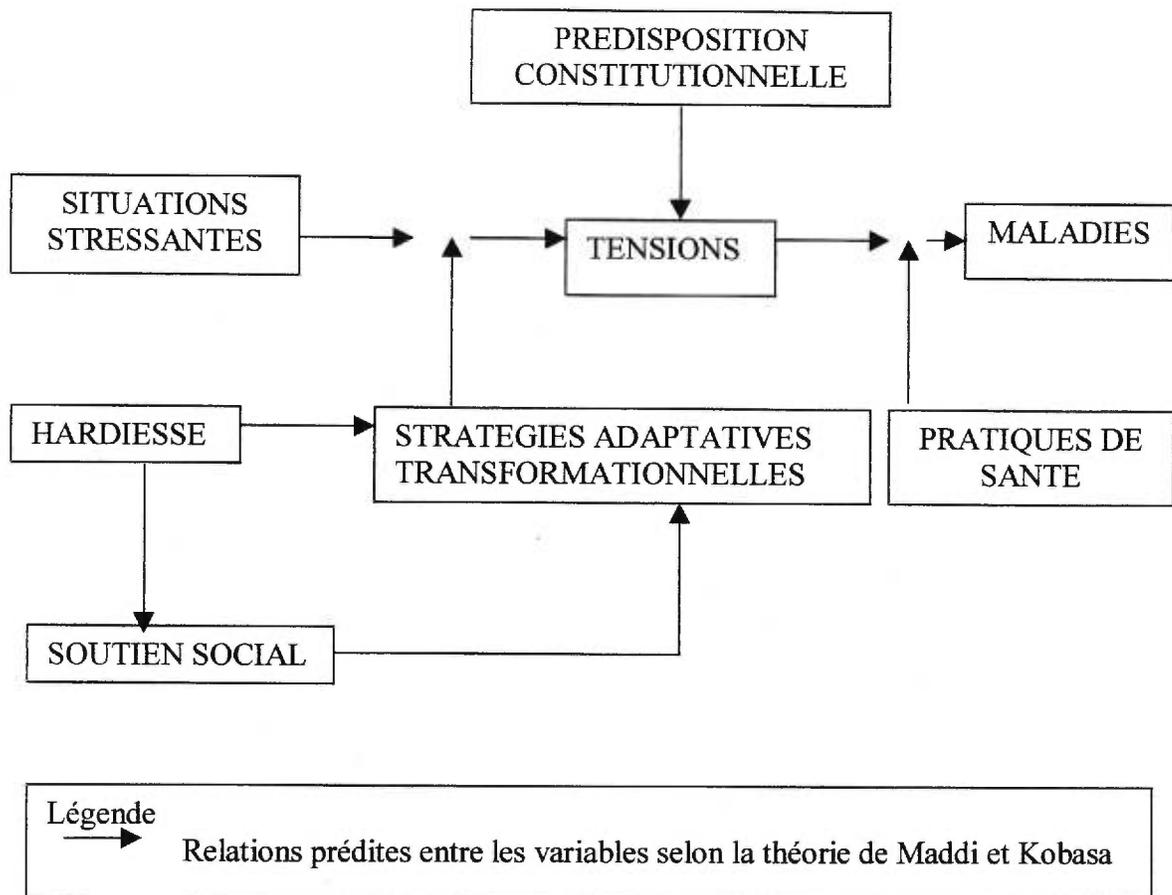


Figure 2. Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984).

Extrait et traduit de Maddi, R. S., & Kobasa, C. S. (1984). The hardie executive : health under stress. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irvin, p 27.

de sens à travers les différentes expériences que la vie lui procure. Le pouvoir de la conscience de l'être humain ainsi que de sa liberté lui permettent autant de développer sa créativité que le pouvoir d'influencer les limites qui lui sont imposées, comme ses expériences passées et les conditions environnementales. La hardiesse n'est pas un trait fixe de personnalité mais une caractéristique de la personnalité qui peut évoluer, soit au cours des événements de la vie, soit à l'aide de programmes de formation (Maddi, 1990). D'une manière générale, les personnes hardies pensent qu'elles peuvent influencer ou maîtriser les problèmes au lieu de se sentir impuissantes devant eux. Elles se sentent engagées dans ce qu'elles font au lieu de se sentir aliénées ou non concernées. Elles perçoivent les événements comme source d'enrichissement et de développement et non pas comme des situations où elles se sentent débordées. Selon Steptoe (1991), le type hardi est capable de supporter les stressseurs psychosociaux plus efficacement que les autres personnes moins hardies. Pour Kobasa et Maddi (1984), il est apparu que la hardiesse émerge comme l'une des plus puissantes ressources de l'individu pour faire face aux stressseurs de l'environnement.

La hardiesse apparaît comme une constellation de trois dimensions de la personnalité : le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi (Kobasa et Maddi, 1977 ; Kobasa, 1979 ; Kobasa, 1982). Au plan conceptuel, ces trois dimensions sont décrites dans les lignes qui suivent.

Le sens de l'engagement . Le sens de l'engagement a été décrit comme la tendance de la personne à s'impliquer dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées. La personne engagée a tendance à interagir avec l'environnement. Elle exprime de l'enthousiasme et de l'intérêt vis à vis du travail et de la vie en général. Elle prend plaisir à faire des activités inhérentes à ses divers rôles sociaux. Elle aime la vie et apprendre à travailler est un plaisir. Elle a tendance à reconnaître les événements, les objets et les personnes de l'environnements qui lui sont intéressants et significatifs. La personne engagée a la possibilité de demander de l'aide et l'assistance de l'autre lors d'événements qui nécessitent un réajustement. Etre engagé requiert une croyance à être pro-actif, une tendance à passer à l'action et d'aller au devant et non pas d'être rétro-

actif. L'engagement est l'expression du développement des potentiels; il s'oppose à une aliénation et au sens général d'abandon, de perte d'autonomie et de dépossession de l'authenticité.

Le sens de la maîtrise . Le sens de la maîtrise s'exprime par la croyance de pouvoir influencer le cours des événements par ce qui est imaginé, choisi, dit ou fait. La personne, qui fait preuve de maîtrise, a confiance en elle et en sa capacité de décider. Elle a tendance à utiliser une appréciation cognitive des stressors, les analyse, les interprète et choisit l'action qui permet le mieux de réduire leurs effets néfastes. Elle a le sentiment d'être libre et croit que les actions investies au travail lui permettront d'atteindre ses objectifs. Le sens de la maîtrise s'oppose à l'impuissance ou à la manipulation.

Le sens du défi . Le sens du défi se rapporte à la croyance que le changement plutôt que la stabilité est normal. De plus, ces personnes qui ont le sens du défi perçoivent le changement comme un stimulus important pour leur croissance et leur développement personnel. Faire preuve de défi, c'est s'ouvrir au changement, c'est être une personne créatrice qui aime la variété dans son travail, qui est à l'aise avec ceux dont les idées évoluent et changent. De plus, ces personnes sont centrées sur la réalisation de soi plutôt que sur la stabilité et la sécurité. Le défi s'oppose à la méfiance et à la stabilité.

Les fondements conceptuels de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) ont été vérifiés lors de plusieurs recherches empiriques qui sont décrites dans les lignes qui suivent.

Les fondements empiriques de la hardiesse

La première étude fut effectuée en 1979 par Kobasa auprès d'hommes gestionnaires d'une entreprise de Chicago et qui étaient soumis à de nombreux stressors au travail. Cette étude est de type rétrospectif sur un échantillon de départ de 324

hommes. Kobasa (1979) a distribué deux types de questionnaires à trois mois d'intervalle. Le premier type comprenait la mesure des événements stressants ainsi que des symptômes de maladies. Le deuxième type comportait la mesure des trois composantes de la hardiesse et d'un certain nombre de composantes sociodémographiques. Les échelles utilisées pour le premier questionnaire sont les suivantes : The Schedule of Recents Life Events (Holmes et Rahe, 1967) en version modifiée pour mesurer les événements stressants, The Seriousness of Illness Survey (Wyler, Masuda et Holmes, 1971) composée de symptômes physiques et mentaux de maladies pour mesurer le score de maladie. Les échelles utilisées pour le deuxième questionnaire sont : The Alienation Test (Maddi, Kobasa et Hoover, 1979) qui mesure de façon négative la dimension de l'engagement dans cinq domaines de fonctionnement de la personne soit le travail, l'institution sociale, la famille, les relations interpersonnelles et le soi; The Internal-External Locus of Control Scale (Rotter, Seeman et Lwerant, 1962) de même que le Powerlessness et Nihilism qui sont deux sous échelles de l'Alienation Test (1979) pour mesurer la dimension de la maîtrise de façon négative. La dimension du défi fut mesurée de façon négative par The Vegetativeness et l'Adventurousness qui sont des sous-échelles de l'Alienation Test (Maddi et al., 1979) ainsi que par The Security Scale of the California Life Goals Evaluation Schedules (Hahn, 1966) et The Cognitive Structure Scale of the Jackson Test (Jackson, 1974).

Le pourcentage de réponse fut élevé aux deux temps de mesure (81 % et 86% respectivement). A partir de ces résultats, Kobasa (1979) a reparti les sujets en deux groupes en fonction de leur niveau de symptômes de maladies. Le premier groupe était composé de gestionnaires qui étaient exposés à un niveau élevé de stress au travail et qui présentaient des symptômes de maladies (n = 75). Le deuxième groupe comprenait les gestionnaires qui étaient exposés à un nombre élevé d'événements stressants mais qui ne présentaient pas ou peu de symptômes de maladies (n = 86). Ces deux groupes présentaient des caractéristiques sociodémographiques similaires. En effet, c'était des hommes de race blanche, âgés entre 40 et 49 ans, mariés, ayant en moyenne deux enfants, des revenus au dessus de la moyenne, ainsi qu'une position sociale enviable. Les résultats ont montré une relation significative et statistiquement positive

($r = 0.24$, $p < 0.025$) entre les événements stressants et les symptômes de maladies. De plus une analyse discriminante a démontré que les gestionnaires qui présentaient un bas niveau de symptômes de maladies sont capables d'engagement, de maîtrise et de défi.

Cette première étude a permis de mettre en évidence la présence d'une caractéristique de la personnalité qui permet à l'individu de rester en santé malgré la présence d'un haut niveau de stress au travail. De plus, les variables sociodémographiques ne semblent pas influencer cette caractéristique de la personnalité. Cette étude a permis l'ouverture vers d'autres pistes de recherche mais aussi de confirmer les limites de la théorie de Selye (1956) sur le stress. En effet, Selye (1956) a développé une approche linéaire du stress ne tenant pas compte des caractéristiques personnelles de l'individu. Kobasa (1979) a montré l'existence d'une caractéristique de la personnalité qui permet de rester en santé malgré des stressors importants au travail, introduisant ainsi une notion d'interaction entre la personne et son environnement. Par contre, cette étude comporte aussi des limites comme l'utilisation d'échelles de mesure négative pour mesurer le concept de hardiesse. Ouellette (1993) montrait que ce procédé induisait des biais par une sous estimation du niveau de hardiesse. De plus, la mesure de ce concept avec des indicateurs négatifs pourrait laisser croire que la hardiesse se rapproche d'un concept négatif à type de trait fixe de la personnalité (la névrose). Également, un reproche qui a été souvent effectué à cette étude, c'est qu'elle n'englobe que des gestionnaires de race blanche, ce qui limite sa validité externe. Les résultats ne sont donc pas généralisables à d'autres populations. Par contre, elle a été le point de départ d'une série d'études afin de préciser les interrelations entre la hardiesse et les autres variables modératrices de la perception des stressors.

Une étude prospective longitudinale a été menée par Kobasa, Maddi et Kahn (1982). Ils ont étudié pendant cinq ans (1972-1977) une population de gestionnaires de Chicago dont l'échantillon était composé au départ de 670 individus. Cette étude comprenait trois temps de mesure. Le premier temps de mesure comprenait la mesure des stressors et les symptômes de maladies qui étaient survenus pendant les trois années et demie précédant la première mesure. De plus, à partir de cet échantillon initial, 400

personnes furent sélectionnées pour répondre à un autre questionnaire qui comportait la mesure de la hardiesse et des variables sociodémographiques et dont les résultats seront présentés ultérieurement (Kobasa, Maddi et Courington, 1981). Les autres temps de mesure ont été effectués à un an d'intervalle avec les mêmes instruments de mesure. Au troisième temps de mesure, l'échantillon final comptait 259 sujets avec des caractéristiques sociodémographiques similaires à l'échantillon initial. De plus, le taux de réponse aux différents temps de mesure s'est avéré satisfaisant (supérieur à 80% dans tous les cas). Les échelles de mesure sont semblables à celles utilisées par Kobasa en 1979. Par contre, pour la mesure de la dimension de l'engagement, les auteurs ont retenu deux sous échelles de l'Alienation Test (Maddi et al, 1979) soient The Alienation From Self et The Alienation From Work. Il en résulte à ce stade que cinq sous échelles mesurent de façon négative la hardiesse et constituent ainsi les échelles de la première génération (Ouellette, 1993). Il apparaît un lien statistiquement significatif et positif ($r = 0.24$, $p < 0.025$) entre les stressseurs et les symptômes de maladies. De plus, il apparaît qu'au cours des cinq années, il y a eu une augmentation du nombre des stressseurs au travail avec deux pics qui correspondaient à des changements structuraux importants au sein de l'entreprise. Les résultats montrent que parallèlement à cette augmentation des stressseurs, les symptômes de maladies augmentaient. En outre, il n'apparaît pas de lien entre les caractéristiques sociodémographiques et la hardiesse. Par contre, à l'aide d'analyses de variance, il apparaît que la hardiesse permet à l'individu de rester en santé, c'est à dire de présenter peu ou pas de symptômes de maladies dans un univers de travail potentiellement stressant. La hardiesse semble être une source de résistance propre à l'individu. Suite à ces résultats, un certain nombre de questions restent posées comme la relation possible de la hardiesse avec les prédispositions physiques à la maladie, mais aussi ses relations avec d'autres variables comme le coping et le soutien social. Les critiques de cette étude peuvent être similaires à celle de l'étude de Kobasa (1979) au point de vue des échelles utilisées et du type de population.

Suite aux questions soulevées par cette dernière étude, Kobasa, Maddi et Courington (1981) ont regardé, sur l'échantillon de 400 personnes sélectionnées à partir de l'étude prospective (Kobasa et al., 1982), la contribution de la hardiesse et les

prédispositions physiques en ce qui concerne la relation stressseurs-maladie. Un questionnaire médical a permis de retracer les antécédents familiaux des personnes au premier temps de l'enquête. La prédisposition à la maladie est donc mesurée grâce à un indice qui correspond à la fréquence des maladies familiales. A l'aide de l'analyse de la variance et de la covariance, il apparaît que les variables hardiesse et prédispositions physiques sont indépendantes. De plus, il apparaît que les personnes qui possèdent le facteur de prédispositions physiques auront tendance à développer de façon plus importante des symptômes de maladies dans un univers stressant. De même, il apparaît que la hardiesse soit par contre un modérateur de la perception des stressseurs qui de la même façon atténuera les effets délétères induits sur la santé par les prédispositions physiques de la personne.

Kobasa, Maddi et Puccetti (1982) ont regardé les relations entre la hardiesse, l'exercice physique et l'apparition de symptômes de maladies auprès d'un échantillon de convenance de 137 hommes gestionnaires, de race blanche, en majorité protestant et dont l'âge variait entre 39 et 65 ans. Les échelles utilisées furent The Schedule of Life Events (Holmes et Rahe, 1967) en version modifiée pour mesurer l'environnement stressant, The Seriousness of Illness Survey (Wylser et al., 1968) pour mesurer les symptômes de maladies, L'Epidemiological Procedure (e.g., Paffenberger et al, 1975) pour mesurer l'exercice physique et les cinq sous échelles décrites par Kobasa (1982) afin de mesurer de façon négative le concept de hardiesse. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Il s'avère qu'il existe une relation statistiquement significative et positive entre les événements stressants et l'apparition de symptômes de maladies ($r = 0.43$, $p < 0.001$). Par contre, il ne semble pas exister de relation statistique significative entre la hardiesse et l'exercice physique. L'échantillon fut alors divisé en plusieurs classes en fonction des résultats des personnes à l'échelle des événements stressants (niveaux haut et bas) et aux échelles de hardiesse (niveaux haut et bas). Les auteurs ont regardé à partir de ces différentes catégories le niveau de symptômes de maladies des personnes. Il s'avère que les personnes qui ont, indépendamment, un haut niveau de hardiesse ou d'exercice physique développent moins de symptômes de maladies. De plus, les personnes qui possèdent à la fois un haut

niveau de hardiesse et pratiquent de l'exercice sont celles qui développent le moins de symptômes de maladies. La hardiesse et l'exercice physique, bien qu'elles soient deux variables indépendantes, agissent de façon synergique sur l'apparition de symptômes de maladies.

Kobasa et Pucetti (1983) ont regardé les relations entre les événements stressants, les symptômes de maladies, la hardiesse et les ressources sociales auprès d'un échantillon de convenance de 170 hommes gestionnaires (n= 204) mariés, protestants et ayant suivi des études supérieures. Les échelles utilisées furent The Familiar Schedule of Recent Events (Holmes et Rahe, 1967) pour mesurer les événements stressants, The Seriouness of Illness Survey (Wyler et al., 1971) pour mesurer les symptômes de maladies, l'échelle composée des cinq sous échelles préconisées par Kobasa et al, (1982) pour mesurer la hardiesse. Les ressources sociales furent mesurées par deux échelles, The Environment Scale (Moos et al., 1974) et The Social Asset Scale (Luborsky et al., 1973). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et les événements stressants ($r = 0.18$, $p < 0.01$) de même qu'entre les événements stressants et l'apparition de symptômes de maladies ($r = 0.43$, $p < 0.010$). Par contre, le soutien social est en relation significative et négative avec les événements stressants ($r = -0.19$, $p < 0.01$) ainsi qu'avec le manque de hardiesse ($r = -0.29$, $p < 0.005$). Les auteurs concluent que les gestionnaires qui possèdent un haut niveau de hardiesse et qui ont perçu de façon positive le soutien de leur supérieur ainsi que celui de la famille présentent moins de symptômes de maladies en comparaison avec les gestionnaires qui sont moins hardis mais qui ont quand même perçu un soutien positif de la part de leur supérieur et de leur famille. De plus, les avantages sociaux (rémunération plus importante) ne semblent pas avoir d'influence significative sur l'état de santé des gestionnaires soumis à de nombreux stressseurs.

Dans le même ordre d'idée, Kobasa, Maddi, Pucetti et Zola (1985) ont regardé les relations entre la hardiesse, l'exercice physique et le soutien social, de façon individuelle et en combinaison sur l'apparition de symptômes de maladies auprès d'une

population de 85 hommes gestionnaires soumis à un environnement stressant. Cette étude est de type prospectif sur un an. L'échantillon initial était composé en 1980 de 85 personnes faisant partie du Stress Project et après un an, il ne restait que 70 personnes. Les échelles mesurant les événements stressants, l'apparition de symptômes de maladies et la hardiesse sont semblables à celle de l'étude de Kobasa et al. (1982). L'exercice physique fut mesuré par l'Epidemiological Procedure (Paffenberger et al., 1975) et le soutien social fut mesuré par The Staff Support Subscale of the Work Environment Scale (Moos, 1976). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Les résultats montrent que la combinaison des trois ressources de résistance, soit la hardiesse, le soutien social et l'exercice physique diminue de façon significative l'apparition de symptômes de maladies. Par contre, la hardiesse apparaît comme la ressource la plus importante dans la diminution des symptômes de maladies. Les auteurs montrent que la hardiesse permet de modifier la perception des événements stressants par rapport à l'exercice physique qui diminue la tension ressentie face aux stressseurs sans modifier la perception de l'événement stressant. Enfin, le soutien social ne présente aucun effet direct sur la modification de la perception des événements stressseurs et sur la tension créée par ceux-ci.

Des études ont aussi été effectuées sur des populations autres que les gestionnaires. En effet, Kobasa (1982b) a regardé les relations entre la dimension de l'engagement, le soutien social, l'exercice, les stratégies de coping, les événements stressants et l'apparition de symptômes de maladies auprès d'un échantillon de convenance de 157 avocats. Les échelles de mesure utilisées furent pour les symptômes de maladies, les événements stressants et la dimension de l'engagement les mêmes que lors de l'étude de Kobasa et al. (1982). Le coping fut regardé sous l'angle unique du coping régressif. Une série de stratégies de coping fut élaborée par Maddi (1967) à partir de la théorie de l'existentialisme. L'évaluation de l'activité sportive a été faite à partir du type de sport pratiqué par les avocats, de la durée de celle-ci ainsi que de sa fréquence hebdomadaire. De même, le soutien social fut évalué en fonction du nombre de personnes que les avocats ont contacté pour parler de leur stress au travail. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Les résultats

montrent qu'il n'existe pas de relation statistiquement significative entre les événements stressants et les symptômes de maladies, par contre il existe une relation statistiquement significative et positive ($r = 0.29$, $p < 0.0003$) entre les événements stressants et la tension qui en résulte. Par ailleurs, il apparaît que les avocats qui démontrent peu d'engagement utilisent un coping de type régressif ($r = 0.20$, $p < 0.01$) et développent plus de symptômes de maladies ($r = 0.30$, $p < 0.005$). Le manque de soutien social et l'utilisation d'un coping régressif sont reliés de façon significative et positive avec les événements stressants (respectivement $r = 0.18$, $p < 0.05$ et $r = 0.22$, $p < 0.01$). Par contre, le soutien social ainsi que l'exercice n'ont pas de lien significatif avec la tension créée par les événements stressants.

De plus, Kobasa (1982) rapporte une autre étude qui a été effectuée auprès d'un groupe de 100 patientes en consultation externe en gynécologie. Les variables testées ont été les événements stressants, les symptômes psychiatriques grâce à l'échelle de Hopkins Symtoms Checklist (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi, 1974) et la personnalité hardie. Ces personnes possédaient les caractéristiques suivantes : elles étaient en majorité de race blanche, âgées entre 25 et 35 ans, mariées et possédaient un emploi à temps plein. Il s'avère que les femmes ($n = 40$) qui présentaient peu de symptômes psychiatriques se caractérisaient par une personnalité hardie.

D'autres études ont regardé les relations entre la hardiesse et d'autres variables comme la personnalité de type A. En effet, Kobasa, Maddi et Zola (1983) ont regardé les relations entre la hardiesse, le type de comportement A et l'apparition de symptômes de maladies. La personnalité de type A fut décrite par Friedman et Rosenman (1974) et correspond à un ensemble de comportements (vigueur, impatience, rapidité) et d'attitudes (ambition, compétition, hostilité) qui prédisposent la personne à deux fois plus de risques de développer une maladie coronarienne (Bruchon-Svweitzer et Dantzer, 1994). L'échantillon de convenance était composé de 158 hommes gestionnaires de la compagnie Bell Telephone, de race blanche, mariés et âgés entre 33 et 65 ans. Les échelles utilisées furent les mêmes que ceux utilisés dans l'étude de Kobasa et al (1982) en ce qui concerne la hardiesse, les événements stressants et les

symptômes de maladies. La personnalité de type A fut mesurée par The Jenkins Activity Survey (Jenkins et al., 1967). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Il n'apparaît aucune relation statistiquement significative entre la hardiesse et la personnalité de type A. De plus à partir de ces résultats, les auteurs ont divisé l'échantillon en deux en fonction du niveau obtenu par les personnes à l'échelle de mesure de la personnalité de type A. Il apparaît que les personnes qui ont une personnalité de type A développent très rapidement des symptômes de maladies, surtout cardio-vasculaires, d'autant plus qu'elles ont un bas niveau de hardiesse.

Bien que les études de Kobasa et de ses collaborateurs se soient intéressées principalement aux questionnaires de race blanche, d'autres investigateurs ont élargi l'étude de la hardiesse aux femmes et à de multiples corps professionnels. Ouellette (1993) souligne l'engouement de la profession infirmière pour l'étude de ce concept. En effet, elle recense au total près de 70 mémoires de maîtrise et thèses de doctorat qui traitent du concept de la hardiesse. De plus, elle souligne que ce concept a été étudié en lien avec de multiples autres variables comme l'épuisement professionnel et ce, auprès de différentes populations d'infirmières (Keane, Ducette et Adler, 1985 ; Mc Cranie, Lambert et Lambert, 1987 ; Rich et Rich, 1987 ; Topf, 1989a), comme aussi source de résistance aux stressors liés aux bruits en soins intensifs (Topf, 1989b). Ouellette (1993) suppose que le concept de la hardiesse est un facteur qui permet à la discipline infirmière, qui est jeune, d'expliquer sa propre identité comme professionnel de santé par la mise en place d'actions spécifiques en regard du concept.

Le concept de hardiesse fut l'objet de nombreuses critiques. En effet, certains auteurs comme Funk (1992) et Carver (1989) se posent des questions sur la validité des échelles de mesure employées par Kobasa et ses collaborateurs lors de leurs études empiriques. En effet, ils notent que ces échelles dites de la première génération mesurent plus le manque de hardiesse que le concept lui-même, le rapprochant ainsi d'un concept négatif comme la névrose. En outre, la dimension du défi apparaît comme une dimension satellite que Hull (1987) propose de supprimer. Ouellette (1993) montre que la dernière génération d'échelles (Personal View Survey) a tenu compte de ces critiques

en introduisant des items positifs dans les échelles de mesure, par contre Funk (1992) note que l'échelle Personal Views Survey reste une échelle composite, ce qui pose la question de savoir si le concept de hardiesse est finalement unidimensionnel ou tridimensionnel. Suite à des analyses factorielles, Funk (1992) montre que le concept étant tridimensionnel, les échelles de mesure doivent retranscrire les différentes dimensions de façon individuelle. De plus, Funk (1992) ainsi que Cohen et Edwards (1989) émettent des doutes sur les liens entre les différentes variables tels que Kobasa et Maddi (1984) les décrivent dans leur théorie. Ils argumentent, d'une part, l'utilisation de statistiques inadaptées pour arriver à certaines conclusions et, d'autres part, des résultats contradictoires lors de reproductions d'études faites par Kobasa et ses collaborateurs. Le concept de hardiesse ainsi que la théorie de Maddi et Kobasa (1984) semblent donc en émergence. Ouellete (1993) préconise dans les futures recherches d'adopter des échelles de mesure de la troisième génération et espère que, dans les années futures, d'autres modes d'investigation du concept seront développés comme par exemple l'approche qualitative.

Le concept de coping

Cette partie du texte va développer le concept de coping tel que le décrit Maddi et Kobasa (1984). L'opérationnalisation de ce concept se fera à partir de l'approche du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984)

Le coping vue par Maddi et Kobasa (1984)

L'approche du coping selon Maddi et Kobasa (1984) montre que son action se situe au niveau de la relation stressseurs-tension soit en la potentialisant ou en la modérant. Les auteurs décrivent deux types de coping, le coping transformationnel et le coping régressif. Le premier agit en diminuant la capacité des stressseurs de produire une tension chez l'individu et ceci en modifiant la perception des stressseurs grâce à une évaluation positive de la situation. Par contre, le coping régressif, à l'opposé, potentialise la perception des stressseurs et augmentent ainsi le niveau de tension de la

personne par une évaluation négative des événements. La personne utilisant le coping transformationnel adopte des stratégies de type actif, contrairement à la personne qui utilise le coping régressif qui, elle, utilise des stratégies de type évitement. Les auteurs ont peu opérationnalisé de façon empirique le concept de coping. De ce fait, un choix va s'imposer parmi les différentes approches que proposent les écrits.

Les différentes approches du coping

Paulhan et Bourgeois (1995) mentionnent à partir des écrits plusieurs approches du coping. En effet, le coping a été décrit soit en regard du monde animal (Dantzer, 1989), où les stratégies se limitent à l'évitement ou l'attaque, soit en regard de la psychologie du moi, où le coping a été assimilé aux défenses du moi, soit en regard d'un trait fixe de personnalité (Byrne, 1961; Weaton, 1983) ou soit selon une perspective sociologique (Pearlin et Schooler, 1978). Ces différentes approches laissent peu de place aux capacités personnelles de la personne à faire face et s'éloignent ainsi de la conception que Maddi et Kobasa (1984) ont du coping

Selon Paulhan et Bourgeois (1995), l'approche du coping qui a marqué un changement fondamental dans la perception du stress par la personne est celle de Lazarus et Folkman (1984). En effet, les auteurs ne cherchent plus à décrire les réactions de stress par les événements auxquels le sujet est exposé, mais par la façon dont la personne gère la situation. De ce fait, cette approche s'oppose à la conception mécaniciste du stress développée par Selye (1956), car la personne a la capacité de choisir ses stratégies en fonction d'un processus d'évaluation afin de faire face aux stressseurs. De plus, l'approche du coping selon Lazarus et Folkman (1984) a été opérationnalisée par plusieurs échelles de mesure dont les résultats psychométriques sont satisfaisants.

La prochaine partie du texte décrit l'approche du coping selon Lazarus et Folkman (1984), car cette approche a été retenue afin d'opérationnaliser le concept du coping dans la présente étude. Les fondements théoriques, qui sont développés,

permettent de mettre en évidence la cohérence de cette approche avec celle de la théorie de la hardiesse.

L'approche du coping selon Lazarus et Folkman (1984, 1988).

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping se définit comme « L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». De plus, ces auteurs montrent que le processus central du coping est l'évaluation de la situation par la personne.

Les processus d'évaluation. Lazarus et Folkman (1984) décrivent deux processus d'évaluation : une évaluation primaire et une évaluation secondaire. L'évaluation primaire permet à l'individu d'évaluer ce qu'il y a en jeu dans la situation. La situation peut être jugée par la personne comme non pertinente, bénigne-positive ou stressante. La personne la considère comme non pertinente lorsqu'elle n'a pas d'impact sur son bien-être. Elle est perçue comme bénigne-positive si la personne attend un bénéfice de cette situation. Par contre, elle sera perçue comme stressante lorsqu'elle entraîne une perte potentielle, réelle ou encore agit comme une menace avec l'éventualité d'une perte. Lazarus et Folkman (1984) montrent que l'évaluation par l'individu d'une perte possible génère des émotions négatives comme la honte, la colère ou la peur. Par contre, l'évaluation à type de défi génère des émotions positives comme la passion ou l'euphorie. Après que la personne ait effectué cette première évaluation, elle va engager une autre évaluation cognitive que les auteurs nomment évaluation secondaire.

Selon Lazarus et Folkman (1984), l'individu se demande alors ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir un bénéfice. Cette évaluation secondaire oriente les stratégies de coping qui seront utilisées pour faire face à la situation stressante. Les auteurs décrivent deux catégories de coping et donc de stratégies de coping. En effet, leurs objectifs peuvent se centrer sur la diminution de la tension émotionnelle sans changer le problème (coping centré sur l'émotion) ou bien sur

la modification de la situation (coping centré sur le problème) ce qui aura des répercussions indirectes sur l'émotion.

Bien que le processus d'évaluation soit un élément central de l'approche de Lazarus et Folkman (1984), il apparaît que certains facteurs peuvent influencer cette évaluation.

Les facteurs influençant les processus d'évaluation. Les processus d'évaluation sont influencés aussi bien par les caractéristiques antérieures de la personne (ressources personnelles) que par les facteurs environnementaux, ce qui explique la différence de perception d'un même événement par des individus différents.

Les ressources personnelles font appel aux croyances de la personne (religieuses par exemple) et aussi aux caractéristiques de la personnalité comme la hardiesse. Selon Paulhan et Bourgeois (1995), la personne hardie aura tendance à privilégier, lors de son processus d'évaluation de la situation, une évaluation à type de défi.

Les caractéristiques environnementales comprennent à la fois les caractéristiques de la situation, et les ressources sociales ou soutien social de la personne. Au niveau de la situation, les facteurs qui sont retenus par les auteurs sont la nature du danger, son imminence et sa durée. En effet, si la situation est perçue comme étant susceptible de pouvoir être modifiée, l'individu développera des stratégies basées sur la résolution de problème. Par contre, si la situation est perçue comme ne pouvant être modifiée, l'individu adoptera des stratégies axées sur la diminution de la tension émotionnelle. Au niveau du soutien social, Spacapan et Oskamp (1988) montrent que la personne qui possède un soutien social aura tendance à contrôler plus efficacement les situations stressantes et de ce fait, la rendrait plus à même de faire face à ces situations.

Après avoir évalué la situation par les processus décrits précédemment, la personne va faire un choix dans ses stratégies pour faire face aux stressors. C'est le processus de coping qui rentre en jeu avec les stratégies qui s'y rapportent.

Le processus de coping et les stratégies de coping. Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme le deuxième processus médiateur, qui intervient après l'évaluation secondaire, et comme étant le résultat des efforts cognitifs ou comportementaux constants, déployés par la personne en vue de maîtriser, tolérer ou réduire les demande spécifiques, internes ou externes, qu'elle évalue comme étant stressantes. Cette définition du coping indique bien que celui-ci résulte d'un processus plus que d'un trait s'inscrivant dans une dimension transactionnelle du stress. En fonction des différentes possibilités qu'a un individu de faire face aux événements stressants, deux fonctions du coping ont été identifiées à partir de plusieurs analyses factorielles : la régulation de la détresse émotionnelle (coping centré sur l'émotion) et la gestion du problème à l'origine (coping centré sur le problème). Ces deux formes de coping sont utilisées dans la plupart des situations stressantes et les proportions relatives à chaque forme varient selon l'évaluation de l'événement

De façon courante, les stratégies de coping ont été classées suivant les fonctions du coping, soit les stratégies de coping centrées sur le problème et les stratégies de coping centrées sur l'émotion. Hazel (1991) montre qu'il ne faut pas mélanger deux facteurs importants dans le coping : sa fonction et son résultat. Elle précise que la fonction du coping est orientée vers un but qu'une stratégie accomplit, par contre son résultat se fera à partir des effets que la stratégie a induit. De façon plus spécifique, Bouchard et coll.(1995) après une analyse factorielle des stratégies de coping selon l'instrument de mesure de Lazarus et Folkman (1984) ont dégagé trois types de stratégies, soit des façons spécifiques d'actions que la personne met en œuvre pour faire face à des situations problématiques. Ces trois types de stratégies sont , d'une part, les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème où la personne fait appel à des actions cognitives pour guider ses actions face à la situation problématique, et d'autre part, les stratégies de recherche de soutien social où la personne va par ses actions mobiliser son réseau de soutien informationnel et émotionnel. Ces stratégies de recherche de soutien social n'ont pas pour fonction d'évaluer une ressource de l'environnement mais plutôt le fonctionnement de la personne face à son réseau social

lors de la survenue d'une situation problématique Enfin, le troisième type de stratégies est les stratégies de distanciation/évitement où la personne va entreprendre des actions afin de repousser, éviter, oublier la situation problématique. De ce fait, il semble donc important à l'heure actuelle de s'intéresser aux résultats des stratégies car selon Lazarus et Folkman (1984), elles ont un impact sur la santé mentale et physique des personnes.

Les effets du coping sur la santé.

Au niveau de la santé mentale et physique, le coping agit par les fonctions de régulation de la détresse émotionnelle et de la gestion du problème à l'origine de la détresse. En effet, Laborit (1979) montre que si le contrôle de l'événement est efficace, alors peu de perturbations biologiques, physiologiques et comportementales en résultent. De plus, Lazarus et Folkman (1984) montrent qu'une stratégie de coping est adéquate si elle permet de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien être physique et psychologique. Au niveau émotionnel, les principaux critères qui ont permis d'évaluer son efficacité sont le niveau d'anxiété et de dépression (Paulhan et Bourgeois, 1995). Schmitt (1988) montre que lors d'une hospitalisation pour intervention chirurgicale, les patients qui adoptent des stratégies de coping actives comme la recherche d'information sont moins anxieux et présentent moins de complications post-opératoires. Par contre Lazarus et Folkman (1984) montrent que les stratégies de coping actives ne sont efficaces que si la situation de l'événement stressant est perçue comme étant susceptible d'être modifiée.

Il semble donc intéressant de savoir quelles stratégies de coping la personne utilise pour faire face car elles peuvent avoir des impacts sur la santé physique de l'individu.

La cohérence du choix de l'approche du coping selon Lazarus et Folkman (1984).

En conclusion, il apparaît que le choix de l'approche du coping selon Lazarus et Folkman (1984) soit en cohérence avec la théorie de Maddi et Kobasa (1984) sur le coping. En effet, la théorie de Lazarus et Folkman (1984) s'inscrit dans une dimension transactionnelle du stress laissant à la personne le libre choix sur les événements, ce qui se rapproche de la philosophie existentielle qui sous-tend la théorie de Maddi et Kobasa (1984). De plus, le coping selon Lazarus et Folkman (1984) n'est pas une entité fixe mais peut évoluer dans le temps, ce qui l'oppose à une conception de traits fixes de personnalité. Ce constat est en lien étroit avec la conception de la hardiesse. Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe une première phase qui fait appel en premier lieu à des ressources personnelles qui peuvent influencer le coping . Les croyances font partie de ces ressources personnelles. Or selon Maddi et Kobasa (1984), la hardiesse fait partie des croyances de la personne qui selon leur théorie influencent les stratégies de coping. Il y a donc cohérence entre ses deux conceptions. Lazarus et Folkman (1984) décrivent deux types de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions, de même, Maddi et Kobasa (1984) décrivent deux types de coping : le coping transformationnel et le coping régressif dont les définitions sont en lien étroit avec la théorie de Lazarus et Folkman (1984). En outre, Boyle et al. (1991) lors de leur étude sur les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et le soutien social ont utilisé l'échelle de mesure élaborée par Lazarus et Folkman (1984). En conclusion, il apparaît que le choix de l'approche de Lazarus et Folkman (1984) soit approprié pour opérationnaliser le coping tel que le définissent Maddi et Kobasa (1984). La prochaine partie du texte aborde le concept de la qualité de vie au travail vue sous plusieurs angles.

Le concept de qualité de vie au travail

L'historique du concept et son approche dans le milieu industriel

Le terme qualité de vie au travail a été employé pour la première fois dans les années 1960 pour décrire le niveau de satisfaction au travail des employés de General Motors (Kierman et Marrone, 1995), dans le but de développer des programmes pour

augmenter le niveau de satisfaction. L'optique des managers était d'élever le niveau de satisfaction au travail de leurs employés dans le but de maximiser leur performance et par là même la productivité. Ce courant de pensée s'est d'ailleurs amplifié dans le monde des affaires par l'étude des comportements et des attitudes des employés au travail (Goode, 1989) dans un but de rationalité. Les managers intègrent d'ailleurs, dans leurs stratégies de management, des programmes de développement de la qualité de vie au travail, comme par exemple la mise en place de programmes d'amélioration des conditions de travail et l'implication du personnel dans les prises de décision sur des sujets qui les concernent (Bowditch et Bouno, 1982; Goode, 1989). De plus, les managers adoptent un style de management participatif car il a été reconnu et universellement accepté comme un indicateur de la qualité de vie au travail des employés (Bowditch et Bouno, 1982, Davis et Cherns, 1975 ; Kolodny et van Beinum, 1983). En outre, certains auteurs (Bowditch et Bouno, 1982; Loscocco et Roschelle, 1991) montrent que les managers pensent que le niveau de productivité est proportionnel au niveau de satisfaction des employés. Ce fait explique l'engouement des managers pour ce concept sous l'angle de la satisfaction et leur investissement en temps, en argent et en énergie pour essayer d'augmenter le niveau de satisfaction au travail de leurs employés.

Les différentes approches du concept

Kierman et Marrone (1995) montrent que ce concept de la qualité de vie au travail a été examiné et débattu pendant plus de 30 ans par les sociologues, les psychologues et les managers (Beer et Walton, 1987 ; Braus, 1992 ; Facheux, Amado et Laurent, 1982 ; Loscocco et Roschelle, 1991 ; Nadler et Lawler, 1983 ; Sashkin et Burke, 1987 ; Seashore, 1975) sans qu'il semble se dégager une unanimité dans la définition du concept. En effet, Kierman et Marrone (1996) montrent qu'en dépit de l'attention portée au concept de qualité de vie au travail, il a reçu au cours des années une série de définitions divergentes. Les auteurs ont retenu quatre grandes orientations qui impliquent des définitions différentes de la qualité de vie. Selon Flanagan (1982), Loscocco et Roschelle (1991) et Zeffane (1994), la qualité de vie au travail se définit

comme la satisfaction de la personne au travail. Par contre, pour Havlovic (1991) et Stepp (1985), la qualité de vie au travail se définit par une plus grande participation des travailleurs dans leur milieu de travail, mais aussi par un plus grand contrôle sur leur environnement de travail. Pour Kiernan et Knutson (1990), la qualité de vie au travail passe par l'incorporation des besoins personnels des employés avec les attentes de rôle de l'entreprise. Enfin, selon Bowditch et Bouno (1982) et Sashkin et Burke (1987), la qualité de vie au travail repose sur une dynamique sociale du travail. Par contre, d'autres chercheurs se sont penchés sur les variables en relation avec une augmentation de la qualité de vie au travail (Davis et Cherns, 1975 ; Gadon, 1984 ; Seashore, 1975 ; Taylor, 1987 ; Walton, 1975). Ils ont ainsi élaboré des listes de variables clés définissant ainsi la qualité de vie au travail. De plus, les auteurs semblent être en désaccord au niveau des relations entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie . En effet, selon Barnett, Marshall et Singer (1992), Bromet, Dew et Parkinson (1990), et Galvin (1986), il semble exister un lien entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie d'une personne. Par contre, selon Loscocco et Roschelle (1990), cette relation ne semble pas être clairement établie.

La mesure de la qualité de vie au travail fut aussi un sujet de débat. Certains auteurs considèrent que le seul critère valable de mesure de la qualité de vie au travail est la mesure de son résultat, soit la satisfaction de la personne au travail (Mirvis et Lawler, 1984). Bien que plusieurs auteurs sont d'accord pour dire que la qualité de vie au travail ne se réduit pas à la simple satisfaction au travail (Davis et Chermms, 1975), plusieurs d'entre eux utilisent encore des échelles de mesure de la satisfaction au travail pour l'évaluer (Mirvis et Lawler, 1984 ; Seashore, 1975 ; Sheppard, 1975). Kiernam et Marrone (1995) notent que rien dans les attitudes de travail des personnes ainsi que dans leurs comportements ne peut refléter leur niveau de qualité de vie au travail et, plus généralement, leur qualité de vie. Dans cette optique, quelques scientifiques ont proposé que l'opinion personnelle des employés sur leur qualité de vie au travail pouvait être retenue comme une part de l'évaluation du bien-être des employés (Andrews et Whitney, 1974 ; Goodale, Hall, Burke et Joyner, 1975).

Les infirmières et le concept de qualité de vie au travail

Au niveau de la discipline infirmière, ce concept semble avoir été développé par les managers sous l'angle de la satisfaction au travail. En effet, Blegen (1993) a effectué une méta-analyse sur différents écrits portant sur la satisfaction des infirmières au travail. L'auteure a recensé 200 études publiées et 50 études non publiées. Après sélection des différentes études selon certains critères, Blegen (1993) a conservé 48 études pour la méta-analyse. Ces études impliquent un échantillon de 15048 infirmières réparties sur 173 hôpitaux américains avec 13 indicateurs qui ont été retenus pour mesurer la qualité de vie au travail des infirmières. La statistique retenue dans les différentes études était l'analyse bivariée (Tests de Pearson) Il apparaît que les indicateurs les plus en lien avec la qualité de vie au travail sont le stress ($r = -0.609$, $p < 0.01$) et l'engagement ($r = 0.516$, $p < 0.01$). Les instruments pour mesurer ces différents concepts ne sont pas présentés. L'auteur conclut que la mesure du stress et de l'engagement sont des indicateurs pertinents de la qualité de vie au travail des infirmières vue sous l'angle de la satisfaction. Peddicord, Witley et Putzier (1994) ont regardé la qualité de vie au travail sous l'angle de la satisfaction au travail mais aussi selon la qualité de l'environnement de travail, auprès d'un échantillon de 245 infirmières américaines de soins aigus. L'échelle retenue fut The Work Quality Index de Mueller et Mc Closkey (1990). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). L'environnement de travail apparaît comme prépondérant pour assurer la satisfaction de l'infirmière au travail. Il ne semble pas exister d'étude sur le concept de la qualité de vie au travail n'introduisant pas systématiquement comme concept principal la satisfaction au travail chez une population d'infirmières.

Les auteurs cités précédemment ont développé de façon linéaire la conception de la qualité de vie au travail sans tenir compte des dimensions individuelles de la personne qui pouvaient influencer la perception de celle-ci. De plus, il n'apparaît pas de définition spécifique de la qualité de vie au travail qui de façon courante s'exprime en fonction d'un autre concept, celui de la satisfaction au travail. De ce fait, certains auteurs (Davis

et Cherns, 1975; Lee et Kanungo, 1984 ; Mirvis et Lawler, 1984) aboutissent à la conclusion que le concept de la qualité de vie au travail ne se réduit pas à un seul angle de vision, mais apparaît plus comme un concept multidimensionnel, ce que Elizur et Shye (1990) ont examiné à partir d'une approche spécifique, celle de l'analyse de "Facet" qui circonscrit de façon multidimensionnelle le concept tout en le définissant . Cette approche a été retenue pour la présente étude.

L'approche de Elizur et Shye (1990)

Il apparaît que le concept de qualité de vie au travail est multidimensionnel et complexe à définir. Des amalgames sont possibles entre la satisfaction au travail, la qualité de vie au travail, la qualité de l'environnement de travail et la qualité de vie en général. Partant de ce constat, Elizur et Shye (1990) définissent la qualité de vie au travail sous un angle multidimensionnel et tentent de la circonscire par rapport à la satisfaction au travail et la qualité de vie en général. Par contre la dimension des conditions environnementales ne sera pas étudiée car leurs effets sur la qualité de vie au travail est complexe à définir et difficile à détecter (Shye, 1976, 1979). Les auteurs se sont donc penchés sur la recherche d'une structure conceptuelle de la qualité de vie au travail (voir figure 3) dont l'élaboration a été effectuée à partir des écrits déjà existants. La structure conceptuelle ainsi élaborée a été testée de façon empirique auprès d'un échantillon de 540 employés d'une industrie Hongroise. Le but recherché par Elizur et Shye (1990) était d'établir plus une structure globale de la qualité de vie au travail que des structures spécifiques en fonction des populations. A cet effet, les auteurs se sont appuyés sur l'analyse de « Facet » pour étudier le concept de qualité de vie au travail. Cette méthode, utilisée pour circonscire les concepts multidimensionnels, tente d'abord de définir le concept de la qualité de vie au travail en énoncés observés de façon universelle. A cet effet, les auteurs se sont penchés sur les écrits afin de définir les différentes dimensions observées de ce concept. Ce travail a permis ainsi de définir les différentes facettes nécessaires pour étudier ce concept. De ce fait, chaque facette ainsi déterminée est un système défini d'observations qui joue un rôle essentiel. De plus,

chaque facette est constituée d'énoncés spécifiques qui la déterminent. Enfin, l'analyse statistique permet de vérifier le tout.

Elizur et Shye (1990) ont choisi de regarder l'être humain à partir de l'approche du système action qui conçoit tout système comme un système d'action organique en interaction avec son environnement et dont les composantes peuvent être identifiées. Les auteurs ont transposé cette approche générale des systèmes à l'être humain, qui est donc vu comme une entité idéale appelée « le système humain général » qui, de plus, est en interaction constante avec son environnement selon quatre modes (conservateur, expressif, adaptatif, intégratif). Les valeurs fondamentales, les codes de morale, les religions et les idéologies constituent le système de valeurs adopté par une société et qui influence tout individu appartenant à cette société. Les interactions entre ce système de valeur sociétal et l'individu correspond au mode conservateur, dont le but est de maintenir la stabilité et la continuité du système humain. Par contre, la personnalité unique de l'être humain va exercer une influence sur son environnement. Les interactions entre la personnalité propre de la personne et son environnement représentent le mode expressif, dont le but est de permettre le développement et le changement de la personne. De plus, le mode expressif est souvent en opposition avec le mode conservateur. Les réalités biophysiques de chaque être humain lui demandent d'engager des interactions à type de négociation avec son environnement physique. Ces interactions représentent le mode adaptatif. A partir des interactions dans le mode adaptatif, la personne va négocier des ajustements sociaux et interpersonnels. La personne va faire des choix personnels de vie qui représentent les interactions dans le mode intégratif. Ces quatre modes constituent la facette A qui représente l'ensemble des interactions que l'individu a avec son environnement.

De plus, tout être humain selon Elizur et Shye (1990) peut être regardé comme un être culturel doté de valeurs mais aussi comme une personnalité qui manifeste des comportements spécifiques et qui possède un potentiel humain. En outre, l'être humain possède un corps physique qui s'inscrit dans l'espace et dans le temps, de même qu'il est

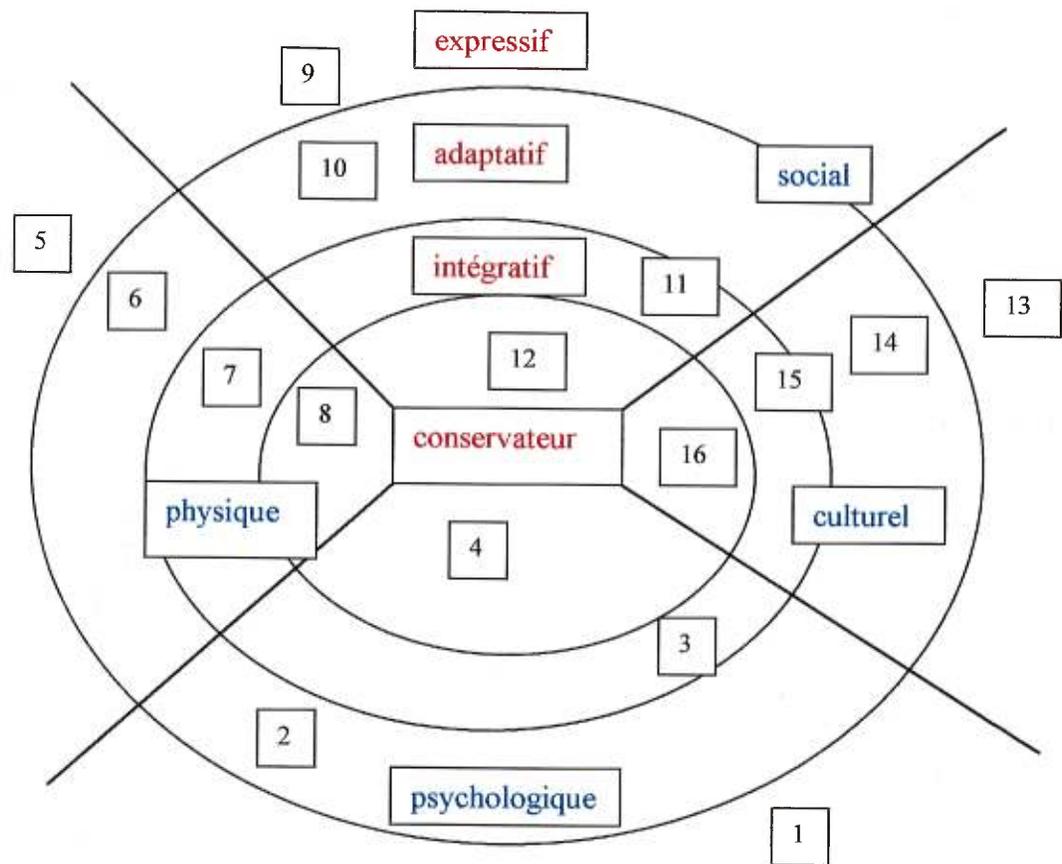


Figure 3. Structure de la qualité de vie au travail (Elizur et Shue, 1990)

Facette A : **expressif, adaptatif, intégratif, conservateur**

Facette B : **physique, psychologique, culturel et social**

□ : item de l'échelle de mesure

Extrait et traduit de Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology : An International Review*, 39, (3), p 286.

un être social car en interaction avec d'autres individus ou groupes. Les dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle constituent la facette B sous laquelle le concept de qualité de vie au travail va être regardé.

La facette C correspond à la région de vie dans laquelle le fonctionnement de l'individu va être regardé. Dans cette conceptualisation de la qualité de vie, il en existe deux : la qualité de vie au travail et la qualité de vie en général. La facette C est donc constituée de deux éléments. Pour la présente étude, seulement la dimension qualité de vie au travail sera retenue soit une seule dimension de la facette C

Cette conceptualisation de la qualité de vie au travail a été par la suite opérationnalisée à l'aide d'un ensemble d'énoncés (items) regroupés dans une échelle de mesure. Chaque item de l'échelle explore deux facettes de façon spécifique. Par exemple, l'item un (voir figure 3) de l'échelle explore une région de la qualité de vie au travail et plus spécifiquement la dimension psychologique (dimension facette B) de la personne en regard de son interaction dans le mode expressif (mode de la facette A). De même, l'item cinq explore une autre région de la qualité de vie au travail et plus spécifiquement la dimension physique de la personne (dimension de la facette B) en regard de son interaction dans le mode expressif (mode de la facette A) et ainsi de suite. La facette A contient quatre modes, la facette B comprend quatre dimensions, la facette C n'est regardée que dans la région de la qualité de vie au travail et donc ne contient qu'un élément. Le nombre d'items constituant l'échelle de mesure est donc de $4 \times 4 \times 1$ soit 16 items. Ces 16 items explorent les différentes facettes retenues pour l'étude à partir de l'approche du système action appliquée au système humain.

Suite à des analyses statistiques spécifiques (plus petit espace de Guttman), Elizur et Shye (1990) ont ordonné dans l'espace les concepts de qualité de vie au travail, de satisfaction et de qualité de vie en général. Il apparaît que la qualité de vie au travail et la qualité de vie en général ont une structure conique (voir figure 4). Le sommet du cône est occupé par la qualité de vie au travail tandis que la base est occupée par la

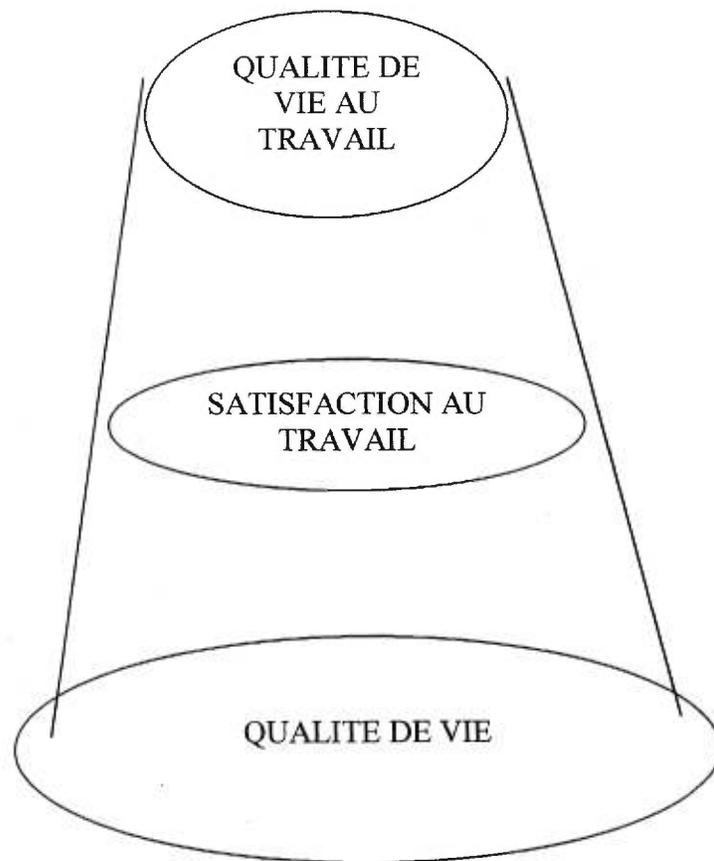


Figure 4 : Structure conique de la qualité de vie au travail en regard de la qualité de vie en général.

Extrait et traduit de Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology : An International Review*, 39, (3),p 287.

qualité de vie en général. Il apparaît que la satisfaction au travail soit un concept intermédiaire. Les liens corrélacionnels entre les différents concepts ordonnés dans l'espace montrent que la satisfaction au travail devient donc une conséquence de celle-ci. De plus, la qualité de vie au travail participe pour une part importante à la qualité de vie de la personne.

La définition donnée par Elizur et Shye (1990) de la qualité de vie au travail tient compte de la multidimensionnalité du concept. La définition s'exprime en fonction des trois facettes retenues par les auteurs. La qualité de vie au travail d'une personne peut ainsi se définir comme étant un haut niveau d'efficacité de la personne dans les dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle en relation avec les modes de fonctionnement expressif, intégratif, adaptateur et conservateur (qui représentent les différentes formes d'interactions que la personne a avec son environnement). Cette définition a été retenue pour la présente étude. De façon opérationnelle, la qualité de vie au travail représente les perceptions de la personne que ses différentes formes d'interactions avec son environnement (de travail dans ce cas) lui permettent à un plus haut point, de maintenir, d'harmoniser, d'actualiser et de développer ses domaines de fonctionnement : physique, psychologique, social et culturel.

Le choix de cette approche se justifie par la clarification apportée par les auteurs du concept de la qualité de vie qui est défini à partir d'une vision multidimensionnelle du concept. De plus, les facteurs objectifs de l'environnement ne sont pas associés à la définition, ni à la mesure du concept, ce qui peut être pour certains auteurs un facteur limitatif, mais qui peut être considéré comme un moyen de déterminer de façon épurée ce concept multidimensionnel. En outre, cette approche définit l'être humain en constante interaction avec son environnement où il peut agir et décider. Cette approche est en lien avec la philosophie existentielle qui sert d'appui à la conception de la hardiesse. Enfin, selon Elizur et Shye (1990), la qualité de vie au travail est une expérience individuelle, propre à chaque individu, et donc faisant partie du subjectif par opposition aux autres auteurs (Flanagan, 1982; Loscocco et Roschelle, 1991; Zeffane, 1994) qui considèrent l'approche résultat sous l'angle de la satisfaction au travail

comme seul critère d'évaluation ; l'approche de Elizur et Shye (1990) semble plus en accord avec la philosophie existentielle. Enfin, l'approche de Elizur et Shye (1990) est en cohérence avec la conception de Roy (1991) en ce qui a trait au concept de santé. En effet, les domaines de fonctionnement physique, psychologique, social et culturel se rapprochent des quatre modes d'adaptation de Roy (1991). Ainsi, ce concept de la qualité de vie au travail peut être considéré comme un indicateur positif de santé.

Le texte qui suit présente une revue des écrits orientés vers les relations entre les différentes variables de l'étude soit la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail des infirmières. Il ne semble pas exister à l'heure actuelle d'étude décrivant les relations entre la hardiesse et la qualité de vie au travail, variable qui peut être considérée comme un indicateur positif de santé au travail. Ce constat oriente l'examen des relations entre la hardiesse et d'autres variables opposées à la qualité de vie au travail comme l'épuisement professionnel et la détresse émotionnelle, mais aussi avec d'autres variables proches de la qualité de vie au travail comme le bien-être psychologique. La prochaine partie de ce chapitre expose les faits saillants des recherches qui ont examiné les différentes relations entre les variables de l'étude, soit entre la hardiesse et l'épuisement professionnel, entre la hardiesse et la détresse psychologique, entre la hardiesse et le bien-être psychologique et entre la hardiesse et la satisfaction au travail auprès de populations d'infirmières soignantes. Les relations entre le coping et la hardiesse ont été regardées conjointement avec d'autres variables comme l'épuisement professionnel. En effet, il ne semble pas exister de recherche qui traitent uniquement des relations entre le coping et la hardiesse. Un résumé de l'ensemble de ces recherches est présenté. (voir appendice A)

La revue des études corrélationnelles

Les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel.

Les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel furent de nombreuses fois étudiées et le texte qui suit présente une revue exhaustive des écrits empiriques portant sur des infirmières soignantes.

Millett-Smith (1984) a étudié la relation entre une des dimensions de la hardiesse, le sens de la maîtrise, et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon de convenance comprenant 403 infirmières de quatre hôpitaux généraux de l'état de New-York. Les échelles utilisées sont pour le sens de la maîtrise : The Rotter Internal-External Locus of Control Scale élaboré par Rotter (1966) et pour l'épuisement professionnel en fréquence et intensité: The Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach et Jackson (1981) . Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre le foyer de contrôle externe et deux dimensions de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel (fréquence : $r = 0.11$, $p < 0.05$; intensité : $r = 0.16$, $p < 0.01$) et la dépersonnalisation envers les personnes soignées (fréquence : $r = 0.13$, $p < 0.01$; intensité : $r = 0.14$, $p < 0.01$). Par contre les infirmières qui font preuve un foyer de contrôle interne manifestent moins d'épuisement professionnel.

Keane, Ducette et Adler (1985) ont examiné la relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon de convenance de 96 infirmières travaillant dans quatre unités de soins intensifs et deux unités de médecine-chirurgie d'un hôpital universitaire de Philadelphie. Les échelles de mesure utilisées dans cette études sont pour l'épuisement professionnel, The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980), et pour la hardiesse, les échelles retenues furent celles conseillées par Kobasa et al (1982). Le sens de l'engagement a été mesuré par The Alienation from Self and Alienation from Work Scale of the Alienation Test (Maddi, Kobasa et Hoover, 1979). Le sens de la maîtrise a été mesuré par The Rotter Internal-External Locus of Control Scale de Rotter (1966). Le sens du défi a été mesuré par The Security Scale of the California Life Goals Evaluation Schedule élaborée par Hahn (1966). Ces échelles mesurent les trois dimensions de la hardiesse de façon négative. Les données ont été analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Pearson).

Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel, tous deux en score global ($r = 0.42$, $p < 0.01$). De même, il existe une relation statistiquement significative et positive entre l'épuisement professionnel et les différentes dimensions du manque de hardiesse (aliénation au travail : $r = 0.43$, $p < 0.01$; aliénation de soi : $r = 0.26$, $p < 0.01$; foyer de contrôle externe : $r = 0.41$, $p < 0.01$). De plus, les infirmières qui montraient un score élevé de hardiesse ont obtenu des scores moindres d'épuisement professionnel. En outre, les infirmières qui présentaient un lieu de contrôle externe tout en manifestant moins d'engagement se montraient impuissantes face aux nouvelles situations avec un niveau élevé d'épuisement professionnel. Par contre, les infirmières qui montraient un lieu de contrôle interne et qui percevaient leur travail comme un défi ont obtenu un score d'épuisement professionnel moindre. Les auteurs en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) ont conclu que la hardiesse est une variable qui explique et prédit l'épuisement professionnel chez cette population d'infirmières.

De la même façon, D'Ambrosia (1987) a répété l'étude de Keane, Ducette et Adler (1985) auprès d'une population de 121 infirmières d'oncologie provenant de trois hôpitaux de l'état américain du Rhode Island. Les échelles de mesure utilisées pour les dimensions de la hardiesse et de l'épuisement professionnel sont les mêmes que celles de l'étude de Keane et al. (1985). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Pearson). Les auteurs retrouvent les mêmes résultats que Keane et al. (1985), soit qu'il existe une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel en score total ($r = 0.55$, $p < 0.01$) ainsi qu'avec les différentes dimensions du manque de hardiesse (aliénation au travail : $r = 0.46$, $p < 0.01$; aliénation de soi : $r = 0.41$, $p < 0.01$; foyer de contrôle externe : $r = 0.32$, $p < 0.01$; impuissance : $r = 0.57$, $p < 0.01$; besoin de sécurité : $r = 0.21$, $p < 0.05$).

Jama (1987) a effectué une étude similaire auprès de 100 infirmières anesthésistes travaillant dans des établissements spécialisés de l'état de Pennsylvanie. Les mêmes instruments de mesure que pour les études précédentes furent utilisés. Les données collectées ont été analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de

Pearson. De nouveau, Jama (1987) retrouve une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel en score total ($r = 0.50$, $p < 0.01$) ainsi qu'avec les trois dimensions du manque de hardiesse (aliénation au travail : $r = 0.63$, $p < 0.01$; aliénation de soi : $r = 0.50$, $p < 0.01$; foyer de contrôle externe : $r = 0.42$, $p < 0.01$). De plus, les trois dimensions de la hardiesse expliquent 49 % de la variance de l'épuisement professionnel.

Rich et Rich (1987) continuèrent les travaux sur la relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel sur une population de 100 infirmières provenant de sept unités de soins aigus de Pennsylvanie. La hardiesse fut mesurée à l'aide des cinq instruments suggérés par Kobasa et al. (1982), de même l'épuisement professionnel fut mesuré par le SBS-HP de Jones (1980). Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre l'épuisement professionnel et le manque de hardiesse, tous deux en score global ($r = 0.39$, $p < 0.01$). De même, il existe une relation positive et significative entre l'épuisement professionnel et les dimensions liées au manque de hardiesse (aliénation au travail, $r = 0.48$, $p < 0.01$; aliénation de soi : $r = 0.50$, $p < 0.01$; foyer de contrôle externe : $r = 0.43$, $p < 0.01$; impuissance : $r = 0.37$, $p < 0.01$). Le manque de hardiesse explique 25 % de la variance de l'épuisement professionnel. De plus, le sens de la maîtrise et de l'engagement expliquent 42 % de la variance de l'épuisement professionnel.

De la même façon, Mc Cranie, Lambert et Lambert (1987) ont étudié la relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel mais aussi son effet modérateur sur la perception des stressors occupationnels auprès de 107 infirmières de 18 unités cliniques d'une région urbaine du sud des Etats Unis. Les échelles utilisées furent pour l'épuisement professionnel, The Teduim Scale de Pines et Aronson (1981) ainsi qu'un Self Report Instrument, les stressors en soins infirmiers ont été mesurés par le Nursing Stress Scale (NSS) de Gray-Toft et Anderson (1984) et la hardiesse par l'échelle composée de 36 items de Kobasa, Maddi, Donner, Merrick et White (1984). Les données ont été analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Les

auteurs montrent qu'il existe une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel en score total ($r = 0.43$, $p < 0.01$), de même qu'entre la perception des stressseurs occupationnels et l'épuisement professionnel ($r = 0.32$, $p < 0.01$). Par contre, il ne semble pas exister de relation statistiquement significative entre la hardiesse et la perception des stressseurs occupationnels. Selon les auteurs, la hardiesse apparaît comme un modérateur de l'épuisement professionnel mais elle ne semble pas agir comme modérateur sur la perception des stressseurs occupationnels. La hardiesse explique 11% de la variance de l'épuisement professionnel et la perception des stressseurs occupationnels représentent 17 % de la variance de l'épuisement professionnel.

Topf (1989) a étudié la relation entre la hardiesse, l'épuisement professionnel et la perception des stressseurs auprès de 100 infirmières travaillant aux soins intensifs de deux hôpitaux universitaires de la côte ouest des États Unis. Les instruments de mesure de la hardiesse étaient identiques à ceux utilisés par Kobasa et al (1982). L'épuisement professionnel a été mesuré par deux échelles : le MBI de Maslach et Jackson (1981) et par le SBS-HP de Jones (1980) La perception des stressseurs a été mesurée par le NSS de Gray-toft et Anderson (1981). Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées. Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel en score global ($F = 0.262$, $p < 0.01$) ainsi qu'avec une des dimensions de l'épuisement professionnel soit le manque d'accomplissement professionnel ($F = 0.281$, $p < 0.01$). L'auteur ne trouve pas de relation entre la hardiesse et la perception des stressseurs occupationnels. La hardiesse et la perception des stressseurs occupationnels sont donc considérées comme des additifs indépendants et significatifs de l'épuisement professionnel. De même, la dimension de l'engagement semble jouer un rôle important puisqu'elle explique 24 % de la variance de l'épuisement professionnel.

Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991) ont étudié l'hypothèse que la hardiesse, le coping et le soutien social sont des prédicteurs de l'épuisement professionnel. La population étudiée regroupaient 103 infirmières de soins intensifs d'hôpitaux du sud-est

des Etats-Unis. Les échelles utilisées furent pour l'épuisement professionnel, le SBS-HP de Jones (1980), pour la hardiesse, les mêmes que pour l'étude de Kobasa et al (1982), pour le coping, The Ways of Coping Checklist de Lazarus et Folkman (1984) et pour le soutien social, The 13 items House and Wells Social Support Scale (1981). Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Afin de faciliter la lecture des résultats, les auteurs ont recodé les valeurs de la hardiesse, soit qu'un haut score obtenu à l'échelle de mesure correspond à un haut niveau de hardiesse. Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel en score total ($r = -0.43$, $p < 0.001$) et entre la hardiesse et le coping centré sur l'émotion ($r = -0.28$, $p < 0.01$). De plus, les stratégies centrées sur l'émotion sont reliées de façon significative et positive avec l'épuisement professionnel ($r = 0.25$, $p < 0.05$). Par contre, il ne semble pas exister de relation entre la hardiesse et le coping centré sur le problème, mais il existe une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et le soutien social ($r = 0.28$, $p < 0.01$). Le soutien social, le coping et la hardiesse représentent 44% de la variance de l'épuisement professionnel. Par contre, le soutien social à lui seul représente 24% de la variance de l'épuisement professionnel par rapport à la hardiesse qui ne représente que 7 % de la variance de l'épuisement professionnel. Selon les auteurs, le soutien social apparaît comme un prédicteur significatif de l'épuisement professionnel. De plus, la relation prédite par Maddi et Kobasa (1984) entre la hardiesse et les stratégies de coping centrées sur le problème n'est pas confirmée dans cette étude.

Wright, Blache, Ralph et Luterman (1992) ont regardé les relations entre la hardiesse, le stress et l'épuisement professionnel sur un échantillon de convenance de 31 infirmières (57% de participation) de soins intensifs d'un centre hospitalier universitaire du sud-est des Etats-Unis. Les instruments utilisés furent, The Hardiness Test de 50 items, soit la troisième version de l'instrument (Maddi et al., 1990) qui est une mesure positive de la hardiesse, The NSS de Gray-Toft et Anderson (1981) pour mesurer la perception des stressés occupationnels au travail, The Tedium Scale de Pines et Aronson (1981) pour mesurer l'épuisement professionnel. Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Il apparaît une relation

statistiquement significative et positive entre le stress et l'épuisement professionnel ($r = 0.36$, $p < 0.05$) en score global ainsi qu'une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel en score global ($r = -0.55$, $p < 0.01$). De plus, il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et la perception des stressés ($r = -0.41$, $p < 0.01$). Le stress explique 13% de la variance de l'épuisement professionnel. Par contre, la hardiesse explique 41.5 % de la variance de l'épuisement professionnel. Les auteurs soulignent que la relation statistique entre la hardiesse et l'épuisement professionnel est plus forte que la relation statistique entre le stress et l'épuisement professionnel. Selon ces auteurs, la hardiesse apparaît comme un puissant protecteur de l'épuisement professionnel.

Morissette (1993) a étudié la relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon aléatoire de 243 infirmières de soins intensifs au Québec. La hardiesse a été mesurée par une échelle traduite en langue française de la troisième version du Hardiness Scale de Kobasa en 1990 et qui porte le nom de Enquête Des Points De Vue Personnels (Kérouac et Duquette, 1992). L'épuisement professionnel a été mesuré par une traduction en langue française du SBS-HP (Kérouac et Duquette, 1992). Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Il apparaît une relation négative et significative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel en score global ($r = -0.59$, $p < 0.05$). De même, il apparaît une relation statistiquement significative entre la perception des stressés et l'épuisement professionnel en fréquence ($r = 0.47$, $p < 0.05$) et intensité ($r = 0.42$, $p < 0.05$). En outre, il existe une relation statistiquement significative et négative entre le soutien social et l'épuisement professionnel ($r = -0.40$, $p < 0.05$). Il apparaît que 54% de la variance de l'épuisement professionnel est expliquée par quatre variables dont deux sont des dimensions de la hardiesse (engagement, maîtrise). Selon l'auteur et en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), la hardiesse apparaît comme la principale ressource pour contrer l'épuisement professionnel.

Van Servellen, Topf et Leak (1994) ont étudié les relations entre la hardiesse, le stress au travail, l'épuisement émotionnel et l'état de santé sur un échantillon de

convenance de 237 infirmières issues de 18 unités réparties dans quatre hôpitaux de Californie. Les échelles utilisées furent The 1985 Version of The Hardiness Scale (Maddi et Dane, n.d) pour mesurer la hardiesse, The Lyons Tension Index (Lyons, 1971) pour mesurer la tension au travail, The Emotional Exhaustion Subscale of MBI (Maslach et Jackson, 1981) pour mesurer l'épuisement émotionnel et The Brief Symptom Index (Derogatis et Spencer, 1982) pour mesurer l'apparition de problèmes de santé physique. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Pearson). Il apparaît que le stress au travail ($r = 0.26$, $p < 0.01$) ainsi que l'épuisement émotionnel ($r = 0.26$, $p < 0.01$) sont liés de façon significative et positive avec l'apparition de problèmes de santé. Par contre la hardiesse en score total ($r = -0.29$, $p < 0.01$) ainsi que ses trois dimensions, soit le sens de l'engagement ($r = -0.28$, $p < 0.01$), le sens de la maîtrise ($r = -0.25$, $p < 0.01$) et le sens du défi ($r = -0.21$, $p < 0.01$) sont reliées de façon significative et négative à l'apparition de problèmes de santé physique. Les auteurs recommandent également que dans un univers de travail potentiellement stressant, il est essentiel de développer la hardiesse chez les infirmières afin de réduire l'apparition des problèmes de santé physique.

Paquette (1994) a regardé les relations entre les stressseurs au travail en sidologie, l'épuisement professionnel et la hardiesse auprès d'un échantillon de convenance de 135 infirmières québécoises travaillant auprès de patients atteints de VIH/SIDA. Les instruments de mesure utilisés furent The Aids Impact Scale de Bennett, Kelacher et Ross (1991) en traduction française pour mesurer les stressseurs en sidologie, The EEP-SP traduction française du SBS-HP de Jones (1980) pour mesurer l'épuisement professionnel et The Personal Views Survey de Kobasa (1985) en traduction française pour mesurer la hardiesse. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (test de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel ($r = -0.40$, $p = 0.01$). De plus, deux dimensions de la hardiesse : le sens de l'engagement ($r = -0.54$, $p = 0.01$) et le sens de la maîtrise ($r = -0.31$, $p = 0.01$) sont reliées de façon négative et significative avec l'épuisement professionnel. Par contre, il n'apparaît pas de relation statistique significative entre les stressseurs en sidologie et l'épuisement professionnel.

Major (1995) a étudié les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon aléatoire de 125 infirmières nouvellement diplômées parmi les centres hospitaliers universitaires du Québec. Les instruments utilisés furent The MBI de Maslach et Jackson (1981) en fréquence et intensité pour mesurer l'épuisement professionnel et l'échelle Des Points de Vue Personnels, traduction en français par Kérouac et Duquette (1992) de The Personal Views Surveys (Kobasa et al., 1990) pour mesurer la hardiesse. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (test de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre les différentes dimensions de la hardiesse et l'épuisement professionnel en fréquence et intensité : sens de l'engagement et épuisement professionnel (fréquence : $r = -0.44$, $p = 0.01$; intensité : $r = -0.37$, $p = 0.01$), le sens de la maîtrise et l'épuisement professionnel (fréquence : $r = -0.26$, $p < 0.01$, intensité : $r = -0.18$, $p < 0.05$), le sens du défi et l'épuisement professionnel (fréquence : $r = -0.26$, $p < 0.01$; intensité : $r = -0.26$, $p < 0.01$). La dimension de l'engagement apparaît être une dimension importante auprès de cette population. Major (1995) conclut au regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) que la hardiesse exerce une effet modérateur sur les manifestations liées à l'épuisement professionnel des jeunes diplômées.

Duquette et coll. (1995) ont étudié les relations entre les variables suivantes : stressors occupationnels, hardiesse, soutien social en milieu de travail, stratégies d'adaptation et épuisement professionnel. Ils ont regardé aussi les relations entre l'épuisement professionnel et la détresse émotionnelle. Cette étude a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire composé de 1990 infirmières québécoises œuvrant en gériatrie. Les échelles utilisées furent le SBS-HP (Jones, 1980) pour mesurer l'épuisement professionnel, le NSS de Gray-Toft et Anderson (1981) en version française pour mesurer les stressors occupationnels, The Hardiness Scale élaborée par Kobasa et al (1990) traduite par les auteurs de l'étude pour la mesure de la hardiesse, l'instrument Dimension Relationnelle au Travail traduite en français par Michaud (1991) du Work Relationship Index pour mesurer le soutien social en milieu de travail, l'Indice de Réaction de Coping- forme B- Adultes traduit et adapté en langue française

par Gagnon (1988) de l'Indice of Coping Responses de Moos et al. (1988) pour mesurer les stratégies de coping. Les auteurs ont suivi la population d'infirmière pendant un an et ont effectué trois temps de mesure espacés de six mois. Les données ont été analysées à l'aide d'analyses de régression de type hiérarchique, d'équations structurales et de tests de Pearson.. Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et les stratégies de coping actives, et ce, aux trois temps de mesure ($r = 0.35$, $r = 0.39$, $r = 0.39$, $p < 0.01$), de même entre la hardiesse et le soutien social et ceci aux trois temps de mesure ($r = 0.32$, $r = 0.36$, $r = 0.37$, $p < 0.01$). Ainsi, ces trois variables précédentes sont corrélées de façon négative et significative avec l'épuisement professionnel. De plus, il existe une relation statistiquement positive et significative entre les stressseurs au travail et l'épuisement professionnel au trois temps de mesure ($r = 0.43$, $r = 0.39$, $r = 0.38$, $p < 0.001$). L'ensemble des variables expliquent 50% de la variance de l'épuisement dont 21% est attribuable aux stressseurs et 11% à la hardiesse, et ce selon une analyse de régression de type hiérarchique où la hardiesse est la dernière variable de l'équation de régression. Des trois dimensions de la hardiesse, le défi n'apparaît pas comme une variable significative en regard de l'épuisement professionnel. A l'aide d'analyses d'équations structurales, les chercheurs ont montré que la hardiesse est la variable la plus importante qui a un effet direct sur l'épuisement professionnel ($CEC = -0.354$, $p < 0.01$). Les auteurs concluent en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) que la hardiesse est la principale ressource qui permet de protéger les infirmières œuvrant en gérontologie face à l'épuisement professionnel.

Sortet et Banks (1996) ont étudié les relations entre la hardiesse, le stress au travail et la santé sur un échantillon de convenance comprenant 126 infirmières américaines. Les échelles utilisées furent The MBI de Maslach et Jackson (1986) en fréquence seulement pour mesurer le stress au travail, The Survey Instruments développés par The Center of Disease Control and Prevention (Jones, Harel et Levinson, 1992) ainsi que Pender (Franck-Stromborg, Pender, Walker et Sechrist, 1990) afin de mesurer le niveau de santé, The Personal Views Survey pour mesurer la hardiesse. Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées (Path Analysis). Il apparaît que la hardiesse explique 26% de la variance de l'épuisement émotionnel, 11 % de la

variance de la dépersonnalisation et 20 % de la variance de l'accomplissement personnel. Selon les auteurs, la hardiesse apparaît comme un prédicteur significatif de l'épuisement professionnel.

Collins (1996) a étudié la relation entre les stressseurs au travail, la hardiesse et l'épuisement professionnel auprès de 113 infirmières d'un hôpital de Californie. Les échelles utilisées furent : The Personal Views Survey pour mesurer la hardiesse, The Teduim Burnout Scale de Pines et Aronson (1981) pour mesurer l'épuisement professionnel et le NSS de Gray-Toft et Anderson (1981) pour mesurer la perception des stressseurs occupationnels en milieu de travail. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement positive et significative entre la hardiesse et la perception des stressseurs et l'épuisement professionnel ($r = 0.39$, $p < 0.01$) mais aussi entre la hardiesse et la perception des stressseurs au travail ($r = 0.45$, $p < 0.05$) parmi les infirmières de nuit ($n = 16$). Ce dernier résultat contraste avec tous les résultats des études précédentes. En effet, il semble ici que la hardiesse soit associée à la perception d'un niveau plus élevé de stressseurs occupationnels. Par contre, il existe une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et la perception des stressseurs occupationnels parmi les infirmières de jour ($r = -0.22$, $p < 0.01$), de même qu'entre la hardiesse et l'épuisement professionnel ($r = -0.5$, $p < 0.01$).

Delmas, Cloutier, Pronost (1997) ont étudié les relations entre la hardiesse, les stressseurs au travail et l'épuisement professionnel chez 170 infirmières œuvrant dans les services de soins intensifs (ce qui correspond dans le système hospitalier québécois aux soins intermédiaires) de deux hôpitaux universitaires du sud de la France. Les échelles utilisées furent le NSS de Gray-Toft et Anderson (1981) en traduction française pour mesurer la perception des stressseurs occupationnels, l'Echelle des Points de Vue Personnels qui est une traduction du Hardiness Inventory par Kérouac et Duquette (1992) afin de mesurer la hardiesse et le MBI de Maslach et Jackson (1981) en traduction française par Fontaine (1985) pour mesurer l'épuisement professionnel. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (test de Pearson). Il apparaît une

relation statistiquement significative et positive entre la perception des stressseurs occupationnels et l'épuisement professionnel ($r = 0.20, p < 0.01$). Par contre, il existe une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel ($r = -0.30, p < 0.01$) de même qu'entre la hardiesse et la perception des stressseurs ($r = -0.26, p < 0.01$).

Simoni et Paterson (1997) ont étudié les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon aléatoire de 440 infirmières américaines. Les instruments utilisés furent The Pines and Kafry (1982) Coping Taxonomy pour mesurer les stratégies de coping, The 36 Items Hardiness Measure (deuxième génération, forme réduite) de Kobasa et Maddi (1982) pour mesurer la hardiesse, The Tedium Measure de Pines et Kafry (1978) pour mesurer l'épuisement professionnel. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Student). Il apparaît que les infirmières qui utilisent des stratégies de coping actives ont un niveau de hardiesse plus élevé que les infirmières qui utilisent des stratégies de coping inactives ($t = 2.57, p < 0.01$). De plus, les infirmières qui utilisent les stratégies de coping actives manifestent moins d'épuisement professionnel que les infirmières qui utilisent les stratégies de coping inactives ($t = 2.26, p < 0.01$). Les auteurs concluent que les infirmières les plus hardies utilisent davantage de stratégies de coping de style actif et manifestent moins d'épuisement professionnel que les autres.

Il existe d'autres recherches qui ont regardé les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel mais chez des populations d'infirmières autres que soignantes. En effet, Langemo (1990) a regardé cette relation auprès d'un échantillon aléatoire de 287 enseignantes de 18 écoles en nursing de la région du Minnesota. Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et deux dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel : $r = -0.40, p < 0.001$; dépersonnalisation : $r = -0.30, p < 0.001$) et une relation statistiquement positive et significative entre la hardiesse et l'accomplissement personnel ($r = 0.27, p < 0.001$). Dans le même ordre d'idée, Pagana (1990) a regardé les relations entre la hardiesse et le soutien social auprès d'un échantillon aléatoire de 261 étudiantes en sciences infirmières

face à leur première expérience clinique. La population était issue de sept collèges et universités ainsi que des 15 hôpitaux de Pennsylvanie où se déroulait le stage clinique. Les résultats montrent que les étudiantes hardies perçoivent cette première expérience clinique comme un défi. De même, Smochek (1992) a examiné la relation entre la hardiesse, la perception de la santé et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon de convenance de 217 étudiantes américaines au baccalauréat. Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre la perception de la santé et la hardiesse ($r = 0.34$, $p < 0.01$), de même qu'une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel ($r = -0.36$, $p < 0.01$). De plus Buran (1992) s'est intéressé à cette relation auprès d'un échantillon de convenance de 121 professeurs d'une faculté des sciences infirmières et d'une faculté des arts et sciences d'une Université Américaine. Cette étude a permis de montrer qu'il existait une relation négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel parmi le corps professoral.

En conclusion, il apparaît que de nombreux chercheurs se sont intéressés à l'étude de la hardiesse en relation avec l'épuisement professionnel en soins infirmiers tout particulièrement sur plusieurs populations d'infirmières soignantes de plusieurs pays (Etats-Unis, Canada et France). De plus, certaines études se sont intéressées à cette relation auprès d'autres populations comme des populations d'étudiantes et de professeurs en sciences infirmières. Par contre, il apparaît une diversité dans les instruments utilisés autant pour la mesure de la hardiesse que pour celle de l'épuisement professionnel, mais il ressort à chaque fois un lien statistiquement significatif et négatif entre la hardiesse et l'épuisement professionnel (r variant de -0.30 à -0.55). Par ailleurs au niveau de la relation entre la hardiesse et les stratégies de coping, les résultats des études sont moins convergents. En effet, Boyle et al. (1991) ne retrouvent pas de relation statistiquement significative entre la hardiesse et les stratégies centrées sur le problème alors que Duquette et coll. (1995) retrouve une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et les stratégies de coping actives et ceci au trois temps de mesure. Il apparaît de plus que les instruments utilisés pour opérationnaliser le concept de coping sont différents entre les deux études. Outre l'épuisement professionnel, des chercheurs se sont intéressés à examiner les relations entre la hardiesse et d'autres

indicateurs de santé comme la détresse psychologique et le bien-être psychologique des infirmières.

Les relations entre la hardiesse et la détresse psychologique et émotionnelle.

Duquette et coll. (1995) ont regardé entre autre la relation entre la hardiesse et la détresse émotionnelle lors de leur étude sur une population de 1990 infirmières québécoises œuvrant en gériatrie. Les échelles utilisées furent The Hardiness Scale (Kobasa et al., 1990) traduite en français par les auteurs pour mesurer la hardiesse et l'échelle Divers problèmes personnels utilisée dans l'enquête Santé Québec (Perreault, 1987) pour mesurer la détresse émotionnelle. Les données ont été analysées à l'aide d'analyses multivariées, d'équations structurales et de tests de Pearson. Il apparaît qu'il existe une relation statistiquement significative entre l'épuisement professionnel et la détresse psychologique et ceci aux trois temps de mesure ($r = 0.60, 0.59, 0.64$ avec $p < 0.01$). Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et la détresse émotionnelle et ceci aux trois temps de mesure ($B = -0.272, B = -0.272, B = -0.259, p < 0.01$). A l'aide d'analyses d'équations structurales, il apparaît que trois variables ont un effet direct et significatif sur la détresse émotionnelle, soit l'épuisement professionnel ($CEP = 0.384; p < 0.01$), la hardiesse ($CEP = -0.272; p < 0.01$) et les stressseurs occupationnels ($CEP = 0.171; p < 0.01$). Selon les auteurs et en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), il apparaît que la hardiesse est une ressource qui permet de protéger les infirmières de la détresse émotionnelle.

Harrison (1997) a regardé les relations entre la hardiesse, le soutien social et la détresse psychologique auprès d'un échantillon aléatoire de 300 infirmières auxiliaires québécoises. Les échelles retenues furent l'échelle Des points de Vue Personnels, version française de Hardiness Scale (Kobasa et al., 1990) pour mesurer la hardiesse, l'échelle de La dimension relationnelle au travail (Michaud, 1991) version française de Work Relationship Index (Moos, 1986) pour mesurer le soutien social et l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-29) (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987) version française du Psychiatrie Symptom Index (Ilfeld, 1976) pour

mesurer la détresse psychologique. Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et la détresse psychologique ($r = -0.42$, $p < 0.01$). Par contre, il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et le soutien social ($r = 0.27$, $p < 0.01$) qui est en lien significatif et négatif avec la détresse émotionnelle ($r = -0.21$, $p < 0.01$). De plus, la hardiesse explique 19% de la variance de la détresse psychologique. Harrisson (1997) conclut en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) que la personne hardie sait utiliser le soutien social pour renforcer l'effet de la hardiesse et rester en santé dans un milieu de travail potentiellement pourvu de nombreux stressseurs.

Ces deux dernières études montrent un lien statistiquement significatif entre la hardiesse et la détresse émotionnelle ou psychologique.

Les relations entre la hardiesse et le bien-être psychologique.

Savignac (1993) a regardé la relation entre la hardiesse et le bien-être psychologique auprès d'un échantillon de convenance de 86 infirmières québécoises œuvrant dans des unités de soins de longue durée. Les instruments utilisés furent l'échelle Votre Bien-Etre issue de l'enquête de Santé Québec (1987) pour mesurer le bien-être psychologique et l'échelle Des Points de Vue Personnels traduction en langue française par Kérouac et Duquette (1992) du Hardiness Scale (Kobasa et al, 1990). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (tests de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre les trois dimensions de la hardiesse et le bien-être psychologique (le sens de l'engagement : $r = 0.49$, $p < 0.001$; le sens de la maîtrise : $r = 0.38$, $p < 0.001$; le sens du défi : $r = 0.28$, $p < 0.01$). De même, il existe une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et le bien-être en score total ($r = 0.44$, $p < 0.001$). Selon Savignac (1993), les infirmières hardies montrent un niveau de bien-être plus élevé que les infirmières peu hardies.

Harrison (1995) a étudié les relations entre la hardiesse, le type et la fréquence des stressseurs occupationnels et le bien-être psychologique auprès d'un échantillon aléatoire de 150 infirmières œuvrant dans les services de médecine-chirurgie de différents hôpitaux du Québec. Les instruments utilisés furent The NSS de Gray-Toft et Anderson (1981) en langue française pour mesurer la perception des stressseurs occupationnels, l'échelle Des Points De Vue Personnels traduction française de The Hardiness Scale (Kobasa et al, 1990) pour mesurer la hardiesse et l'échelle Votre Bien-Etre tirée de l'enquête Santé Québec (1987) pour mesurer le bien-être psychologique. Les données furent analysées à l'aide d'analyses multivariées et de tests de Pearson. Il apparaît une relation statistiquement significative et négative entre la perception des stressseurs en fréquence ($r = -0.52$, $p < 0.01$) et intensité ($r = -0.49$, $p = 0.01$) et le bien-être psychologique. De plus, il existe une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et le bien-être en score total ($r = 0.61$, $p = 0.01$). En outre, la hardiesse explique 25.5% de la variance de la perception des stressseurs et 38% de la variance du bien-être psychologique.

Ces deux études montrent un lien statistiquement significatif et positif entre la hardiesse et le bien-être psychologique.

Les relations entre la hardiesse et la satisfaction au travail.

La satisfaction au travail fut considérée pendant longtemps par les managers comme le seul indicateur valable de la qualité de vie au travail (Flanagan, 1982; Loscocco et Roschelle, 1991; Zeffane, 1994). Schwab (1996) émet l'hypothèse qu'une infirmières "hardie" perçoit de façon moins importante les stressseurs au travail et manifeste un niveau plus modéré d'épuisement professionnel, ce qui laisse supposer des attitudes positives vis à vis du travail, une plus grande motivation et implication et donc une meilleure satisfaction au travail. Il ne semble pas exister à ce jour d'étude sur les relations entre la hardiesse, la satisfaction au travail ou la qualité de vie au travail telle que Elizur et Shye (1990) la définissent.

Conclusion.

Il semble d'après la revue des écrits que le phénomène de la hardiesse a souvent été étudié en lien avec l'épuisement professionnel qui peut être considéré comme un indicateur négatif de la santé des infirmières au travail. Quelques études ont abordé les relations entre la hardiesse et le bien-être psychologique de l'infirmière qui peut être considéré comme un indicateur positif de la santé des infirmières. Par contre, il ne semble pas exister d'étude qui ont mis en lien les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail. De plus, la hardiesse a très peu été explorée auprès de populations d'infirmières françaises. Ce constat justifie cette étude sur le plan empirique.

Prenant appui sur le cadre de référence et sur l'examen attentif des écrits empiriques, douze hypothèses de recherche ont été formulées et sont illustrées graphiquement à la figure 5.

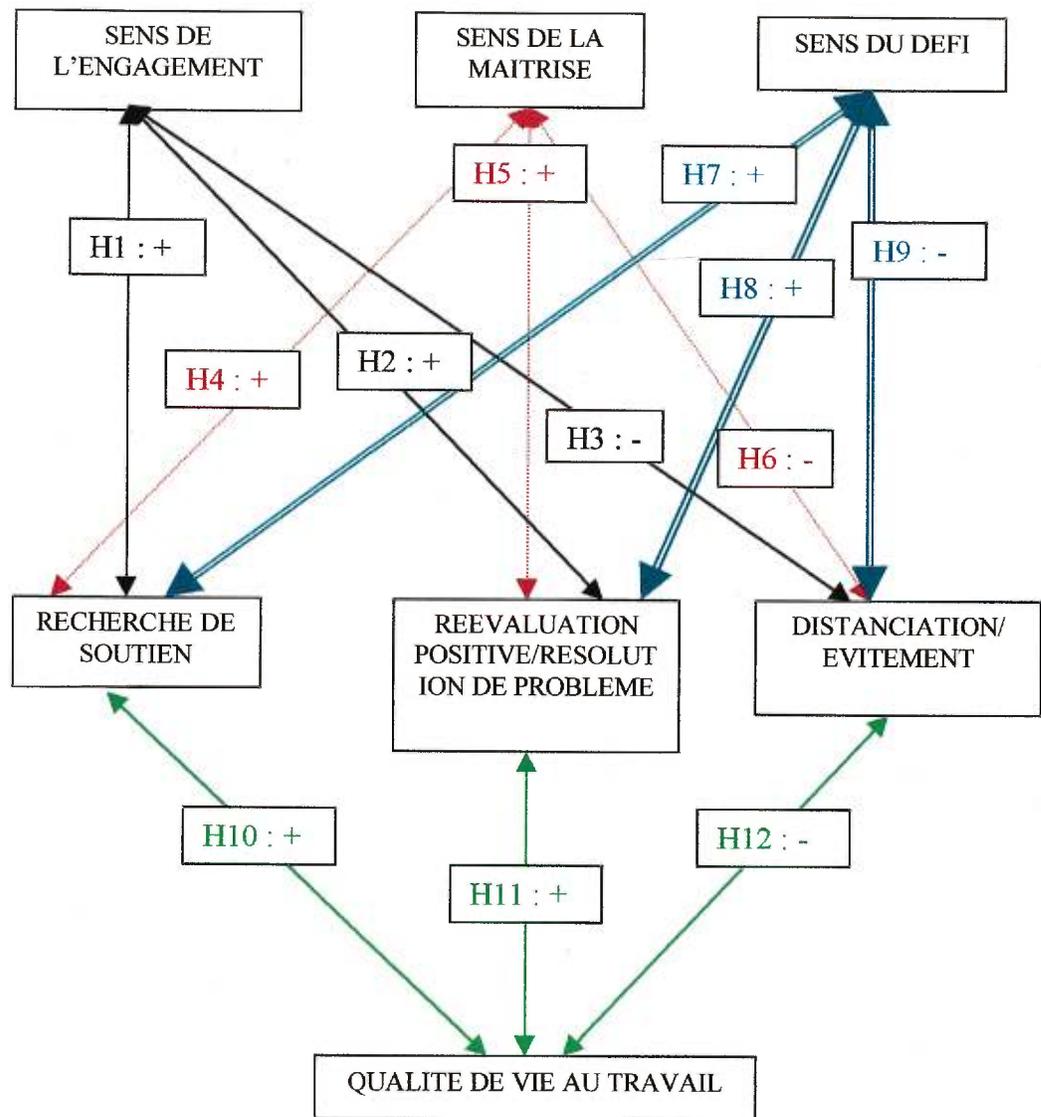


Figure 5 : Illustration des hypothèses de la recherche.

+ ou - indique le sens positif ou négatif de la corrélation attendue entre les différentes variables.

Chapitre troisième
La méthode de recherche

Ce chapitre présente la méthode retenue pour répondre aux questions de cette recherche. Il est composé de plusieurs parties qui sont : la présentation du devis de recherche, la définition des variables de l'étude, les instruments de mesure retenus, les prétests effectués, le milieu, la population et l'échantillon, le déroulement de l'étude, les considérations éthiques, les limites méthodologiques de l'étude et le plan d'analyse des données.

Le devis de recherche

Cette étude a utilisé un devis descriptif corrélationnel. Elle visait d'une part à décrire les niveaux de qualité de vie au travail, de hardiesse, de même que les stratégies de coping utilisées par des infirmières de réanimation. D'autre part, elle examinait les relations entre la hardiesse et les stratégies de coping, ainsi que les relations entre les stratégies de coping et la qualité de vie au travail de ces infirmières œuvrant dans les services de réanimation d'un centre hospitalier universitaire du sud-ouest de la France.

La définition des variables

La hardiesse

La hardiesse est une caractéristique de la personnalité qui fait appel à des croyances et des attitudes optimistes selon lesquelles les événements stressants peuvent être transformés de façon positive par des décisions et des actions (Kobasa, 1979). La hardiesse est définie par trois dimensions qui sont le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi. Le sens de l'engagement est la tendance à s'impliquer ou à s'engager dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées; il s'oppose à une aliénation et au sens général d'abandon, de perte d'autonomie et de dépossession de l'authenticité. Le sens de la maîtrise s'exprime par la croyance de la personne de pouvoir influencer le cours des événements par ce qui est imaginé, choisi, dit ou fait. Il s'oppose à l'impuissance ou à la manipulation. Le sens du défi se réfère à la croyance de la personne que le changement plutôt que la stabilité est normal. Il s'oppose ainsi à la

méfiance et à la stabilité. Ouellette (1993) précise qu'une personne est dite hardie seulement si elle possède un niveau élevé dans les trois dimensions. La hardiesse sera mesurée par une échelle composite de la troisième génération soit The Personal View Survey (Maddi, 1987, 1990) en traduction française sous le nom « Des Points de Vue Personnels » (Kérouac et Duquette, 1992).

Les stratégies de coping

Le coping se définit comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Lazarus et Folkman, 1984). Le coping apparaît comme un processus médiateur mais aussi comme le résultat des efforts cognitifs ou comportementaux constants, déployés par la personne en vue de maîtriser, tolérer ou réduire les demandes spécifiques, internes ou externes, que la personne évalue comme stressantes. Le mode de coping utilisé par un individu se réfère à des stratégies de coping qui représentent les efforts et actions employées par la personne afin de faire face à des événements stressants (Lazarus et Folkman, 1984).

Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, Wright (1995) ont retenu une structure tridimensionnelle des stratégies de coping qui se définit par trois facteurs : la recherche du soutien social qui correspond à la recherche par la personne d'interactions avec son environnement lui permettant de prendre un avis ou d'exprimer ses émotions; la réévaluation positive/résolution de problème qui correspond à une évaluation secondaire de la situation par la personne en regardant les aspects positifs de celle-ci tout en privilégiant des stratégies centrées sur le problème; la distanciation/ évitement qui permet à la personne de faire varier son attention par rapport à la source de stress en utilisant le plus souvent des activités de substitution sans pour cela se confronter au problème. Ces stratégies ont été mesurées à l'aide de la version abrégée du Ways of Coping Check-List (Lazarus et Folkman, 1984) en traduction française par Mishara (1987) et adaptée en version abrégée par Bouchard et coll. (1995) après une analyse factorielle.

La qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est définie par Elizur et Shye (1990) comme un niveau d'efficacité perçu par la personne dans quatre domaines de fonctionnement : physique, psychologique, social et culturel et ce, à l'intérieur des modes de fonctionnement conservateur, expressif, adaptatif et intégratif. Les auteurs ont déterminé ces quatre modes de fonctionnement à partir de l'approche du système action. Le mode conservateur représente les interactions entre les normes sociales et la personne. Le mode expressif représente les interactions entre la personnalité de l'individu et son environnement. Le mode adaptatif représente les interactions de la personne avec le monde physique en regard de ses réalités biophysiques. Le mode intégratif représente les interactions sociales et interpersonnelles résultantes des choix de la personne face à ses réalités biophysiques. De façon opérationnelle, la qualité de vie au travail représente les perceptions de la personne en regard de ses différentes formes d'interactions avec son environnement (de travail dans ce cas), qui lui permettent de développer, d'actualiser, d'harmoniser et de maintenir ses dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles.

Ces différentes dimensions de la qualité de vie au travail ont été mesurées à partir de l'échelle de la qualité de vie au travail de Elizur et Shye (1990) qui a été traduite en langue française pour les besoins de la présente étude.

Les instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés pour cette recherche sont au nombre de quatre et ont été intégrés à un questionnaire regroupant quatre sections. Les autorisations pour l'utilisation des instruments dans leur version française ont été obtenues par le chercheur auprès des auteurs respectifs (voir appendice G).

La mesure de la hardiesse

La hardiesse a été mesurée à l'aide de l'Échelle des Points de Vue Personnels (voir appendice B) qui est une traduction française par Kérouac et Duquette (1992) de l'échelle Personal View Survey (Maddi, 1987, 1990). Cette échelle de la troisième génération de mesure de la hardiesse comprend 50 items qui capturent les trois dimensions de la hardiesse, soit le sens de l'engagement (items A,C,D,F,L,O,R,U,X,EE,HH,MM,NN,PP,SS,VV), le sens de la maîtrise (items E,G,H,I,K,N,Q,T,W,Z,BB,DD,GG,JJ,QQ,TT,WW) et le sens du défi (items B,J,M,P,S,V,Y,AA,CC,FF,II,KK,LL,OO,RR,UU,XX). Cette échelle comporte 39 items négatifs et 11 items positifs. Ce questionnaire auto-administré offre un choix de quatre types de réponse selon une échelle de type Likert en relation avec un ordre variant de « pas vrai du tout » à « complètement vrai ». Un score pour chaque dimension peut aussi être obtenu selon les calculs proposés par Kobasa (1990). La personne dite hardie présente un score élevé de hardiesse dans chacune des dimensions.

La version en langue anglaise a obtenu des indices psychométriques satisfaisants. En effet, le coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle est de 0.85 et supérieur à 0.70 pour les trois dimensions (Parkes et Randall, 1988). Kobasa (1990) obtient des résultats similaires soit un coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle de 0.90 et de 0.70 pour les trois dimensions. La stabilité de l'échelle a été vérifiée par Kobasa (1990) et attestée par un coefficient de 0.60 lors d'un test-retest à intervalle de deux semaines.

La version en langue française démontre aussi de bons résultats psychométriques. En effet, Kérouac et Duquette (1992) trouvent un coefficient alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle à 0.81 et respectivement de 0.75 pour la dimension de l'engagement, 0.60 pour la dimension de la maîtrise et 0.58 pour la dimension du défi. Savignac (1993) lors d'une étude sur les infirmières œuvrant en soins de longue durée retrouve un coefficient alpha de Cronbach de 0.70 pour l'ensemble de l'échelle et de 0.78 pour le sens de l'engagement, 0.65 pour le sens de la maîtrise et de 0.62 pour le sens du défi. Harrisson (1995) retrouve aussi des résultats similaires auprès d'une population d'infirmières œuvrant en médecine-chirurgie, soit un coefficient alpha de

Cronbach de 0.87 pour l'échelle globale et de 0.80 pour le sens de l'engagement, 0.65 pour le sens de la maîtrise et de 0.68 pour le sens du défi. Delmas et al (1997) sur une population d'infirmières françaises œuvrant en soins intensifs retrouve un coefficient d'alpha de Cronbach de 0.83 pour l'ensemble de l'échelle et respectivement de 0.70 pour chacune des trois dimensions. Le chercheur retrouve lors de la présente étude un coefficient d'alpha de Cronbach de 0.72 pour l'ensemble de l'échelle et respectivement de 0.64 pour le sens du défi, de 0.55 pour le sens de l'engagement et de 0.47 pour le sens de la maîtrise. De plus, des analyses de corrélations ont été effectuées entre les dimensions de la hardiesse et le score total de hardiesse. Il apparaît que les trois dimensions sont reliées de façon significative et positive ($r = 0.73$, $p < 0.01$ pour les trois dimensions) avec le score global. En outre, les corrélations retrouvées entre les différentes dimensions sont les suivantes : sens de l'engagement/sens de la maîtrise ($r = 0.51$, $p < 0.01$), sens de l'engagement/sens du défi ($r = 0.23$, $p < 0.01$), sens de la maîtrise/sens du défi ($r = 0.25$, $p < 0.01$).

Les résultats des différentes recherches francophones effectuées auprès d'infirmières (Delmas et coll., 1997 ; Duquette et coll., 1995 ; Harrisson, 1995 ; Harrisson, 1997 ; Major, 1995 ; Morisette, 1993 ; Paquette, 1994 ; Savignac, 1993) suggèrent que la hardiesse est une source de résistance personnelle de l'infirmière face aux événements stressants en milieu de travail, ce qui permet de croire à une certaine validité de construit du concept de la hardiesse ainsi qu'une validité de convergence et de divergence en regard de sa mesure.

La mesure des stratégies de coping

Les stratégies de coping ont été mesurées par une version abrégée proposée par Bouchard et coll. (1995) à partir de la traduction française effectuée par Mishara (1987) du Ways of Coping Questionnaire (WCQ) élaboré par Lazarus et Folkman (1984). Bouchard et coll. (1995) montrent que la structure proposée par Lazarus et Folkman (1984) n'est pas empiriquement viable par le fait même que seule quelques dimensions présentent une certaine stabilité. A partir d'une analyse factorielle, les auteurs ont

élaboré une version abrégée de la traduction française du WCQ et proposent une échelle tridimensionnelle comprenant 21 items (voir appendice C), version éprouvée de façon empirique sur une population de 1012 canadiens-français en examinant leur style de coping, soit leurs réactions face à des difficultés générales de la vie . Les trois facettes retenues sont la recherche du soutien social (6 items, soit 8,18,22,31,42,45), la réévaluation positive/résolution de problème (9 items, soit 15,20,26,28,38,39,46,49,56) et la distanciation/évitement (6 items, soit 11,12,13,21,58,59). Il s'agit de stratégies mixtes incluant à la fois le coping centré sur les émotions et sur la résolution de problèmes. Les répondants ont quatre choix de réponse à ce questionnaire auto-administré suivant une échelle de type Likert variant de « pas utilisées » à « beaucoup utilisées ». Les auteurs n'effectuent pas de moyenne totale mais des moyennes pour chaque dimension.

La version originelle, The Ways of Coping Questionnaire (Lazarus et Folkman, 1984), fut construite à partir d'un interrogatoire mensuel sur une période d'un an auprès de 100 sujets âgés entre 40 et 65 ans. Ces personnes devaient décrire une situation qui les avait bouleversés et de désigner parmi les différentes stratégies présentées, lesquelles ils avaient le plus souvent utilisées pour y faire face. Suite à une analyse factorielle, huit sous-échelles ont été élaborées avec un nombre total de 66 items (la confrontation, la distanciation, l'auto-contrôle, la recherche de soutien social, l'acceptation des responsabilités, l'évitement, la résolution de problème, le réévaluation positive). Selon Lazarus et Folkman (1984), l'ensemble des échelles doit être utilisé pour évaluer les stratégies d'adaptation employées par les individus pour faire face à un événement stressant.

La traduction française de ce questionnaire a été mise au point par Mishara (1987) à l'aide d'une procédure de traduction inversée. Les coefficients d'alpha de Cronbach retrouvés sont de 0.59 pour la confrontation, 0.67 pour la distanciation, 0.60 pour l'auto-contrôle, 0.86 pour la recherche du soutien social, 0.58 pour l'acceptation des responsabilités, 0.70 pour l'évitement, 0.68 pour la résolution de problème et enfin 0.78 pour la réévaluation positive.

Bouchard et coll. (1995) au niveau de la version abrégée obtiennent des coefficients alpha de Cronbach de 0.85 pour la recherche du soutien social, 0.76 pour la distanciation/évitement, 0.80 pour la réévaluation positive/ résolution de problème. Le chercheur trouve lors des analyses psychométriques sur la présente échelle, un coefficient alpha de Cronbach de 0.76 pour la recherche de soutien social, de 0.63 pour la distanciation/évitement et de 0.85 pour la réévaluation positive/résolution de problème. De plus, des analyses de corrélations ont été effectuées entre les différentes stratégies de coping. Les résultats sont les suivants : réévaluation positive/résolution de problème et recherche de soutien social ($r= 0.65$, $p<0.01$), distanciation/évitement et recherche de soutien social ($r= 0.18$, $p<0.01$).

Cette version abrégée comme la version originelle fut de multiples fois utilisées auprès des couples mariés afin de déterminer les stratégies d'adaptation conjugale mais selon les auteurs, elle peut s'adapter à d'autres populations soumises à différents stressseurs comme les stressseurs dus au travail.

La mesure de la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail a été mesurée à l'aide de l'échelle de la qualité de vie au travail élaborée par Elizur et Shye (1990) qui ont circonscrit ce concept multidimensionnel à l'aide de l'analyse de facettes et de l'approche du système action. Cette échelle se compose de 16 items qui explorent les différents modes et domaines dans lequel la qualité de vie au travail a été explorée. Chaque mode de la facette A est exploré par quatre items : expressif (items 1,5,9,13), adaptatif (items 2,6,10,14), intégratif (items 3,7,11,15) et conservateur (items 4,8,12,16). De même, chaque dimension de la facette B est explorée par quatre items : psychologique (items 1,2,3,4), physique (items 5,6,7,8), sociale (items 9,10,11,12) et culturelle (items 13,14,15,16). Les répondants ont six choix de réponse suivant une échelle de Likert variant de « en très grande partie » à « très peu ».

La structure empirique de cette échelle fut testée auprès d'une population de 540 employés du milieu industriel Hongrois. La consistance interne de l'échelle a été estimée par un alpha de Cronbach de 0.90 pour l'ensemble de l'échelle de la qualité de vie au travail.

Une traduction française de cette échelle a été réalisée par le chercheur selon une procédure de traduction inversée (voir appendice D). Un comité d'experts a d'abord été réuni afin de traduire l'échelle de l'anglais au français. Une réunion de consensus a permis de mettre au point la traduction définitive qui a été soumise à une personne experte de la retraduction. La retraduction français-anglais a été confrontée par le chercheur à l'échelle originelle de Elizur et Shye (1990). Les ajustements nécessaires ont été effectués par le chercheur qui a proposé la traduction à l'approbation des concepteurs de l'échelle. Des prétests ont été effectués en France sur une population de 20 infirmières de réanimation afin d'estimer les premiers paramètres de la validité et la fidélité de l'échelle traduite (Escobar, Delmas, 1999). D'autres analyses psychométriques sur l'échelle ont été effectuées après la collecte de données de la présente étude. Il apparaît un coefficient alpha de Cronbach de 0.90 pour l'ensemble de l'échelle. De plus, une analyse factorielle a permis de retrouver les dimensions de la facette B. Des résultats plus détaillés par dimension sont présentés en appendice E.

Les caractéristiques sociodémographiques

Un questionnaire sociodémographique élaboré par le chercheur regroupe des éléments d'ordre personnel comme le sexe, l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants et de personnes autres à charge et des éléments d'ordre professionnel comme le statut d'emploi, le quart et le temps de travail, le nombre d'années d'expérience totale et celle en réanimation. Ce questionnaire a été joint aux différentes échelles de mesure (voir appendice F).

Les prétests des instruments

Deux prétests ont été effectués lors de cette étude. Le premier décrit précédemment a consisté à la passation de l'échelle de la qualité de vie au travail par un cadre infirmier auprès d'une population de 30 infirmières de réanimation afin de collecter des informations préalables à l'étude de la validité et la fidélité de l'échelle.

Le deuxième prétest a été effectué par le chercheur lui-même après d'une population d'infirmières différentes de celles du premier prétest. Son but était de valider la compréhension des questions ainsi que des consignes des diverses échelles de mesure ainsi que le temps nécessaire pour répondre au questionnaire. Le chercheur était présent et a pu être sollicité par une infirmière pour un complément d'information relatif à une question. Le nombre d'infirmières participant à ce prétest a été de 20 ce qui était fonction de la saturation obtenue en regard des commentaires.

Le milieu

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire du sud ouest de la France. Les services de réanimation concernés sont au nombre de huit. Une lettre de l'alphabet a été attribuée à chaque service de réanimation afin de les distinguer et de faciliter le traitement des données sans pour cela nuire au maintien de l'anonymat des services et des infirmières.

La population et l'échantillon

La population concernée par l'étude était constituée par l'ensemble des infirmières œuvrant dans les services de réanimation de l'établissement choisi. Le recensement de cette population a été effectué par la direction du service de soins infirmiers et il s'élève à 229 infirmières réparties sur huit services de réanimation. La population varie de 17 à 47 infirmières par service.

Les critères d'inclusion retenus concernent la classification des services de réanimation. En effet, les autorités compétentes (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) ont classé en plusieurs catégories les services de réanimation. Ceux retenus pour l'étude correspondent aux services de réanimation de classe un. Les critères d'inclusion portent aussi sur les infirmières. En effet, seules les infirmières soignantes au chevet du patient ont été retenues pour l'étude. De plus, la lecture de la langue française était un préalable obligatoire. Par contre, la polyvalence d'une infirmière en dehors du service de réanimation constituait un critère d'exclusion.

L'échantillon retenu était constitué par la population accessible qui regroupe l'ensemble des infirmières œuvrant dans les services de réanimation du centre hospitalier choisi. Il s'agit d'un échantillon de convenance.

Le déroulement de l'étude

La collecte de données comprend plusieurs étapes qui sont détaillées dans le texte qui suit .

La première étape a consisté à rédiger un dossier de recherche comprenant la problématique de la recherche. Ce dossier a été présenté au Directeur du service infirmier du centre concerné avec une demande d'autorisation d'investigation (10/03/99). L'accord d'enquêter sur le terrain a été obtenu le 16/03/99. De plus, le directeur du service infirmier a permis au chercheur de travailler avec un cadre supérieur, chargé en mission transversale du développement de la recherche, afin de faciliter le recueil des données.

La deuxième étape a consisté à contacter les différentes infirmières générales d'établissement afin de présenter le projet de recherche. Cette étape supplémentaire a été effectuée afin d'associer les différents partenaires à l'implantation de cette recherche.

La troisième étape a consisté à rencontrer tous les cadres de santé responsables des unités de réanimation afin de présenter le projet de recherche. Un dossier constitué du protocole de recherche a été fourni à chaque cadre de santé et dont la consultation a pu être faite par les équipes infirmières. Les questionnaires contenant les trois échelles de mesure ainsi que le questionnaire sociodémographique ont été distribués au cadre par la direction du service infirmier. Le cadre s'est assuré de la distribution des questionnaires aux infirmières de même qu'une enveloppe de retour anonyme. Les infirmières absentes du service pendant la période de collecte ont été contactées de façon individuelle par courrier. Les questionnaires ont été retournés dans les enveloppes de retour cachetées et acheminées soit par le cadre de santé, soit de façon individuelle. La direction du service infirmier a servi de boîte postale pour le recueil des questionnaires. Le délai de réponse a été fixé à 21 jours. Une lettre de rappel a été envoyée par le concours du Service Infirmier à chaque cadre deux semaines après le début du recueil des données et a servi de stratégies de rappel.

Les considérations éthiques

L'autorisation au plan scientifique et éthique du directeur du Service Infirmier du centre concerné était un préalable obligatoire à l'introduction de cette recherche. De plus, chaque infirmière a participé de façon volontaire à cette étude. Une lettre accompagnant chaque questionnaire a précisé le but de l'étude et l'anonymat par rapport à son identité et aux informations recueillies. A cette fin, l'identité de l'infirmière n'est apparue à aucun moment et a été substituée par un chiffre, de même le nom du service a été substitué par une lettre. En dépit de la stratégie de rappel mise en place, les infirmières ont gardé le choix de compléter ou non le questionnaire. Le retour du questionnaire a été considéré comme un consentement implicite. Cette étude a été présentée au comité d'éthique multifacultaire des sciences de la santé de l'Université de Montréal et un permis d'éthicité a été obtenu.

Chapitre quatrième
La présentation des résultats

Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus à la présente étude. Dans un premier temps, les caractéristiques socioprofessionnelles des répondantes sont présentées avec la distribution des infirmières en regard des différentes unités de réanimation. Dans un deuxième temps, les valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure sont présentées avec les résultats aux tests d'indépendances entre les variables sociodémographiques et les variables d'intérêt. Dans un troisième temps, les résultats des analyses de corrélation et de régression sont présentés en regard des hypothèses de l'étude.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des répondantes

L'échantillon de convenance retenu pour l'étude était composé de 229 infirmières réparties dans 8 unités de réanimation comme le montre le tableau I. Le nombre de répondantes aux questionnaires a été de 146 infirmières, soit une représentation de 64 % de l'échantillon avec une exploitation des questionnaires qui s'avère de 137 infirmières, soit une représentativité effective de 60 % de l'échantillon initial.

Au niveau professionnel, il s'avère que ces répondantes travaillent en grande majorité à temps plein dans les unités de réanimation (87% des répondantes) selon un planning de rotation (92 % des répondantes) et avec majoritairement un statut de titulaire ou de stagiaire de la fonction publique (92 %). De plus, elles ont en moyenne une expérience totale en soins infirmiers de 9.67 années (S : 6.39) et une expérience en unités de réanimation en moyenne de 6.8 années (S : 5.47). Le tableau II résume les caractéristiques professionnelles des répondantes

Au niveau personnel (tableau III) les répondantes sont majoritairement des femmes (86.9%) âgées en moyenne de 33.69 années (S : 6.71) et vivant en majorité avec un conjoint (70.8%). Parmi ces répondantes, la moitié n'a pas d'enfant (51.1%) tandis que l'autre moitié a le plus souvent un ou deux enfants (43.8%). De plus, il s'avère que

les répondantes ont en grande majorité aucune autre personne à charge en dehors de leurs enfants (97.8%).

Tableau I : Distribution des répondantes selon les unités de réanimation

Unités de réanimation	Population accessible N = 229	Répondantes	% de participation par unité
BRR (P)	32	23	71 %
Réa chir thoracique	17	12	70 %
BRR (R)	33	20	60 %
Réa chir cardiaque	29	17	58 %
Réa néphrologie	18	10	55 %
Réa brûlés	17	9	52 %
Réa enfants	36	18	50 %
Réa neurochirurgie	47	18	38 %
Total	229	137	60 %

N.B : BRR : bloc de réanimation respiratoire

Tableau II : Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles

Variables	N = 137	%	% cumulatif	\bar{x}	CV
Quart de travail					
- rotation	126	92 %	92 %		
- nuit	6	4.4 %	96.4 %		
- matin	4	2.9 %	99.3 %		
- soir	1	0.7 %	100 %		
Statut d'emploi					
- temps plein	120	87.6 %	87.6 %		
- temps partiel	17	12.4 %	100 %		
Statut					
- titulaire	111	81 %	81 %		
- stagiaire	15	10.9 %	92 %		
- auxiliaire	11	8 %	100 %		
Expérience totale en soins infirmiers (en années)					
	137			9.67	66 %
Expérience en réa (en années)					
	137			6.83	80 %

N.B : C.V : coefficient de variation

Tableau III : Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques personnelles

Variabes	N = 137	%	% cumulatif	\bar{x}	CV
Age					
- < à 30ans	53	38 %	38 %		
- entre 30 et 40 ans	57	41.6 %	80.3 %		
- > à 40 ans	27	19.7 %	100 %		
- âge moyen				33.69	19.91 %
Sexe					
- femme	119	86.9 %	86.9 %		
- homme	18	13.1 %	100 %		
Etat civil					
- marié(e)	59	43.1 %	43.1 %		
- union libre	38	27.7 %	70.8 %		
- célibataire	37	27 %	97.8 %		
- divorcé (e)	2	1.5 %	99.3 %		
- veuf(ve)	1	0.7 %	100 %		
Nombre d'enfants					
- aucun	70	51.1 %	51.1 %		
- 1 ou 2	60	43.8 %	94.9 %		
- plus de 2	7	5.1 %	100 %		
Personne à charge hors les enfants					
- non	134	97.8 %	97.8 %		
- oui	3	2.2 %	100 %		

Les valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure

Dans un premier temps, les scores obtenus à l'échelle « Des Points De Vue Personnels » (Kérouac et Duquette, 1992) sont présentés ainsi qu'un comparatif avec les scores d'études antérieures auprès de populations d'infirmières francophones. Dans un deuxième temps, les scores obtenus au niveau des trois dimensions de l'échelle de

coping (Bouchard et coll., 1995) sont présentés. Enfin, dans un troisième temps, les scores obtenus à l'échelle de la qualité de vie (Elizur et Shye, 1990) sont présentés.

La hardiesse et ses dimensions

L'utilisation de statistiques descriptives (tableau IV) permet de décrire les résultats relatifs à la hardiesse ainsi que ses trois dimensions.

Tableau IV : Moyenne, écart type, étendue et coefficient de variation de la hardiesse et de ses dimensions (n = 137)

Variables	\bar{x}	S	Etendue		Valeurs possibles	CV
			Min	Max		
Sens de l'engagement	0.75	0.009	0.52	0.98	0-1	1.2 %
Sens de la maîtrise	0.74	0.008	0.49	0.94	0-1	1.1 %
Sens du défi	0.65	0.11	0.31	0.90	0-1	10 %
Score total de hardiesse	71.7	7.06	52	90	0-100	9.8 %

Tableau V : Présentation des résultats relatifs à la hardiesse et ses dimensions lors d'études antérieures auprès d'infirmières francophones

Auteurs	Populations	Sens de l'engagement	Sens de la maîtrise	Sens du défi	Score total de hardiesse
Delmas et coll.(1997)	170 infirmières françaises (soins intensifs)	0.76	0.61	0.72	70.6
Duquette et coll. (1995)	1550 infirmières (gériatrie)	0.78	0.74	0.71	71.1
Harrison Claire (1995)	92 infirmières (médecine-chirurgie)	0.80	0.79	0.68	76.39
Harrison Madeleine (1997)	171 infirmières auxiliaires	0.72	0.71	0.60	67.60
Major (1995)	125 infirmières nouvellement diplômées	0.82	0.78	0.63	72.50

Morissette (1993)	245 infirmières de soins intensifs	0.74	0.79	0.63	72.3
Savignac (1993)	86 infirmières de soins de longue durée	0.85	0.84	0.75	81.3

Dans la présente étude, les infirmières de réanimation ont obtenu un score moyen de hardiesse de 71.71, ce qui se situe au niveau du septième décile de l'échelle de réponse. Ce résultat est comparable aux résultats obtenus par Delmas et coll. (1997) auprès d'une population d'infirmières du même établissement hospitalier. Ce résultat est aussi comparable aux études auprès de populations d'infirmières francophones sauf pour l'étude de Harrisson (1995) et de Savignac (1993) où le score moyen est plus élevé (respectivement 76.39 % et 81.3 %).

Le sens de l'engagement est la dimension la plus élevée avec une moyenne de 0.75. Le sens de la maîtrise se situe à la deuxième place avec une moyenne de 0.74. Enfin, le sens du défi se révèle la dimension la moins élevée avec une moyenne de 0.65. Ces résultats semblent être en corollaire avec ceux obtenus lors d'études auprès de populations d'infirmières francophones sauf pour l'étude de Morissette (1993) qui montre que le sens de la maîtrise est la dimension dominante auprès d'infirmières de soins intensifs. De même, l'étude de Delmas et coll. (1997) auprès d'infirmières de soins intensifs du même établissement hospitalier que la présente étude révèle un niveau plus élevé de défi, qui dans la hiérarchisation des moyennes, occupe la deuxième place.

L'écart type et le coefficient de variation indiquent qu'il existe peu de variabilité au niveau de l'échantillon qui apparaît donc homogène. Ce constat implique que le manque d'hétérogénéité de l'échantillon limite la qualité des analyses de relations à l'égard de cette variable.

Major (1995) a divisé de façon arbitraire l'échelle de la hardiesse en trois niveaux correspondant à trois tiers égaux, soit faible (entre 0 et 0.33), modéré (entre 0.33 et 0.66) et élevé (entre 0.66 et 1). En regard de cette division arbitraire, il apparaît que les infirmières de réanimation manifestent un niveau élevé d'engagement et de maîtrise et un niveau modéré de défi. De façon globale, les infirmières de réanimation présentent un niveau élevé de hardiesse.

Les stratégies de coping

Les résultats relatifs aux stratégies de coping des infirmières de réanimation sont présentés au tableau VI.

Tableau VI : Moyenne, écart type, étendue, coefficient de variation des stratégies de coping (n = 137)

Variables	\bar{x}	S	Etendue		Valeurs possibles	CV
			Min	Max		
Recherche de soutien social	1.79	0.63	0.11	3	0-3	35 %
Réévaluation positive/ Résolution de problème	1.83	0.62	0	3	0-3	34 %
Distanciation/ éviterment	0.77	0.50	0	2.17	0-3	65 %

Les résultats du tableau VI indiquent que la moyenne des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et de recherche de soutien social est deux fois plus élevée que celle des stratégies de distanciation/éviterment, en effet, ces moyennes se situent près ou dans le sixième décile de la distribution théorique. Les infirmières de réanimation semblent utiliser de façon prioritaire des stratégies de coping actif pour faire face aux différents stressseurs au travail. Les infirmières de réanimation semblent faire face à la situation plutôt que de chercher des artefacts pour la contourner ou la fuir.

L'écart type et le coefficient de variation indiquent que les données pour les stratégies de recherche de soutien et de réévaluation positive sont dispersées de façon modérée. Par contre, les stratégies de distanciation/éviterment bénéficient d'une dispersion importante des données. La comparaison des résultats n'a pu être possible étant donné que cette échelle est utilisée pour la première fois auprès d'une population d'infirmières

La qualité de vie au travail

Les résultats relatifs à la qualité de vie au travail des infirmières de réanimation sont présentés au tableau VII. A titre indicatif, les résultats sont présentés pour toutes les dimensions du concept.

Tableau VII : Moyenne, écart type, étendue et coefficient de variation de la qualité de vie au travail et ses dimensions (n = 137)

Variables	\bar{x}	S	Etendue		Valeurs possibles	CV
			Min	Max		
Qualité de vie au travail (score total)	3.32	0.73	1	5.06	1-6	22 %
Facette A						
conservateur	3.39	0.87	1	6	1-6	25 %
expressif	3.33	0.76	1	5.25	1-6	22 %
intégratif	3.31	0.81	1	5.25	1-6	24 %
adaptatif	3.25	0.79	1	5	1-6	24 %
Facette B						
psychologique	3.56	0.95	1	6	1-6	26 %
physique	3.36	0.92	1	5.75	1-6	27 %
culturel	3.27	0.98	1	6	1-6	29 %
social	3.09	0.82	1	5.50	1-6	26 %

Le tableau VII montre que les répondantes ont obtenu un score moyen de 3.32 sur une échelle de Likert de 1 à 6 ce qui représente le quatrième décile de la distribution théorique. La dimension psychologique obtient le score moyen le plus élevé (3.56) par rapport à la dimension sociale qui obtient le score moyen le plus faible (3.09).

L'écart type et le coefficient de variation indiquent que les données sont dispersées de façon modérée. De plus, les résultats obtenus ne peuvent être comparés à ceux d'autres études étant donné qu'il n'existe pas de scores descriptifs auprès d'autres populations.

Les relations entre les variables sociodémographiques et les variables d'intérêt

Des tests de t, d'analyses de variance (ANOVA) et de corrélations de Pearson ont été utilisés afin d'examiner les liens possibles entre les variables sociodémographiques de la présente étude et les variables d'intérêt, soit les dimensions de la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie en score global. Les tableaux VIII et IX présentent le seul lien significatif obtenu parmi les 46 analyses effectuées. La variable couple regroupe les valeurs obtenues aux items marié, union libre du questionnaire sociodémographique. La variable seul regroupe les valeurs obtenues aux items divorcé(e), veuf ou veuve et célibataire du questionnaire sociodémographique.

Tableau VIII : Test de t, seuil de signification entre la variable couple/seul et les stratégies de distanciation/évitement (n = 137)

Variables	Distanciation/évitement	
	Test de t	Seuil de signification
Couple/seul	- 2.56	0.01

Tableau IX : Moyennes obtenues aux stratégies de distanciation/évitement pour les personnes vivant en couple ou seul (n = 137)

Variables	Distanciation/évitement
	\bar{x}
Vivant en couple	0.71
Seul	0.94

Il apparaît que les personnes vivant en couple utilisent de façon plus modérée les stratégies de distanciation/évitement pour faire face aux stressseurs du travail que les

personnes vivant seules. Les autres résultats statistiques ne montrent aucune autre relation statistiquement significative entre les autres variables sociodémographiques et les variables d'intérêt, c'est-à-dire que toutes les autres variables sociodémographiques ne semblent pas être associées avec les variables retenues pour l'étude.

La vérification des hypothèses de recherche

La vérification des 12 hypothèses de recherche a été effectuée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Les résultats obtenus aux tests de Pearson ont été considérés comme significatif si le niveau critique observé était inférieur à 5% ($p < 0.05$). Norusis (1990) a classé la force de la relation au test de Pearson en trois niveaux. La force de la relation est considérée comme faible si le coefficient de corrélation est inférieur à 0.30, comme modérée s'il est compris entre 0.30 et 0.70 et comme élevée si le coefficient de corrélation de Pearson est égal ou supérieur à 0.70. Les tableaux X et XI présentent les résultats statistiques obtenus en regard des hypothèses de l'étude. Un graphique présente un résumé des différentes relations trouvées entre les variables de l'étude.

Tableau X : Corrélation entre les dimensions de la hardiesse et les stratégies de coping
(n = 137)

Variables	Recherche de soutien social	Réévaluation positive/ Résolution de problème	Distanciation/ évitement
Sens de l'engagement	NS	$r = 0.2 *$	NS
Sens de la maîtrise	NS	$r = 0.27 *$	$r = -0.24 *$
Sens du défi	$r = -0.26 *$	NS	$r = -0.23 *$

* : $p < 0.05$ = significatif

Tableau XI : Corrélation entre les stratégies de coping et la qualité de vie au travail
(n = 137)

Variabiles	Recherche de soutien social	Réévaluation positive/ Résolution de problème	Distanciation/ évitement
La qualité de vie au travail	$r = 0.19 *$	$r = 0.31 *$	NS

* : $p < 0.05$ = significatif

A partir des tableaux X et XI, il apparaît que six hypothèses sur 12 ont été confirmées soit de façon plus détaillée les hypothèses H2, H5, H6, H9, H11, H12 . De plus, il apparaît qu'une relation statistiquement significative mais négative est apparue entre le sens du défi et la recherche de soutien. Cette relation est contraire à l'hypothèse postulée. Ainsi, il existe des corrélations entre certaines dimensions de la hardiesse et celles des stratégies de coping. Ces résultats suggèrent que le sens de l'engagement et de la maîtrise sont corrélés significativement, positivement mais faiblement avec les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème ce qui correspond aux hypothèses H2 et H5. De même, le sens de la maîtrise et du défi sont corrélés significativement, négativement mais faiblement avec les stratégies de distanciation/évitement ce qui correspond aux hypothèses H6 et H9. Par contre, il apparaît que le sens du défi est corrélé significativement, négativement et faiblement aux stratégies de recherche de soutien social ce qui s'oppose à l'hypothèse H7. De même, il apparaît des corrélations entre certaines stratégies de coping et la qualité de vie au travail. Ces résultats suggèrent que deux stratégies de coping sont associées significativement à la qualité de vie au travail des répondantes. En effet, la qualité de vie au travail est corrélée significativement, positivement et faiblement aux stratégies de recherche de soutien social, ce qui confirme l'hypothèse H10, de même, elle est corrélée de façon significative, positive mais modérée aux stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, ce qui confirme l'hypothèse H11. La figure 6 résume graphiquement les résultats statistiques obtenus en regard des hypothèses de recherche confirmées. Il semble donc intéressant de savoir si les stratégies de coping exercent un effet médiateur entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail.

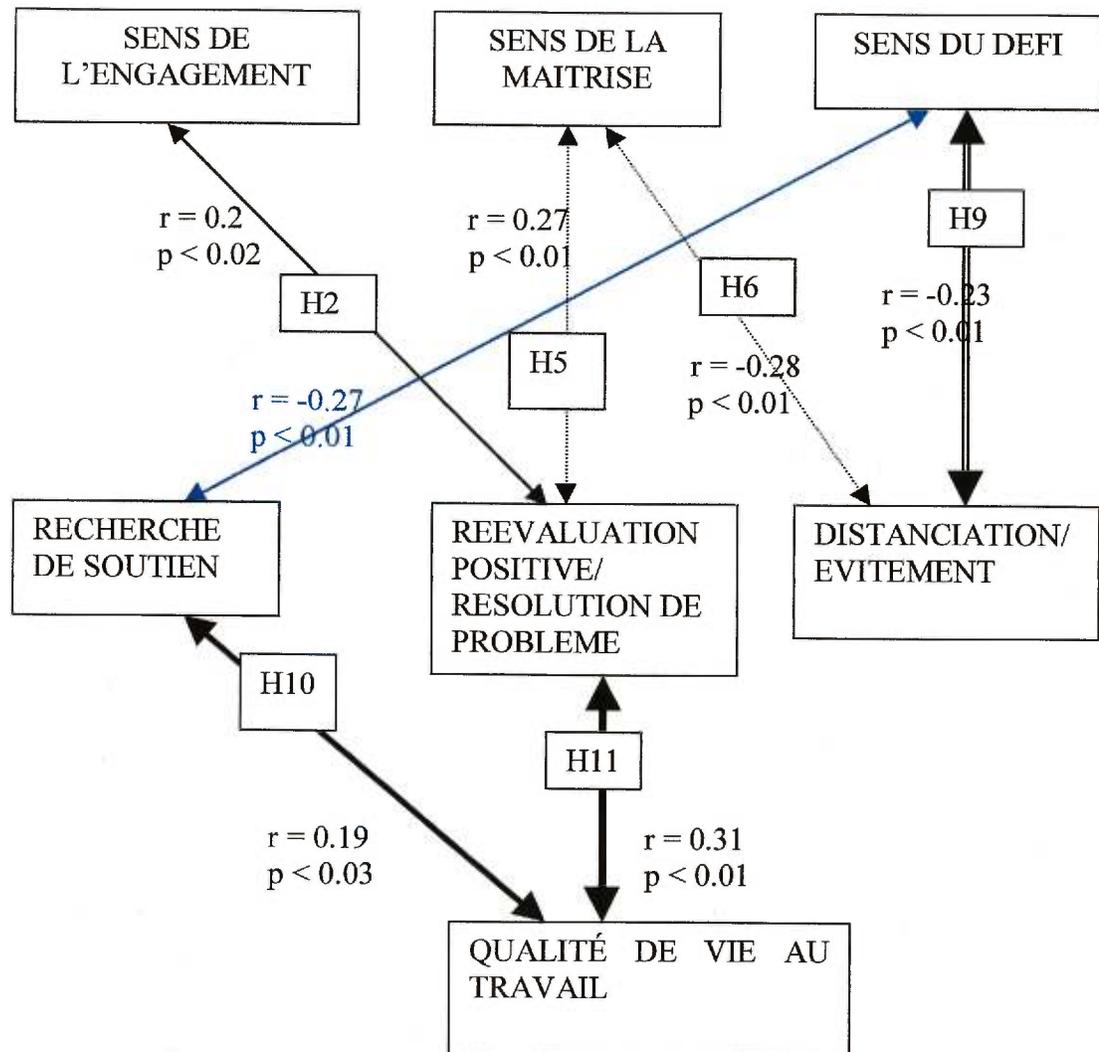


Figure 6 : Représentation graphique des résultats obtenus concernant les hypothèses de recherche confirmées

La flèche bleue indique qu'il existe une relation statistiquement significative et négative entre les deux variables mais non prévue par les hypothèses

Des analyses complémentaires

Suite aux résultats obtenus concernant les différentes variables de l'étude, des analyses de régression multiple ont été effectuées afin d'examiner le rôle médiateur des stratégies de coping entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. La détermination du sens de la variance est fonction de la théorie de Maddi et Kobasa (1984)

D'après le modèle statistique de Baron et Kenny (1986), il apparaît qu'une série de conditions préalables est nécessaire afin d'effectuer des analyses de régression relatives au rôle médiateur d'une variable, soit dans un premier temps que chaque stratégie de coping prise séparément soit associée à une dimension de la hardiesse; dans un second temps que chaque dimension de la hardiesse prise séparément soit associée à la qualité de vie au travail et enfin que chaque stratégie de coping prise séparément soit associée à la qualité de vie au travail.

Les analyses montrent que les stratégies d'évitement ne remplissent pas ces conditions. La figure 7 résume les variables qui remplissent ces conditions. De façon plus détaillée, afin de montrer que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème sont médiatrices entre le sens de l'engagement et la qualité de vie au travail, trois analyses de régression ont été effectuées : dans un premier temps entre le sens de l'engagement et les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, ensuite entre le sens de l'engagement et la qualité de vie au travail et enfin entre les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, le sens de l'engagement et la qualité de vie. Les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème auront un effet médiateur si l'effet du sens de l'engagement sur la qualité de vie au travail est moindre en troisième équation que dans la deuxième.

Cette méthodologie a été suivie pour montrer l'effet médiateur des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème entre le sens de la maîtrise et la qualité de

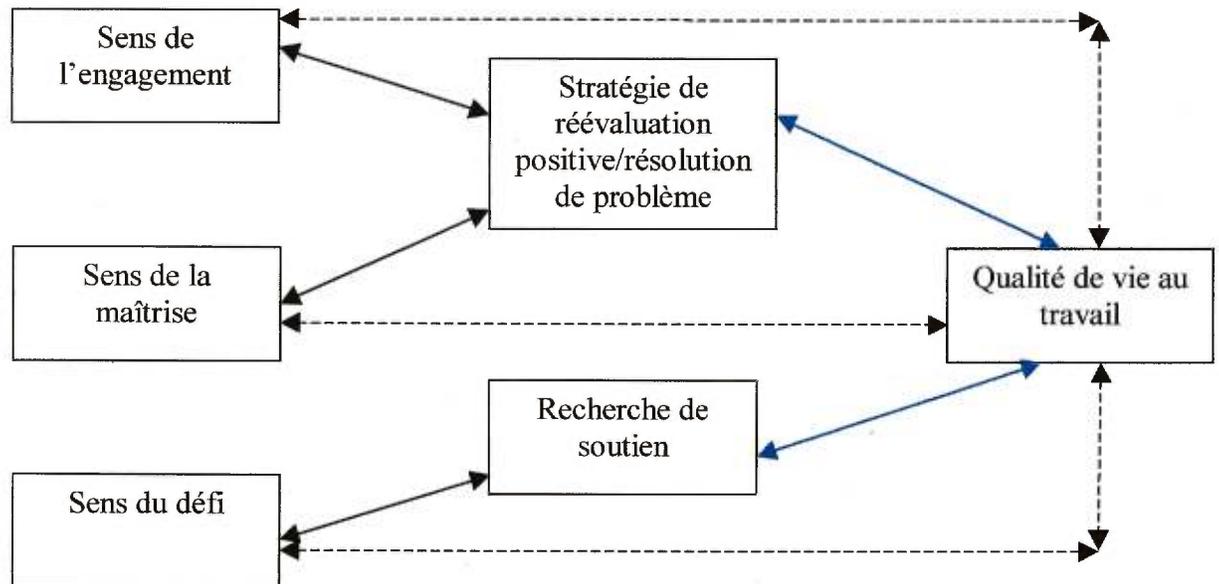


Figure 7 : Présentation des variables qui répondent aux critères de Baron et Kenny (1986)

vie au travail, de même que pour montrer l'effet médiateur des stratégies de recherche de soutien social entre le sens du défi et la qualité de vie au travail.

Recherche de l'effet médiateur des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème entre le sens de l'engagement et la qualité de vie au travail.

Tableau XII : Analyse de régression linéaire multiple du sens de l'engagement sur les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème (n = 137)

Variable explicative	B	Bêta	R2
Sens de l'engagement	1.364*	0.2*	3.3 %
Constante	0.804		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XII montre que le sens de l'engagement explique 3.3 % de la variance des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème.

Tableau XIII : Analyse de régression linéaire multiple du sens de l'engagement sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variable explicative	B	Bêta	R2
Sens de l'engagement	1.675 *	0.209 *	3.7 %
	2.064		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XIII montre que le sens de l'engagement explique 3.7 % de la variance de la qualité de vie au travail.

Tableau XIV : Analyse de régression linéaire multiple des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, du sens de l'engagement sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variables explicatives	B	Bêta	R2
Réévaluation positive/résolution de problème.	0.60 *	0.276 *	10 %
Le sens de l'engagement	NS	NS	NS
Constante	1.805		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XIV montre que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème expliquent 10 % de la variance de la qualité de vie au travail alors que le sens de l'engagement n'a plus d'effet significatif sur la qualité de vie au travail. En effet, la variance de la qualité de vie au travail expliquée par le sens de l'engagement passe de 3.7 % à non significatif si les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème sont présentes dans le modèle de régression. Ces résultats suggèrent que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème exercent un effet médiateur entre le sens de l'engagement et la qualité de vie au travail.

Recherche de l'effet médiateur des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème entre le sens de la maîtrise et la qualité de vie au travail

Tableau XV : Analyse de régression linéaire multiple du sens de la maîtrise sur les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème (n = 137)

Variable explicative	B	Bêta	R2
Sens de la maîtrise	2.036 *	0.274 *	6.8 %
constante	0.321		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XV montre que le sens de la maîtrise explique 6.8 % de la variance des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème.

Tableau XVI : Analyse de régression linéaire multiple du sens de la maîtrise sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variable explicative	B	Bêta	R2
Sens de la maîtrise	1.96 *	0.21 *	4.8 %
Constante	0.69		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XVI montre que le sens de la maîtrise explique 4.8 % de la variance de la qualité de vie au travail.

Tableau XVII : Analyse de régression linéaire multiple du sens de la maîtrise, des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variabiles explicatives	B	Bêta	R2
Réévaluation positive/ résolution de problème	0.356 *	0.306 *	9.7 %
Sens de la maîtrise	N.S	N.S	N.S
Constante	2.66		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XVII permet de constater que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème explique 9.7 % de la variance de la qualité de vie au travail. De plus, le sens de la maîtrise n'a plus d'effet significatif sur la qualité de vie au travail. En effet la variance de la qualité de vie au travail expliquée par le sens de la maîtrise passe de 4.8 % à non significatif, si les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème sont présentes dans le modèle. Ces résultats suggèrent que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème exercent un rôle médiateur entre le sens de la maîtrise et la qualité de vie au travail.

Recherche de l'effet médiateur des stratégies de recherche de soutien social entre le sens du défi et la qualité de vie au travail

Tableau XVIII : Analyse de régression linéaire multiple du sens du défi sur les stratégies de recherche de soutien social (n = 137)

Variable explicative	B	Bêta	R2
Sens du défi	-1.599 *	-0.266 *	6.4 %
Constante	2.799		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XVIII montre que le sens du défi explique 6.4 % de la variance des stratégies de recherche de soutien social.

Tableau XIX : Analyse de régression linéaire multiple du sens du défi sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variable explicative	B	Bêta	R2
Sens du défi	-1.222 *	-0.185 *	2.7 %
constante	4.125		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XIX montre que le sens du défi explique 2.7 % de la variance de la qualité de vie au travail.

Tableau XX : Analyse de régression linéaire multiple du sens du défi, des stratégies de recherche de soutien social sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variabes explicatives	B	Bêta	R2
Recherche de soutien social	0.179 *	0.156 *	4.3 %
Sens du défi	N.S	N.S	N.S
Constante	3.627		

* : $p < 0.05$ = significatif

Le tableau XX permet de constater que les stratégies de recherche de soutien social expliquent 4.3 % de la variance de la qualité de vie au travail. De plus, le sens du défi n'a plus d'effet significatif sur la qualité de vie au travail. En effet, la variance de la qualité de vie au travail expliquée par le sens du défi passe de 2.7 % à non significatif, si les stratégies de recherche de soutien social sont présentes dans le modèle d'analyse. Ces résultats suggèrent que les stratégies de recherche de soutien social exercent un rôle médiateur entre le sens du défi et la qualité de vie au travail. Par contre, l'effet médiateur de celles-ci entre la dimension du sens du défi et la qualité de vie au travail apparaît plus controversé car les analyses préliminaires des corrélations entre les variables tel que le préconisent Baron et Kenny (1986) laissent entrevoir des résultats interrogateurs. En effet, lors de l'analyse de régression entre le sens du défi et les stratégies de distanciation/évitement, il apparaît une relation statistiquement significative mais négative ce qui confirme les résultats précédents soit que plus l'infirmière a le sens du défi, moins elle est à la recherche de soutien social. La deuxième régression entre le sens du défi et la qualité de vie au travail montre une relation statistiquement significative

mais négative soit que l'infirmière qui a le sens du défi perçoit de façon moindre sa qualité de vie au travail. Il est vrai que lors de la troisième analyse de régression comprenant les stratégies de recherche de soutien social et le sens du défi, seul les stratégies de recherche de soutien social sont reliées de façon statistiquement significative mais positive avec la qualité de vie au travail. Baron et Kenny (1986) précisent que le sens des corrélations ne doit pas changer lors des trois analyses de régression pour pouvoir conclure à un effet médiateur. De ce fait, il apparaît donc que ces stratégies agissent plus comme modératrices de l'effet négatif produit par le sens du défi sur la qualité de vie au travail. Ce cas de figure est abordé par Baron et Kenny (1986) mais il apparaît lors des recommandations afin de procéder à l'étude de l'effet modérateur, que la variable indépendante (le sens de l'engagement) et la variable modératrice (les stratégies de recherche de soutien social) ne doivent pas être reliées statistiquement afin d'effectuer une claire interprétation des résultats. Par conséquent, pour affirmer que la recherche de soutien social soit une variable modératrice, il aurait fallu que le sens du défi et les stratégies de recherche de soutien social n'aient aucun lien statistique. De même, pour affirmer que les stratégies de recherche de soutien social soient médiatrices entre le sens du défi et la qualité de vie au travail, il aurait fallu que le sens de la corrélation dans les trois analyses de régression, soit dans le même sens, ce qui n'est pas le cas. De ce fait, aucune conclusion formelle ne peut être portée sur le rôle médiateur de la variable recherche de soutien social.

Conclusion

Ces derniers résultats obtenus laissent paraître que les trois dimensions de la hardiesse n'agissent pas de façon directe sur la qualité de vie au travail. Ces résultats suggèrent qu'un seul type de stratégies de coping (réévaluation positive/résolution de problème) exerce un rôle de médiateur entre les deux dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. Ce rôle médiateur est illustré à la figure 8.

A titre exploratoire et afin de guider les recherches futures, il est apparu intéressant de connaître parmi les dimensions de la hardiesse et les stratégies de coping,

la ou les variables qui exercent le plus d'influence sur la qualité de vie au travail. A cet effet une analyse de régression multiple avec sélection séquentielle des variables (stepwise) a été effectuée et est illustrée au tableau XXI .

Tableau XXI : Analyse de régression multiple des dimensions de la hardiesse, des stratégies de coping sur la qualité de vie au travail (n = 137)

Variables	B	Bêta	R2
Réévaluation positive/ Résolution de problème	0.356	0.306	9.6
Recherche de soutien social	NS	NS	NS
Distanciation/évitement	NS	NS	NS
Sens de l'engagement	NS	NS	NS
Sens de la maîtrise	NS	NS	NS
Sens du défi	NS	NS	NS
Constante	2.666		

Le tableau XXI montre que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème est la seule variable prédictive de la qualité de vie au travail. En effet, elle explique 9.6 % de la variance de la qualité de vie au travail. Les autres variables ne semblent pas avoir de valeur prédictive significative sur la qualité de vie au travail.

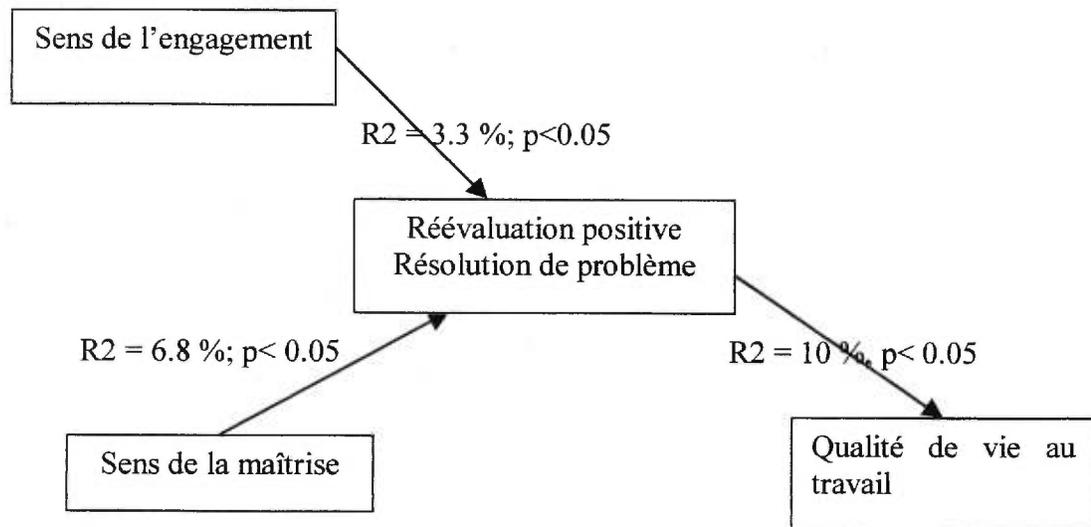


Figure 8 : Illustration de l'effet médiateur des stratégies de coping entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail

Chapitre cinquième
La discussion des résultats

Le chapitre cinquième aborde l'interprétation et la discussion des résultats de la présente recherche. De façon successive, les points suivants sont discutés soit, l'authenticité des résultats de recherche, puis la discussion relative au fait que les infirmières développent un sens élevé d'engagement et de maîtrise, de même qu'elles évitent peu les situations problématiques tout en témoignant d'un niveau moindre de qualité de vie au travail. Les hypothèses de la recherche sont également discutées ainsi que l'effet médiateur de certaines stratégies de coping entre le sens de l'engagement, de la maîtrise et la qualité de vie au travail. 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 recherche

Cette partie du texte examine les facteurs qui ont pu influencer la validité et l'authenticité des résultats obtenus dans la présente recherche. Les caractéristiques de l'échantillon, les qualités métrologiques des instruments de mesure, le contrôle des variables étrangères pouvant influencer les variables d'intérêt, la collecte de données, les analyses statistiques utilisées et enfin le cadre de référence sont autant de thèmes abordés dans ce chapitre afin de porter un éclairage sur l'authenticité des résultats.

Le taux de participation à cette étude est assez élevé (64 %) tout en se situant dans la moyenne des taux obtenus par d'autres chercheurs lors d'études sur le concept de la hardiesse auprès de populations d'infirmières francophones. Par contre, Delmas et al (1997) obtiennent sur une population d'infirmières du même établissement un taux de 80 %. Ainsi, ce taux de participation obtenu dans la présente étude suggère que les résultats offrent un portrait assez fidèle de la situation de l'ensemble des infirmières de réanimation de l'établissement. Ce taux de participation reflète aussi l'implication du service infirmier dans l'implantation du questionnaire de recherche. En effet, Madame D, cadre supérieur, chargée du développement de la recherche a rencontré tous les cadres des unités afin de solliciter leur participation. De plus, elle a mis à disposition sa ligne téléphonique afin de répondre aux questions des répondantes. Elle a assuré en

outre un rappel téléphonique de la date d'expiration du questionnaire en sus de la lettre officielle de rappel. Malgré cette présence informative, il apparaît des disparités dans les taux de réponse des services allant du simple au double. Il s'avère que les services à faible taux de réponse ont été, d'une part sollicités pour d'autres recherches, et d'autre part ils opéraient des fusions avec d'autres services, en outre certains services étaient en attente de cadre infirmier. Il se peut aussi que les infirmières témoignaient d'un faible niveau de qualité de vie au travail ce qui induisait une incapacité à répondre au questionnaire. Ces multiples facteurs peuvent expliquer un certain désintérêt pour le questionnaire de la présente recherche qui n'apparaît pas comme une priorité. De plus, la période de recueil correspond à une période de vacances ce qui peut expliquer une diminution de la participation à l'étude malgré que les questionnaires étaient envoyés aux infirmières en congé annuel ou maladie. Tous ces facteurs peuvent expliquer la différence obtenue par Delmas et al (1997) qui n'ont pas à l'époque rencontré les mêmes difficultés. Par ailleurs, le choix d'un échantillonnage de convenance diminue la possibilité de généralisation des résultats de l'étude à d'autres populations d'infirmières.

La collecte de données est aussi un point essentiel à aborder. En effet, si l'implantation du questionnaire a fait l'objet de beaucoup d'attention afin de maximiser le pourcentage de réponse, le chercheur n'a aucune garantie que le questionnaire n'ait pas été rempli de façon collective ou par une autre personne étrangère à l'étude. Ces faits représentent aussi une limite à la présente étude.

Le troisième point à aborder est la qualité métrologique des instruments de mesure. L'instrument de mesure de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990) a été traduit selon une méthode de traduction inversée par le chercheur et est implanté pour la première fois sur une population d'infirmières françaises. L'instrument de mesure des stratégies de coping (Bouchard et al, 1995) est utilisé pour la première fois sur une population d'infirmières françaises. Enfin le troisième instrument de mesure : L'Echelle des Points de Vue Personnels (Kérouac et Duquette, 1992) est en voie de développement sur des populations d'infirmières françaises. Il apparaît en regard de

l'analyse de la fidélité des instruments par l'intermédiaire du coefficient alpha de Cronbach que l'échelle de la qualité de vie (Elizur et Shye, 1990) présente une fidélité très satisfaisante (alpha de Cronbach de 0.90 pour l'ensemble de l'échelle), résultat qui se retrouve pour les différentes dimensions de l'échelle. Il s'avère que Elizur et Shye (1990) ont obtenu des résultats comparables auprès d'une population de 540 travailleurs hongrois. De plus, les prétests linguistiques effectués auprès de 30 infirmières françaises du même établissement ne révèlent aucune modification majeure à apporter pour la bonne compréhension de celui-ci en langue française. Il apparaît que la traduction de l'échelle de mesure de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990) semble adaptée à une population d'infirmières de réanimation françaises.

L'échelle de mesure des stratégies de coping obtient aussi de bons résultats psychométriques. En effet, le coefficient alpha de Cronbach est de 0.76 pour les stratégies de recherche de soutien social, de 0.85 pour les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et de 0.63 pour les stratégies de distanciation/éviter. Ces résultats sont légèrement inférieurs à ceux retrouvés par les auteurs (Bouchard et coll., 1995) auprès d'une population de 506 couples, sauf pour les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. L'échantillon moindre de cette étude, la passation de l'échelle à une autre population que les couples peuvent expliquer ces résultats. Par contre, lors du deuxième prétest effectué par le chercheur, il s'avère qu'aucune des 20 infirmières interrogées n'ait rencontré de difficultés de compréhension. En regard des résultats psychométriques ainsi que du prétest, il semble licite de penser que cette échelle de mesure semble adaptée pour mesurer certaines stratégies de coping auprès d'une population d'infirmières de réanimation.

L'échelle de mesure des Points de Vue Personnels (Kérouac et Duquette, 1992) semble par contre poser quelques problèmes psychométriques au niveau du coefficient alpha de Cronbach. En effet, les résultats montrent un coefficient de 0.64 pour le sens du défi, de 0.55 pour le sens de l'engagement, de 0.47 pour le sens de la maîtrise et de 0.73 pour l'ensemble de l'échelle. Ces résultats sont bien inférieurs aux résultats obtenus lors

d'études précédentes sur des populations d'infirmières francophones. Dans un regard plus fin des résultats, il apparaît que le coefficient de variation des différentes dimensions de la hardiesse est extrêmement faible laissant présager une homogénéité des scores attendus auprès de cet échantillon. Ce constat apparaît comme une explication possible des faibles scores obtenus au niveau du coefficient alpha de Cronbach. Ici, l'homogénéité de l'échantillon apparaît comme étant une limite de cette étude en ce qui concerne les analyses statistiques de relation en regard de ces variables.

Par contre, il est important de souligner que l'écart type, l'étendue et le coefficient de variation des variables d'intérêt amènent à penser que les données sont correctement dispersées sauf pour les dimensions de la hardiesse où l'échantillon apparaît homogène. De plus, toutes les analyses statistiques ont été effectuées en collaboration avec un spécialiste de la matière qui a d'ailleurs vérifié tous les résultats.

Une autre force de cette étude est le contrôle des différentes variables étrangères. En effet, il semble que la quasi-totalité des variables socioprofessionnelles des répondantes ont été contrôlées en regard de leur influence sur les variables d'intérêt. Seule la variable vivant en couple/seul est en lien statistiquement significatif avec les stratégies de distanciation/évitement. Par contre, les stratégies de distanciation/évitement n'ont pas été retenues pour des motifs statistiques, en regard de l'effet médiateur des stratégies de coping entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail.

Le cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984) a permis de postuler un lien directionnel entre les variables d'intérêt afin d'effectuer des analyses de régression. Les résultats de celles-ci confirment ces liens et font apparaître que certaines stratégies de coping peuvent jouer le rôle de variable médiatrice entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. Ce résultat confirme les hypothèses de la théorie de Maddi et Kobasa (1984). De plus, la mise en évidence du rôle médiateur de ces stratégies de coping renforce la validité du cadre conceptuel de Roy (1991) qui met l'accent sur les capacités d'adaptation de l'individu à tout changement (stimuli) afin de maintenir un

haut niveau d'efficacité dans les quatre modes. En conclusion, il apparaît que le cadre conceptuel de Roy (1991) a permis un éclairage judicieux dans le choix des variables d'intérêt de cette étude et que la théorie de Maddi et Kobasa (1984) a permis de prédire certains liens entre les variables d'intérêt. La théorie de Maddi et Kobasa (1984) apparaît donc comme une théorie intermédiaire appropriée tel que le définit Fawcett et Downs (1986).

En conclusion, l'authenticité des résultats de la présente étude malgré les limites présentées amènent à croire que cette étude témoigne d'une bonne validité interne dans le cadre d'un devis descriptif et corrélationnel.

Des infirmières ayant un sens élevé de l'engagement et de la maîtrise

En regard des résultats obtenus, il apparaît que le score total de hardiesse (\bar{x} = 71.7 %) se situe au niveau du septième décile, ce qui selon Major (1995) représente un haut niveau de hardiesse totale. Ce résultat est comparable à ceux des études antérieures auprès d'infirmières francophones (Delmas et coll., 1997; Duquette et coll., 1995; Major, 1995; Morissette, 1993) œuvrant dans différents services. Il semble ainsi se dégager une caractéristique commune aux infirmières, soit que leur score global de hardiesse est relativement élevé (septième décile) par rapport à la distribution théorique offerte par cette échelle de mesure.

La dimension qui se révèle la plus marquante est le sens de l'engagement (\bar{x} = 0.75 %). De façon générale ce résultat suggère que les infirmières de réanimation expriment de l'enthousiasme et de l'intérêt vis à vis du travail. De plus, elles ont tendance à s'impliquer dans toutes les activités tout en restant en interaction avec leur environnement faisant ainsi preuve d'ouverture envers les autres. Elles prennent du plaisir à travailler et ont la conviction de l'utilité de leur travail. Elles se considèrent comme des personnes libres de penser et d'agir sans contraintes extérieures.

La dimension de la maîtrise se situe en deuxième position avec une moyenne proche du sens de l'engagement ($\bar{x} = 0.74$). Ce résultat suggère que les infirmières croient généralement pouvoir influencer le cours des événements. A cet effet, elles développent des capacités de leader croyant que leurs propres opinions peuvent influencer leurs collègues ou leur supérieur hiérarchique. De plus, elles ont tendance à opérer comme acteur et moteur de changement en questionnant la pratique quotidienne routinière. Elles ont le plus souvent la capacité d'accepter la critique qui leur apparaît d'ailleurs comme une source de remise en question dans une perspective de croissance personnelle. Elles se sentent confiantes et assument de façon autonome leurs responsabilités. En outre, elles anticipent les situations problématiques tout en se fixant de nouveaux objectifs avec la conviction de les atteindre.

La dimension du sens du défi se situe en troisième position ($\bar{x} = 0.65$). Ce résultat suggère que les infirmières sont relativement capables de changement tout en priorisant jusqu'à un certain point la diversité dans le travail. De plus, ces changements procurent généralement aux infirmières un effet stimulateur par les opportunités qu'ils laissent entrevoir. D'ailleurs, elles recherchent plus facilement à résoudre les situations complexes en faisant preuve d'intuition. Enfin, la vie leur apparaît relativement stimulante et elles développent un relatif sentiment de confiance en l'avenir.

Au regard des différents résultats de l'étude sur la hardiesse, il apparaît dans un premier temps pertinent de se questionner sur le concept lui-même. En effet, au vue des différents scores globaux de hardiesse, il semble se dessiner un profil type relativement stable de l'infirmière soit que son niveau de hardiesse en score total se situe au niveau du septième décile. Il n'apparaîtrait pas surprenant en regard des différents résultats, qu'une prochaine mesure du niveau de hardiesse sur une population d'infirmières se situerait au niveau du septième décile. Ce constat serait en cohérence avec la notion de trait commun de personnalité (Cattell, 1956) ce qui marquerait une opposition avec la théorie de Maddi et Kobasa (1984) ainsi qu'avec la philosophie existentialiste qui soutend celle-ci. Par contre, l'observation des différentes dimensions de la hardiesse

laissent supposer qu'il n'existe pas chez les infirmières une seule façon d'exprimer leur caractère hardie. En effet, il existe, d'une part des niveaux différents pour les trois dimensions à travers les différentes études auprès des infirmières francophones, d'autre part, la hiérarchisation des dimensions selon les études varie (Delmas et coll., 1997; Morisette, 1993). Ces observations laissent supposer que les dimensions de la hardiesse fonctionnent de façon autonome et non pas comme un composite. En outre, l'analyse des corrélations entre les dimensions montre que le défi possède une faible corrélation avec les dimensions du sens de l'engagement et de la maîtrise; ce qui d'ailleurs a déjà été observé par Funk (1992). Ce résultat ne fait que renforcer l'idée que la hardiesse est un concept multidimensionnel où les différentes dimensions sont à considérer comme des entités uniques et non pas comme un composite. Cette approche semble plus en cohérence avec la philosophie existentielle qui défend l'unicité de l'individu. De plus, la multidimensionnalité du concept de la hardiesse permet de le considérer comme un trait de personnalité avec un potentiel de développement ce qui justifierait la recommandation d'actions en vue de son renforcement. Cette orientation a été retenue pour la présente étude, car tenir compte du score global, c'est finalement considérer le concept de façon unidimensionnel le rapprochant ainsi d'un trait fixe de personnalité.

En outre, l'analyse des corrélations entre les dimensions montre que la dimension du défi apparaît comme une dimension satellite par rapport aux deux autres dimensions de la hardiesse. Ce constat a déjà été souligné par Carver (1989) et Funk (1992). Bien que les échelles de mesure de la dernière génération aient tenu compte de ce constat, il apparaît pertinent aux vues des différents résultats de poursuivre l'investigation sur cette dimension. D'ailleurs Ouellette (1993) préconise une approche qualitative de cette dimension afin de mieux la circonscrire. Il apparaît important aussi dans les perspectives futures de reconsidérer la mesure du concept sous forme multidimensionnelle qui tiendra compte de l'individualité des trois dimensions et non pas à l'aide d'échelles composites considérant le concept de hardiesse comme unidimensionnel. En définitif, le score total de hardiesse n'apparaît pas à ce moment-ci comme pertinent dans l'analyse des résultats.

Dans une analyse plus fine des résultats de la présente étude, il apparaît que la dimension de l'engagement obtient presque toujours la moyenne la plus élevée suivi du sens de la maîtrise puis du sens du défi. Ce constat se retrouve dans les différentes études auprès d'infirmières francophones sauf pour Delmas et coll. (1997) où la dimension du défi se retrouve en deuxième position et Morissette (1993) où la dimension de la maîtrise occupe le premier rang. Le fait saillant de ces deux études est la similitude de la population qui était composée d'infirmières de soins intensifs de culture proche. De ce fait, les infirmières de la présente étude ne diffèrent pas des autres en ce qui concerne les dimensions de la hardiesse et il semble que les dimensions de l'engagement et de la maîtrise font partie intégrante de la profession infirmière. En effet, la pénibilité du travail, le manque de reconnaissance financière et professionnelle requiert de la part des infirmières un sens aiguë de l'engagement. De plus, elles doivent faire face à des changements structuraux, sociaux et culturels tout en assumant de plus en plus de responsabilités. Ce contexte leur demande de développer sans cesse des capacités d'adaptation dans un souci constant de maintenir la qualité des soins auprès des patients de plus en plus exigeant, ce qui témoigne d'un sens élevé de maîtrise. Plus finement, les infirmières de réanimation interrogées sont confrontées à une technologie médicale sans cesse croissante, leur demandant de développer des habiletés de plus en plus complexes, à une charge de travail de plus en plus importante, à des exigences de plus en plus élevées des patients et de leur famille et tout ceci dans un contexte de restructuration hospitalière rendant l'avenir de leur affectation incertain. Ce constat local implique que les infirmières de réanimation doivent faire preuve d'engagement et de maîtrise afin de répondre et de s'adapter aux nouvelles exigences.

Par contre les politiques de gestion et de management actuelles, laissant peu de place à l'incertitude, fonctionnent souvent sur un mode directif et statique ce qui ne favorise pas l'esprit d'initiative ni la place à l'intuition de l'infirmière. En outre, le sens du défi faisant appel au savoir esthétique de l'infirmière (Major, 1995) s'inscrit dans un paradigme de la transformation alors que la formation des infirmières ainsi que le milieu du travail font surtout appel à un savoir empirique. Plus spécifiquement, la gestion

quotidienne de la pénurie de personnel par les cadres, la standardisation et la prépondérance des soins techniques laissent peu la possibilité à l'infirmière de réanimation de développer son sens du défi. De plus, les infirmières ayant le sens du défi adoptent plus facilement un raisonnement basé sur l'abstraction plus en lien avec une approche falsificationniste dont un de ces principaux adeptes (Popper, 1994) disait que toute vie est résolution de problème ce qui finalement est très peu permis par les tâches quotidiennes de leur travail. Il n'est donc pas étonnant dans ces perspectives de constater que les infirmières ont un niveau relativement plus élevé du sens de l'engagement et de la maîtrise pour un niveau moindre de défi

Des infirmières de réanimation qui évitent peu les situations problématiques

De façon générale, les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème présentent la moyenne la plus élevée ($\bar{x} = 1.83$). Ce constat suggère que les infirmières de réanimation sont le plus souvent capables d'aborder les situations problématiques avec un regard positif tout en adoptant un raisonnement logique et créatif dans la recherche de solutions. En général, ces infirmières croient en leurs valeurs et sont capables de les défendre avec persévérance et conviction tout en étant ouvertes au changement. De plus, elles sont à l'écoute de leurs besoins et trouvent des moyens de ventiler leurs émotions.

Les stratégies de recherche de soutien social se situent en deuxième position avec une moyenne ($\bar{x} = 1.79$) proche des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. En d'autres termes, les infirmières de réanimation ont le plus souvent la capacité de demander de l'information complémentaire lorsque des situations problématiques se présentent. De plus, elles savent en général utiliser de façon adéquate leur réseau de soutien social à la fois informationnel et émotionnel. En outre, elles sont capables d'accepter le soutien des autres.

Enfin, les stratégies de distanciation/évitement occupent la troisième position avec une moyenne ($\bar{x} = 0.77$) qui est deux fois moins élevée que celles des stratégies citées précédemment. De plus, cette moyenne se situe au deuxième décile de la distribution théorique par rapport aux moyennes des stratégies citées précédemment qui se situent au sixième décile de la distribution. De ce constat, il est licite de penser que les infirmières de réanimation adoptent peu de comportements liés à la fatalité ou au destin face à des situations problématiques. De plus, elles contournent ou fuient qu'une fois sur quatre les situations problématiques de travail.

En regard de ces résultats, les infirmières de l'étude utilisent le plus souvent les stratégies de type actif que les stratégies à type d'évitement et de fuite. De façon plus détaillée, il apparaît que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème sont le plus utilisées par celles-ci. Ces stratégies peuvent se rapprocher des stratégies actives –cognitives en regard de l'échelle Indices de réactions de coping (Gagnon, 1988) qui est une version française adaptée de l'outil Indice of coping responses (Billing & Moos, 1984). Bien qu'il ne soit possible de comparer les scores obtenus avec d'autres recherches étant donné que l'instrument de mesure des stratégies de coping de Bouchard et al (1995) est utilisé pour la première fois auprès d'une population d'infirmières, il importe quand même de confronter ces résultats avec ceux d'autres recherches ayant utilisé d'autres instruments de mesure des stratégies de coping en regard de la théorie de Lazarus et Folkman (1984).

C'est ainsi qu'en 1979, Oskins, lors d'une étude auprès de 79 infirmières américaines travaillant en soins intensifs, fait ressortir que les stratégies de coping les plus souvent utilisées sont les stratégies de type actif. De même, Kelly et Cross (1985) montraient que les stratégies les plus couramment utilisées auprès d'une population de 102 infirmières américaines de soins intensifs étaient le fait de composer avec la situation ainsi que de poser des actions en se basant sur la compréhension de la situation. Beaulieu (1993) montrait auprès d'une population de 131 infirmières québécoises œuvrant en soins de longue durée que les stratégies de recherche de soutien social

arrivaient en premier lieu suivi de près des stratégies de résolution de problème. De même, Duquette et coll. (1995) auprès d'une population de 1550 infirmières québécoises œuvrant en gériatrie et effectuant plusieurs temps de mesure montraient que les infirmières utilisaient de façon préférentielle les stratégies de type actif. En outre, Patenaude (1996) lors d'une étude auprès de 666 infirmières québécoises œuvrant en soins de longue durée et lors de plusieurs temps de mesure montrait que les infirmières utilisaient de façon presque systématique des stratégies de coping de type actif comparativement aux stratégies d'évitement.

Ainsi les résultats de la présente étude sont corroborés par ceux d'autres recherches bien que les instruments de mesure diffèrent. De ce fait, les infirmières françaises semblent adopter les mêmes stratégies de coping que les infirmières américaines et québécoises c'est-à-dire qu'elles utilisent le plus souvent des stratégies impliquant un processus de résolution de problème ou des actions de recherche de soutien social et ceci dans le but de faire face aux situations problématiques liées au milieu de travail.

En France, il apparaît que la formation de base des infirmières a mis l'accent depuis quelques années sur l'apprentissage de la démarche de soin systématique ainsi que sur l'enseignement du diagnostic infirmier. Ces deux processus d'apprentissage font appel de façon constante aux méthodes de résolution de problème. De plus, les infirmières de réanimation lors de leur travail quotidien sont responsables d'un secteur de soin et d'un certain nombre de patients. Il se peut éventuellement qu'une aide ponctuelle peut survenir lors de graves situations, mais il apparaît que l'infirmière de réanimation est seule responsable des problèmes qui peuvent survenir pendant son quart de travail. Il lui est pratiquement impossible de fuir la situation problématique et la contourner ne ferait que repousser l'échéance de sa résolution tout en amplifiant le problème. Ces deux constats peuvent influencer l'adoption finalement par les infirmières de réanimation de stratégies de type actif et l'utilisation moindre des stratégies de distanciation/évitement dans le domaine du travail.

Des infirmières qui témoignent d'un niveau modéré de qualité de vie au travail

L'étude du phénomène de la qualité de vie au travail est une des originalités de cette étude. En effet, l'étude des concepts de la hardiesse et des stratégies de coping a de façon préférentielle été associée avec des indicateurs négatifs de santé comme l'épuisement professionnel. Quelques études ont regardé ces variables avec un indicateur positif de santé comme le bien-être psychologique (Harrisson, 1995; Savignac, 1993); mais il apparaît que le concept du bien-être psychologique diffère du concept de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990), car il est non spécifique au domaine du travail et il ne mesure qu'un aspect du concept de qualité de vie qui selon Elizur et Shye (1990) est multidimensionnel.

Les résultats montrent que la moyenne du score global de qualité de vie au travail est de 3.32 ce qui représente le quatrième décile de la distribution théorique. Les différentes dimensions des facettes A et B oscillent entre les moyennes de 3.09 et 3.39, soit entre le troisième décile et quatrième décile de la distribution. En comparaison des autres variables dont les moyennes oscillent entre le sixième et septième décile, sauf pour les stratégies de distanciation/évitement, il est licite de penser que les infirmières de réanimation témoignent d'un niveau moindre de qualité de vie au travail. De plus, il apparaît difficile de faire des comparaisons avec les autres indicateurs positifs de santé étant donné que les assises théoriques diffèrent. En outre, cet instrument de mesure de la qualité de vie au travail a été traduit en français par l'auteur et ne fait l'objet d'aucune autre utilisation antérieure même dans sa version originale. En effet, Elizur et Shye (1990) lors de leur étude originelle afin de bâtir le concept n'ont publié aucun résultat descriptif concernant le niveau de la qualité de vie au travail des 540 travailleurs hongrois.

Par contre, il semble intéressant de regarder les résultats de recherches sur la satisfaction des infirmières au travail, concept qui selon la revue des écrits a souvent été

associé à la qualité de vie au travail. Selon l'étude de Sharon (1994) auprès de 66 infirmières travaillant dans des maisons de santé et en utilisant comme instrument de mesure The McCloskey/Mueller Satisfaction Scale Results, qui est une échelle multidimensionnelle, il apparaît que les infirmières sont modérément satisfaites de leur salaire, de la flexibilité du travail et des compensations de fin de semaine. De plus, elles ne sont pas du tout satisfaites des relations avec leurs supérieurs hiérarchiques, avec le nombre de responsabilités qui leurs incombent ainsi que le peu de reconnaissance sociale et d'autonomie dans leur travail. Sharon (1994) soulignait qu'il est important pour les managers de se préoccuper de la satisfaction des infirmières au travail car c'est la clé pour éviter un turn-over fréquent et important.

Il est important de souligner que le contexte de travail des infirmières françaises semble peu propice à développer une qualité de vie au travail. En effet, les restructurations hospitalières effectuées, sans parfois tenir compte de la dimension humaine et les multiples responsabilités des infirmières avec une reconnaissance moindre de leur travail, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce niveau peu élevé de qualité de vie au travail. En résumé, les résultats suggèrent que le travail quotidien en soins de réanimation permet aux infirmières de développer un niveau moindre d'efficacité dans leur dimension physique, psychologique, sociale et culturelle en regard des interactions qu'elles ont avec leur environnement de travail. Selon Kahn (1987), il apparaît pourtant important de se préoccuper de cette dimension dans une optique de qualité des soins auprès des personnes soignées. En effet, elle postule que les infirmières qui manifestent peu de qualité de vie au travail (vue sous l'angle de la satisfaction au travail) ne peuvent effectuer de façon optimale des soins de qualité.

La discussion des hypothèses de recherche

Il importe de rappeler que six hypothèses ont été confirmées sur un total de 12 et qu'une relation statistiquement significative non prédite est apparue. L'interprétation de ces résultats est faite en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984).

Les dimensions de la hardiesse sont en relation avec les stratégies de coping

Trois hypothèses de recherche portaient sur les relations entre le sens de l'engagement et les stratégies de coping. Au regard des résultats statistiques, une seule a été confirmée (H2). En effet, il existe une corrélation statistiquement significative, faible et positive entre le sens de l'engagement et les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. De façon plus concrète, ce résultat suggère que plus l'infirmière de réanimation développe son sens de l'engagement soit de l'enthousiasme et de l'intérêt au travail, plus elle aura recours à une évaluation positive des situations problématiques tout en adoptant une méthode de résolution de problème afin d'apporter des solutions. Par contre, deux hypothèses (H1, H3) n'ont pas été confirmées statistiquement, il ne semble donc pas exister de lien entre le sens de l'engagement et les stratégies de recherche de soutien social et de distanciation-évitement.

Trois hypothèses de recherche concernaient les relations entre le sens de la maîtrise et les stratégies de coping. L'analyse statistique des résultats a retenu deux hypothèses significatives (H5, H6). Il existe une relation statistiquement significative, faible et positive entre le sens de la maîtrise et les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. En d'autres termes, plus l'infirmière de réanimation a le sens de la maîtrise, soit la croyance de pouvoir influencer le cours des événements, plus elle utilise une évaluation positive des situations problématiques tout en adoptant de façon préférentielle des stratégies basées sur la résolution de problème. Egalement, il existe une relation statistiquement significative, faible et négative entre le sens de la maîtrise et les stratégies de distanciation/évitement. Il apparaît que plus l'infirmière de réanimation a le sens de la maîtrise, soit la croyance de pouvoir influencer le cours des événements, moins elle a recours à des stratégies d'évitement ou de fuite face à la situation problématique. Par contre, il ne semble pas exister de relation statistiquement significative entre le sens de la maîtrise et la recherche de soutien social

Trois hypothèses de recherche concernaient les relations entre le sens du défi et les stratégies de coping. Les analyses statistiques n'en ont retenu qu'une seule significative (H9). Il existe une relation statistiquement significative, faible et négative entre le sens du défi et les stratégies de distanciation-évitement. De façon plus explicite, ce résultat suggère que plus l'infirmière de réanimation a le sens du défi, soit de considérer que le changement plutôt que la stabilité est naturel, moins elle a recourt à des stratégies de prise de distance ou d'évitement des situations problématiques liées au travail.

Lors des analyses statistiques, il est survenu une relation statistique non prévue par les hypothèses. En effet, il est apparu une relation statistiquement significative, faible mais négative entre le sens du défi et les stratégies de recherche de soutien social. En d'autres mots, cela suggère que plus l'infirmière de réanimation développe son sens du défi, soit en autre que la vie lui apparaît stimulante avec une confiance en l'avenir, moins elle a recourt à rechercher du soutien social informationnel et émotionnel.

De plus, les analyses de variance entre les différentes dimensions de la hardiesse en regard des stratégies de coping laissent entrevoir qu'il existe d'autres facteurs qui peuvent influencer celles-ci. En effet, il n'existe aucune dimension de la hardiesse qui explique plus de 7 % de la variance d'une des stratégies de coping

En conclusion, ces résultats confirment que les dimensions de la hardiesse de façon générale exercent une certaine influence sur les stratégies de coping. Cette influence peut ainsi se diviser en deux aspects antagonistes. En effet, certaines dimensions de la hardiesse semblent promouvoir l'utilisation par l'infirmière de réanimation de stratégies de type actif comme les stratégies de recherche de soutien social et les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. Par contre, certaines dimensions de la hardiesse semblent proscrire l'utilisation par l'infirmière de stratégies de distanciation/évitement.

Ces résultats semblent en corollaire avec ceux obtenus par Duquette et coll. (1995) qui montre un lien statistiquement significatif et positif à trois temps de mesure entre la hardiesse en score total et les stratégies de coping actif. De plus, en regard de l'étude de Simoni et Paterson (1997), il apparaît que les infirmières ayant un niveau élevé de hardiesse utilisent de façon préférentielle les stratégies de coping actif. Par contre, il n'existe pas d'étude qui ont regardé de façon détaillée les relations entre les dimensions de la hardiesse et les stratégies de coping. De plus, ces résultats semblent aussi en accord avec la théorie de Maddi et Kobasa (1984) qui précisent que les infirmières possédant la caractéristique de la hardiesse abordent les situations stressantes en privilégiant l'utilisation de stratégies de coping transformationnel c'est-à-dire une réévaluation positive de la situation, tout en évitant l'utilisation de stratégies de coping régressif qui font appel à une évaluation négative des situations problématiques. Le point de discussion aussi à aborder repose sur l'observation des relations entre les dimensions de la hardiesse et la recherche de soutien social. En effet, au regard des résultats il semble exister qu'une seule corrélation statistiquement significative et de plus négative avec la dimension du défi. Par contre, à partir du cadre théorique, les auteurs (Maddi et Kobasa, 1984) ne parlent pas de recherche de soutien social par l'infirmière hardie mais plutôt de l'influence de son soutien social existant sur le renforcement des stratégies de coping transformationnel et ainsi de son action indirecte sur la hardiesse. En effet, selon Maddi et Kobasa (1984), le soutien social n'agit pas de façon directe sur la hardiesse mais plutôt sur le coping transformationnel. De ce fait, d'après Maddi et Kobasa (1984) le soutien social n'apparaît pas comme une stratégie de coping mais comme une autre variable à part entière. Il n'est pas étonnant de constater ici qu'il existe peu de relations statistiquement significatives entre les dimensions de la hardiesse et la recherche de soutien social.

Une des principales contributions de cette recherche est de confirmer la théorie de Maddi et Kobasa (1984) en regard des relations entre la hardiesse et certaines stratégies de coping. De plus, l'étude détaillée de chaque dimension de la hardiesse en regard des stratégies de coping permet d'apporter un éclairage nouveau sur les relations

entre ces différentes variables prises une par une. Par contre, l'homogénéité de l'échantillon en regard de la distribution de la hardiesse est une limite qui ne permet pas d'apporter des conclusions plus définitives.

Les stratégies de coping sont en relation avec la qualité de vie au travail.

Il s'avère que trois hypothèses avaient été émises en regard de ces relations. Au regard des résultats statistiques, seule deux hypothèses ont été confirmées statistiquement (H10, H11). En effet, il existe une relation statistiquement significative, faible et positive entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail. En d'autres termes, plus l'infirmière de réanimation est à la recherche de soutien informatif et émotionnel, plus elle a une meilleure perception de sa qualité de vie au travail. Egalement, il existe une relation statistiquement significative, modérée et positive entre les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et la qualité de vie au travail. De façon spécifique, ce constat suggère que plus les infirmières de réanimation abordent les situations problématiques avec un regard positif tout en utilisant un raisonnement basé sur des méthodes de résolution de problème, plus elles ont une meilleure perception de leur qualité de vie au travail.

De plus, les analyses de régression multiple montrent que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème expliquent le mieux la variance de la qualité de vie au travail ($R^2 = 10\%$). Ce résultat suggère que les infirmières de réanimation qui perçoivent un niveau élevé de qualité de vie au travail utilisent prioritairement des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. Un autre fait saillant est apparu, en effet, il semble que les dimensions de la hardiesse n'exercent pas de façon directe une influence sur la qualité de vie au travail mais plus par l'intermédiaire des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. Il semble donc pertinent de penser que des stratégies de coping exercent un rôle médiateur entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. Cette hypothèse est explicitée dans la prochaine partie du texte.

Des stratégies de coping exercent un rôle médiateur entre des dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail

La principale contribution de cette recherche est d'avoir mis en lumière que des stratégies de coping exercent un rôle médiateur entre des dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. En effet, au regard des résultats des analyses de régression selon le modèle de Baron et Kenny (1986), on peut supposer qu'un type de stratégies de coping exerce un rôle médiateur entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail.

De façon plus détaillée, il apparaît que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème exercent un effet médiateur entre le sens de l'engagement et de la maîtrise, et la qualité de vie au travail. En d'autres termes, l'infirmière de réanimation qui développe un sens élevé de l'engagement, et de la maîtrise, utilise davantage de stratégies de coping centrées sur une réévaluation positive des situations problématiques et sur l'adoption de méthode de résolution de problème, ce qui lui permet de percevoir une meilleure qualité de vie au travail. En conclusion, seule les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème jouent un rôle médiateur entre le sens de l'engagement et de la maîtrise sur la qualité de vie au travail.

Ces résultats sont en accord et confirment d'ailleurs la théorie de Maddi et Kobasa (1984). En effet selon ces auteurs, la hardiesse à travers ses dimensions n'agit pas de façon directe sur la relation stressseurs-tension mais par l'intermédiaire des stratégies de coping transformationnel. Celles-ci sont définies par Maddi et Kobasa (1984) comme la capacité de la personne d'évaluer les événements problématiques sous un aspect positif et avec la conviction de pouvoir agir sur eux de façon décisive tout en utilisant des méthodes de résolution de problème afin de les appréhender. Les résultats de cette étude confirment certains aspects théoriques, en effet, l'infirmière de réanimation qui développent le sens de l'engagement et de la maîtrise a tendance à

utiliser des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème afin de résoudre les situations problématiques qui se présentent à elle. Cette attitude a pour effet de promouvoir une meilleure qualité de vie au travail par rapport à l'infirmière qui possède un niveau moindre d'engagement et de maîtrise. Par contre, l'absence de la dimension du sens du défi en regard d'un rôle médiateur nécessite d'être commentée

Au regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), il aurait été licite de retrouver que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème aient un effet médiateur entre les trois dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. En vérité, les résultats montrent que la dimension du défi est absente de cette relation. Ce constat ouvre de nouveau le débat sur la pertinence du sens du défi comme dimension de la hardiesse. En effet, au regard de ses résultats, il serait convenable de penser que la dimension du défi est une dimension satellite de la hardiesse. Ce constat a déjà été décrit par Carver (1989) et Funk (1992) et Hull (cité par Funk, 1992) qui proposaient de supprimer cette dimension qui semble embarrassante. De plus, Funk (1992) émet l'hypothèse que la mesure de cette dimension est non appropriée et demanderait des investigations supplémentaires. Ce constat fut repris par Ouellette (1993) qui préconise une analyse plus approfondie de la dimension du défi chez les personnes et précise que cette dimension fait toute l'originalité du concept de hardiesse et de ce fait doit être conservée. Au vue de ces recommandations, deux pistes d'investigations peuvent s'ouvrir pour les futurs chercheurs. La première consisterait à tester de façon empirique un programme de développement de la hardiesse sur une population et ainsi de mettre à l'épreuve la théorie de Maddi et Kobasa (1984) dans sa globalité. De plus, les conclusions ainsi trouvées permettraient de développer une approche complémentaire de type qualitatif. La deuxième piste serait une investigation initiale qualitative du concept de hardiesse auprès d'une population afin d'avoir un nouvel éclairage surtout sur la dimension du défi. De ce fait, les conclusions apportées permettraient de bâtir une nouvelle échelle de mesure. Par contre, le peu d'hétérogénéité de la distribution des résultats de la hardiesse dans la présente étude permettent de porter que des conclusions hypothétiques.

Fawcett (1984) précise que le modèle conceptuel a pour fonction de préciser le principal `` focus`` qui servira de guide pour appréhender les situations. Le modèle de Roy (1991) met l'accent sur l'adaptation de la personne ou d'un groupe à un univers en constant changement. En regard des résultats de l'étude, il apparaît que les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème occupent une place centrale puisqu'elles apparaissent comme variable médiatrice. De plus, ces stratégies caractérisent une forme d'adaptation de la personne à l'environnement changeant dans le but de maintenir la santé (la qualité de vie au travail est un indicateur positif de santé). Les résultats de l'étude semblent en corollaire avec le niveau conceptuel de Roy (1991). De plus comme vue précédemment, les relations entre les variables tel que le décrit la théorie de Maddi et Kobasa (1984) sont retrouvées dans la présente étude à l'exception de la dimension du défi. De façon globale, il apparaît licite de penser qu'il y a cohérence entre le niveau conceptuel, théorique et empirique de l'étude au regard de ces résultats. La théorie de Maddi et Kobasa (1984) occupe une fonction de théorie intermédiaire en regard du niveau conceptuel proposé par Roy (1991) lors de la présente étude (Voir figure 9)

En conclusion, les résultats trouvés dans la présente étude mettent en évidence le rôle médiateur des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème entre le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et la qualité de vie au travail. Ces résultats sont en cohérence avec ceux prévus par la théorie de Maddi et Kobasa (1984) qui sert dans cette étude de cadre théorique. De plus, ces résultats renforcent l'idée que la dimension du défi nécessiterait de nouvelles investigations afin de peaufiner sa mesure. De plus, ces résultats sont aussi en cohérence avec le niveau conceptuel de l'étude et la théorie de Maddi et Kobasa (1984) apparaît comme une théorie intermédiaire appropriée en regard du modèle de Roy (1991) pour aborder ce genre de problématique.

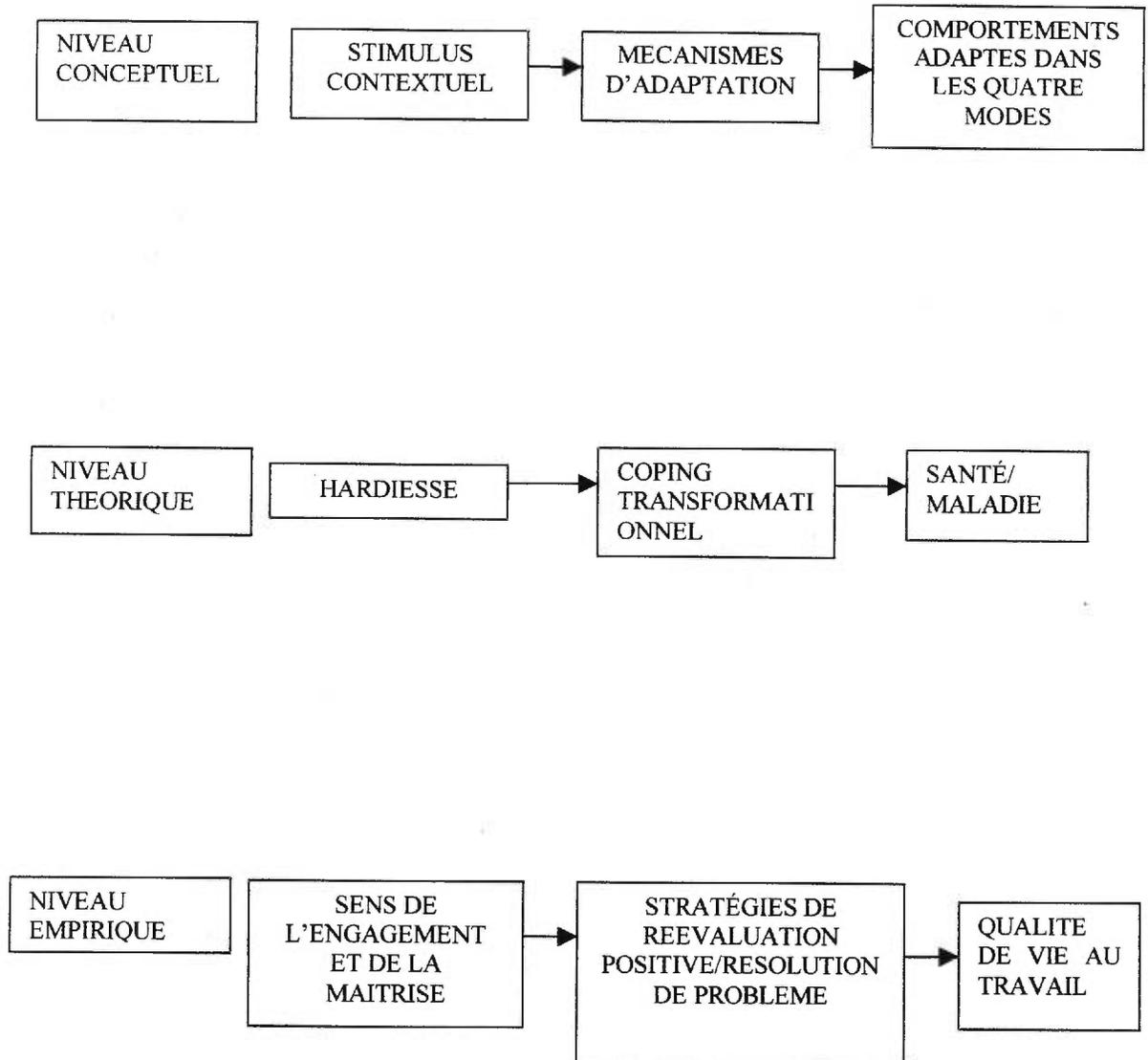


Figure 9 : Niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude en regard de ses résultats

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

Il apparaît nécessaire avant de conclure d'émettre quelques suggestions en regard de la gestion, de la pratique et de la recherche en sciences infirmières.

Recommandations pour la gestion en soins infirmiers.

Il apparaît important pour les gestionnaires en soins infirmiers de se préoccuper de la qualité de vie au travail des infirmières car comme le soulignait Kahn (1987), il ne peut y avoir des soins de qualité si les infirmières manifestent peu de satisfaction au travail. De ce fait, il semble aussi important pour les gestionnaires de se pencher sur les ressources personnelles de la personne ainsi que sur les stratégies qu'elle emploie afin de faire face aux stressors dans une dimension de santé au travail. En effet, les ressources financières étant de plus en plus restreintes, les gestionnaires ne peuvent compter principalement que sur les ressources personnelles de l'infirmière. La hardiesse apparaît comme une ressource personnelle qui permet à l'infirmière d'adopter préférentiellement des stratégies de coping de réévaluation positive/résolution de problème qui d'ailleurs sont les plus prédictives de la qualité de vie au travail. Le cadre est convié donc à inclure dans son mode de management une approche qui permette le développement de la hardiesse chez les infirmières tout en favorisant l'adoption de stratégies de réévaluation positive/résolution de problème. De même, il est invité à favoriser l'implantation de programme de développement de la hardiesse dans son unité. En outre, la formation des infirmières devraient mettre l'accent sur le développement d'habiletés de coping et le rôle du cadre d'unité serait de les évaluer et de les renforcer dans la pratique quotidienne par le biais des infirmières. Ces perspectives de formation permettraient peut-être de prévenir l'épuisement professionnel de la jeune diplômée mais aussi la fuite de la profession par les infirmières.

En conclusion , parler de qualité de vie au travail dans une période de restriction apparaît peut-être pour certains gestionnaires comme dépassée et non avenue. Pourtant, il serait important d'en tenir compte dans une perspective de santé au travail et même de productivité. En effet, l'infirmière qui manifeste un haut niveau de qualité de vie au travail aura sûrement un niveau élevé de motivation au travail puisqu'il lui permet de se ressourcer, un absentéisme moindre, des capacités d'appréhender rapidement le changement, une relation interpersonnelle avec le patient de meilleure qualité, un enthousiasme au travail. Finalement, il apparaît que les gestionnaires devraient tenir compte dans leur mode de management des facteurs qui permettent d'améliorer la qualité de vie au travail. De plus, il serait congruent que les institutions de soin, dont un des buts est d'apporter des soins de qualité à sa population, permettent à son personnel de se développer, de progresser dans leur cheminement, et d'optimiser leur qualité de vie au travail. Il apparaît paradoxal d'ailleurs qu'une institution de soin, par des stratégies de management et de gestion en autre, contribue à développer un épuisement professionnel de son personnel.

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 leur niveau de qualité de vie au travail est un facteur important pour leur santé. C'est en prenant conscience de leurs capacités personnelles mais aussi de la façon dont elles abordent les situations problématiques, qu'elles pourront maintenir et développer une qualité de vie au travail. Il apparaît important dans ce contexte de restructuration que les infirmières fassent preuve de hardiesse et optimisent l'utilisation de stratégies de coping à type de réévaluation positive/résolution de problème afin de maintenir leur santé. De plus, comme le précise Elizur et Shye (1990), la qualité de vie au travail a un impact sur la qualité de vie en général d'où l'importance pour l'infirmière d'en tenir compte. En outre, l'infirmière pourra, par un niveau plus élevé de qualité de vie au travail, prodiguer des soins de meilleure qualité ce qui n'est pas négligeable pour les personnes soignées.

Recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Les résultats de la présente suggèrent deux voies possibles pour la recherche en soins infirmiers. La première serait de tester en premier lieu et de façon empirique la théorie de Maddi et Kobasa (1984), par le biais de l'évaluation d'un programme de développement de la hardiesse. Les conclusions permettraient peut-être d'entrevoir une approche qualitative ultérieure afin de préciser le concept de hardiesse. La seconde serait de développer une approche qualitative en première intention afin d'affiner le concept de hardiesse surtout sur la dimension du défi. Cette approche permettrait dans un second temps de développer un instrument de mesure peut-être plus adapté. En fait, ces deux approches sont complémentaires, mais il est certain que le concept de hardiesse devrait être le sujet d'études ultérieures auprès de populations d'infirmières. De plus, il serait intéressant dans une dynamique de développement de l'instrument de mesure de la qualité de vie au travail de poursuivre des investigations auprès de populations d'infirmières.

Conclusion

La qualité de vie au travail est un concept primordial à développer en sciences infirmières surtout en période de restriction budgétaire ou la santé des infirmières au travail devrait devenir un concept central de gestion ou du moins d'évaluation. Par ces résultats, cette recherche a permis de montrer que les infirmières de réanimation manifestent un niveau élevé d'engagement et de maîtrise tout en employant de façon préférentielle des stratégies de coping basées sur la réévaluation positive/résolution de problème. Par contre, le niveau de qualité de vie au travail de ces infirmières est moindre. En outre, cette recherche a mis l'accent sur une ressource de la personnalité, la hardiesse, qui par l'intermédiaire de certaines stratégies de coping, permet de développer le niveau de qualité de vie au travail. Il semble donc intéressant dans les perspectives futures de mettre l'accent sur les déterminants de la santé des infirmières au travail sous l'angle de la qualité de vie au travail car d'après les résultats de la recherche, il est licite de penser que la hardiesse n'est pas le seul facteur à pouvoir influencer celle-ci. De plus, cette recherche a permis de confirmer les hypothèses de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) soit que la hardiesse n'agit pas de façon directe sur la relation stressseurs-tension mais par l'intermédiaire des stratégies de coping. En outre, cette recherche montre que la dimension du défi apparaît comme une dimension satellite qui nécessiterait des investigations supplémentaires afin de la circonscrire. Enfin, la théorie de Maddi et Kobasa (1984) apparaît comme une théorie intermédiaire appropriée en regard du modèle de Roy (1991) pour aborder ce genre de problématique.

Pour terminer, il faut souligner l'importance pour les gestionnaires de s'inspirer des résultats de cette recherche afin de renforcer les actions qui contribuent à promouvoir la santé des infirmières au travail. De plus, il apparaît important que les infirmières prennent conscience que le travail peut devenir aussi une source de plaisir et de développement, même en situation de restriction budgétaire et qu'il suffit parfois de changer de paradigme. En outre, il semble important pour les chercheurs intéressés par ce sujet de poursuivre les investigations sur le concept de hardiesse afin de mieux le comprendre et le cerner. Enfin, la qualité de vie au travail, selon Kahn (1987), est un préalable nécessaire à la prestation de soins de qualité, d'où l'importance de l'intégrer

dans les politiques de gestion comme finalement un regard humain dans une logique rationnelle.

Références

Adam, E. (1991). Etre infirmière. Un modèle conceptuel. 3^e édition, Montréal : Etudes Vivantes.

Andrew, F.A., & Withhey, S.B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Social Indicators Research, (1), 1-30.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco : Jossey-Bass.

Barnett, R.C., Marshall, N.L., & Singer, J.d. (1992). Job experiences over time, multiple roles, and women 's mental health : A longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 62, 634-644.

Baron, M.R., & Kenny, A.D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, stratégique and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51(6), 1173-1182.

Beaulieu, D. (1993). Description du stress et des stratégies de coping des infirmières de soins prolongés. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Beaver, R.C., Sharp, E.S., & Cotsonis, G.A. (1986). Burnout experienced by nurse-midwives. Journal of Nurses Midwifery, 31(1), 3-15.

Bédard, D., et Duquette, A. (1998). L'épuisement professionnel : un concept à préciser. L'infirmière du Québec, (9), 18-23.

Beer, N., & Walton, A.E. (1987). Organisationsl development. In R.W Porter (Eds.), Annual Review of Psychology (pp.339-367), Palo alto, Ca : Annual review.

Bigbee, J.L. (1985). Hardiness : a new perspective in health promotion. Nurses Pratictioner, 10 (11), 51-55.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology, 46 (4), 877-891.

Blegen, A.M. (1993). Nurses job satisfaction : A meta-analysis of related variables. Nursing Research, 42(1), 36-41.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., et Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. Revue canadienne des sciences du comportement, 27(30), 371-377.

Bowditch, J.R., & Bouno, A.F. (1982). Quality of working life assessment : A survey-based approach. Boston : Auburn House.

Boyle, A., Grap, M. J., Younger, J., & Thomby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping and burnout in critical care nurses. Journal of Advanced Nursing, 16, 850-857.

Braus, P. (1992). What workers want. American Demographics, 14(8), 30-37.

Bromet, E.J., Dew, A., & Parkinson, D.K. (1990). Spillover between work and family : A study of blue collar working wives. In J. Eckenrode & S.Gore (Eds.) Stress between work and family (pp. 102-121). New York : Plenum.

Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). Les stratégies d'ajustement ou coping. Dans Presse universitaire de France (Eds), Introduction à la psychologie de la santé (p.99-119) Paris : PUF.

Carver, C. S. (1989). How should multifaceted personality constructs be tested ?. Issue illustrated by self-monitoring, attributional style and hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 56 (4), 577-588.

Cohen, S., & Edwards, J.R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorders. In R. Neufeld (Eds.), Advances in the investigation of psychological stress (pp235-283). New York : Wiley.

Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1973). Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. Psychosomatic Medicine, 35, 375-389.

Collins, A. M. (1996). The relation of work stress, hardiness and burnout among full-time hospital staff nurses. Journal of Nursing Staff Development, 12 (2), 81-85.

Dantchev, R. (1989). Stratégies de « coping et pattern A » coronarogène. Revue de médecine psychosomatique, 17/18, 21-30.

D'ambrosia, S. J. (1987). A study to examine if there is a relationship between burnout and hardiness of nurses working with oncology patients. Unpublished doctoral dissertation, Temple University.

Davis , L. E., & Cherns, A.B. (1975). Quality of working life : volume 2. New York : Free Press.

Delmas, P., Cloutier, L., et Pronost, A. M. (1997). L'influence de la hardiesse comme trait de personnalité sur la perception des stressseurs et l'épuisement professionnel des infirmières de soins intensifs. Mémoire de cadre de santé, Institut de formation des cadres de santé, Toulouse.

Duquette, A., Kérouac, S., Saulnier, P., & Sandhu, B. (1994). Gestion du stress en soins infirmiers. Soins : Formation-Pedagogie-Encadrement. (9), 48-55.

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

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

Duquette, A., Ducharme, F., Ricard, N., Lévesque, L., et Bonin, J.P. (1996). Elaboration d'un modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé du modèle de Roy. Recherche en soins infirmi rs, 44 (mars), 62-70.

Duxbury, M.L., Armstrong, G.D., Drew, D.J., & Henly, S.J. (1984). Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. Nursing Research, 33, 97-101.

Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. Applied Psychology : An International Review, 39, (3), 275-291.

Estryn-Behar, M. (1992). Ergonomie et burnout. L'infirmière magazine, (57), 2-15.

Facheux, C., Amado, G., & Laurent, A. (1982). Organisation development. In M.r. Rosenzweig & L.W. Porter (Eds.). Annual Review of Psychology (pp343-370). Palo alto, CA : Annual Reviews.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing. Current status and future refinements. Image, 16, 84-87.

Fawcett, J. & Downs, F.S.(1986). The relationship of theory and research. Norwalk, Conn : Appleton-Century-Cofts.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life. Archives of Physical Medecine and Rehabilitation, 53, 56-59.

Freud, S. (1974). Les psychon vroses de d fense. Dans Nathan (Eds.), Nevrose, Psychose et Perversion.(p. 1-14). Paris : P.U.F.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). The relationship between coping and emotion. Social and Scientific Medecine, 26, 309-317.

Funk, S, C. (1992). Hardiness : A review of theory and research. Health Psychology, 12 (5), 335-345.

Gadon, H. (1984). Making sense of quality of working life programs. Business Horizons, 27, 42-46.

Gagnon, L. (1988). La qualité de vie de paraplégiques et quadraplégiques. Thèse de doctorat non publié, Université de Montréal, Montréal.

Galvin, D.E. (1986). Health promotion, disability management, and rehabilitation in the workplace. Rehabilitation Literature, 47, 9-10.

Gasse, M.J., et Guay, L. (1994). Des modèles conceptuels en soins infirmiers. Paris : Editions Eska s.a.r.l.

Goldenberg, D., & Waddell, M.A. (1989). Occupational stress and coping strategies among female baccalaureate nursing faculty. Journal of Advanced Nursing, 15, 531-543.

Goodale, D.G., Hall, D.T., Burke, R.J., & Joyner, R.C. (1975). Some significant contexts and components of individual quality of life. In L.E. Davis & A.B. Cherns (Eds.), The quality of working life (pp. 150-154). New York : Free Press.

Goode, D.A. (1989). Quality of life, quality of work life. In W.E. Kierman & R. L. Schalock (Eds.), Economics, industry and disability : A look ahead (pp.337-349). Baltimore : brookes

Harrison, C. (1995). Relations entre les types de stressseurs, les dimensions de la hardiesse et le bien-être des infirmières de médecine-chirurgie. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Harrison, M. (1997). Hardiesse, soutien au travail et détresse psychologique d'infirmières auxiliaires francophones au Québec. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Havlovic, S. J.(1991). Quality of work life and human resource outcomes. Industrial Relations, 30, 469-479.

Hazel, E. (1992). Coping : an essential element of nursing. Journal of Advanced Nursing, 17, 933-940.

Helson, H. (1964). Adaptation-level theory. New York : Harper & Low.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11,213-218.

Jama, V.J. (1987). The relationship between hardiness and burnout of professional nurses in the speciality of anesthesia. Unpublished doctorat dissertation, Wesleyan University, Wesleyan.

Janis, I.L (1958). Psychological stress : Psychoanalytic and behavior studies of surgical patients. New York : Wiley.

Jenkins, J.F., & Ostenga, Y. (1986). Evaluation of burnout in oncology nurses. Cancer Nursing, 9(3), 108-116.

Johnson, J.E., & Lauver, D.R (1989). Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. Advanced in Nursing Sciences, 11(2), 39-52.

Juppé (1996). Ordonnance n° 36-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. France : Journal officiel de la République Française du 25 avril 1996.

Keane, A., Ducette, J., & Adler, D.C. (1985). Stress in ICU and non ICU nurses. Nursing Research, 34(4), 231-236.

Kelly, J.G., & Cross, D.G. (1985). Stress, coping behaviors, and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. Research in Nursing and Health, 8, 321-328.

Kérouac, S., et Duquette, A .(1992) . Etude longitudinale des déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieu gériatriques. Document inédit, Université de Montréal, Montréal.

Kierman, W.E., & Knustson, K. (1990). Quality of work life. In R. Schalock (Ed.) Quality of life : Perspectives and issues (p. 101-114). Washington, D.C : American Association on Mental Retardation.

Kierman, W.E., & Marrone J. (1995). Quality of work life for persons with disabilities : emphasis on the employee. In R. Schalock (Ed.). Quality of life volume 2 : Applications to persons with disabilities (p. 63-77). Washington, D.C : American Association on Mental Retardation.

Kobasa, C. S., & Maddi, B.R. (1977). Existential personality theory. In R. Corsini (Ed). Current Personality Theory (p 244-275). Ithaca : Illinois.

Kobasa, C. S. (1979). Stressful life events, Personality and Health : an inquiry into hardiness. Journal of Personality & Social Psychology, 37, (1), 1-11.

Kobasa, C. S. (1979). Personality and resistance to illness. American Journal of Community Psychology, 7, (4), 413-423.

Kobasa, C, S. (1982). The hardy personality : Toward a social psychology of stress and health. In G.S. Sanders & J. Suls (Eds.), Social Psychology of Health and Illness (p. 3-32). Hillsdale NJ : Lawrence Erlbaum.

Kobasa, C, S. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers, Journal of Personality and Social Psychology, 42 (4), 707-717.

Kobasa, C, S., Maddi, R, S., & Courington, S. (1981) . Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. Journal of Health and Social Behavior, 22, (4), 368-378.

Kobasa, C, S., Maddi, R, S., & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health : a prospective study. Journal of Personality & Social Psychology, 42, (1), 168-177.

Kobasa, C, S., Maddi, R, S., & Pucetti, C, M. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. Journal of Behavioral Medicine, 5, (4), 391-404.

Kobasa, C, S., & Pucetti, C, M (1983). Personality and Social resources in stress resistance. Journal of Personality & Social Psychology, 45,(4), 839-850.

Kobasa, C. S., Maddi, R. S., & Zola, A, M. (1983). Type A and Hardiness. Journal of Behavior Medicine, 6 (1), 41-51.

Kobasa, C, S., Maddi, R, S., Pucetti, C, M. , & Zola, A, M. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. Journal of Psychosomatic Research, 29, (50), 523-533.

Kobasa, C, S. (1990). The third generation hardiness test. Unpublished manuscript, Graduate School of the City University of New York, New York.

Kobasa, Ouellette, C, S. (1993). Clarification of sampling in some early hardiness articles. Journal of Health and Human Behavior, 65 ,(1), 207-208.

Laborit, H. (1979). L'inhibition de l'action. Paris : Masson.

Lachman, V.D. (1996). Stress and self care. A literature review. Holistic Nursing Practice, 10(2), 1-12.

Lambert, C.E., & Lambert V.A. (1987). Hardiness : its development and relevance in nursing. Image : Journal of Nursing Scholarship, 19(2), 92-95.

Lawler, E.E. (1975). Measuring the psychological quality of work life : the why and the how of it. In L.E Davis & A.B Cherns (ed), The Quality of working life (p 123-133). New York : Free Press.

- Lazarus, R.S, & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer.
- Lee, M.D., & Kanungo, R.N. (1984). Management of work and personal life. New York : Praeger.
- Lefcourt, H. M (1976). Locus of control : current trends in theory and research. Hillsdale, N.J : Erlbaum.
- Leventhal, H., & Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experimentation : Development of a theory of self regulation. In Wooldridge, P.J, Schmitt, M.H., Skipper, J.K., & al (eds). Behavioral Science and Nursing Theory. Saint Louis : Mosby.
- Lévesque, L., Ricard, N., Ducharme, F., Duquette, A., et Bonin, J.P (1996). Empirical verification of a theoretical model derived from the Roy Adaptation Model : Findings from five studies. Nursing Science Quarterly, 11(1), 31-39.
- Lindsay et Norman. (1980). Stress et émotion, in Comportements humains et traitement de l'information. Sciences de la Vie, Paris : Raget.
- Loscocco , K., & Rochelle, A. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life : two decades in review. Journal of Vocational Behavior, 39, 182-225.
- Maddi, R.S. (1990). Issues and interventions in stress mastery. In H.S. Friedman (Ed), Personality and Disease (p121-154). New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore : John Wiley and Sons, Inc.
- Maddi, R, S., Kobasa, C, S., & Hoover, M. (1979). An Alienation Test. Journal of Humanistic Psychology, 19(4), 73-76.
- Maddi, R, S., & Kobasa, C, S. (1984). The hardie executive : health under stress. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irven.
- Major, A. (1995). Relations entre les dimensions de la hardiesse et celle de l'épuisement professionnel d'infirmières nouvellement diplômées. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Mallet, K.L. (1988). The relationship between burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. Unpublished doctoral dissertation, University of Toledo, Toledo.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville (1995). Textes réglementant la profession infirmière. Paris : Gouvernement de la France.
- McCranie, E., Lambert, V., & Lambert, C, Jr. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research, 36, (60), 374-379.

Maslach, C., & Jackson, S.E (1981). the measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

Millet-Smith, J.M. (1984). The relationship of locus of control, achievement motivation, perceived instrumentality and burnout in registered professional nurses. Unpublished doctoral dissertation, Syracuse, University, NY.

Mirvis, P.S., & Lawler, E.E.(1984). Accounting for the quality of work life. Journal of Occupational Behavior, 5, 197-212.

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

Moos, R., & Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness : an overview. In R, Moss. (Eds), Coping with physical illness, New York, Plenum.

Mueller, C., & Mc Closkey, J.C. (1990). Nurses job satisfaction : A proposed measure. Nursing Research, 39(2), 133-116.

Nadler, D.A., & Lawler, E.E. (1983). Quality of work life : Perceptions and direction. Organisational Dynamics, 11(3), 20-30.

Narsavage, G.I., & Weaver, T.E (1994). Physiologic status, coping and hardiness as predictors of outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research, 43, 90-94.

Oskins, S.L. (1979). Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. Heart and Lung, 8(5), 953-960.

Ouellette, S.C. (1993). Inquiries into hardiness. In L. Goldberger and S. Breznits (Eds.) (2nd edition), Handbook of stress : Theoretical and clinical aspects (pp. 78-100). New York : Free Press.

Paquette, M. (1994). Stresseurs au travail en sidologie, hardiesse et épuisement professionnel d'un groupe d'infirmières québécoises. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Patenaude, F. (1996). Etude longitudinale des relations entre le stress occupationnel, des stratégies de coping et l'état émotionnel d'infirmières de gériatrie. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Paulhan, I., et Bourgeois, M. (1995). Stress et coping. Paris : P.U.F.

Pearlin, I.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19 (March), 2-21.

Peddicord-Withley, M., & Putzier, D.J. Measuring nurses satisfaction with the quality of their work and work environment. Journal of Nursing Care Quality, 8 (3), 43-51.

Pepin, J., Ducharme, F., kérouac, S., Lévesque, L., Ricard, N., et Duquette, A. (1994). Développement d'un programme de recherche basé sur une conception de la discipline infirmière. The Canadian Journal of Nursing Research, 26 (1), 41-46.

Perreault, M.C. (1986). 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.

Pollock, S.E. (1989). The hardiness characteristic : A motivating factor in adaptation. Advances in Nursing Science, 11(2), 53-62.

Rabkin, J.G., & Struening E.L. (1976). Life events, stress and illness. Sciences, 19 (4), 1013-1020.

Rahe, R. H., & Arthur, R. J. (1978). Life change and illness studies : part history and future directions. Journal of Human Stress, 4, 3-13.

Rich, L. V., & Rich, R. A. (1987). Personality hardiness and burnout in female staff nurses. Image : Journal of Nursing Scholarship, 19, (2), 63-66.

Rodary, C. (1993). Stress et épuisement professionnel. Revue Laennec, (5), 60-70.

Rotter, J. H. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monograph, 80, 1-28.

Rowe, M. (1997). Hardiness, stress, temperament, coping and burnout in health professionals. American Journal of Health Behavior, 21 (3), 163-171.

Roy, C., & Andrews, H.A.(1991). The Roy Adaptation Model : the Definitive Statement. Norwalk : Appleton et Lange.

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

Sashkin, M., & Burke, W,W. (1987). Quality of work life. Journal of Management, 13, 393-418.

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

Schmidt, L.R. (1988). Coping with surgical stress : some results and some problems. In S. Maes and C.D Spielberger (ed.), Topics in Health Psychology (p219-227). New York : John Wiley.

Schwab, S (1996). Individual hardiness and staff satisfaction. Nursing Economic, 14 (3), 171-173.

Seashore, S.E. (1975). Defining and measuring the quality of working life. In L.E. Davis and A.B. Cherns (Eds.), The quality of working life (vol 1, p105-118). New York : Free Press.

Selye, H. (1956). Le stress de la vie. Paris : Gallimard.

Sharon, A., & Lynch, R.N. (1994). Job satisfaction of home health nurses. Home Healthcare Nurse, 12 (5), 21-28.

Sheppard, H.L (1975). Some indicators of quality of work life : A simplified approach to measurement. In L.E. Davis & A.B. Cherns (Eds.), The Quality of Working Life (vol 1, p119-122). New York : Free Press.

Shye, S. (1976). Environment and life quality. Jerusalem : Institute of Applied Social Research.

Shye, S. (1979). A systemic facet theoretical approach to the study of quality of life. Jerusalem : Institute of Applied Social Research.

Simoni, S, P., & Paterson, J, J. (1997). Hardiness, coping and burnout in the nursing workplace. Journal of Professional Nursing, 13 (3), 178-185.

Sortet, P.J., Banks, R.S. (1996). Hardiness, job stress and health in nurses. Hopital Topics, 74,(2) 728-33.

Spacapan, S., & Oskamp, S. (1988). The social psychology of health. London : Sage Publications.

Spielberger, C.D (1983). Manual of the State-Trait-Anxiety-Inventory (S.T.A.I). In Consulting Psychology Press. Palo Alto : C.A.

Stapp, J. (1985). Promoting productivity. Monthly Labor Review, 108, 54-55.

Steptoe, A. (1991). Adaptation à l'environnement : Psychologie de la réaction au stress. Col. Scientifiques Stablon 4.

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. Health Psychology, 4, 249-288.

Tartasky, D.S. (1993). Hardiness : conceptual and methodological issues. Image : Journal of Nursing Scholarship, 25(3), 225-229.

Taylor, H. (1987). Evaluating our quality of life. Industrial Development, 156, 1-4.

Tedesco-Carreras, P. (1988). Maintaining mental wellness. Imprint, 35 (2), 38-39.

Toan, A.B. (1979). Corporate social reporting : Past, present, future. In U.S. Department of commerce (Eds.), Report of the Task Force on Corporate social Performance, corporate social reporting in the United States and Western Europe.

Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. Research in Nursing and Health, (12), 179-186.

Van Servellen, G., Topf, M., & Leake, B. (1994). Personality hardiness, work-related stress and health in hospital nurses. Hospital Topics, 72(2), 34-39.

Von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory. New York : Braziller.

Walton, R.D. (1975). Quality of work life : what is it ?. Sloan Management Review, 15(1), 11-21.

Weathon, B. (1983). Stress, personal coping resources and psychiatric symptoms. Journal of Health and Social Behavior, 24, 208-229.

Wright, F, T., Blache, F. C., Ralph, J., & Luterman, A.(1996). Hardiness, stress and burnout in intensive care nurses. Journal of Burnout Care & Rehabilitation, 14, (3), 376-381.

Wyler, A.R, Masuda, M., & Holmes, T.H. (1968). Seriousness of illness rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 363-375.

Yasco, J.M. (1983). Variables which predict burnout experienced by oncology clinical nurse specialist. Cancer Nursing, 6(2), 109-116.

Zeffane, R.M. (1994). Correlates of job satisfaction and their implications for work redesign : A focus on the Australian Telecommunications Industry. Public Personnel Management, 23(1), 61-76.

Appendice A

Récapitulatifs des études relatives aux variables étudiées

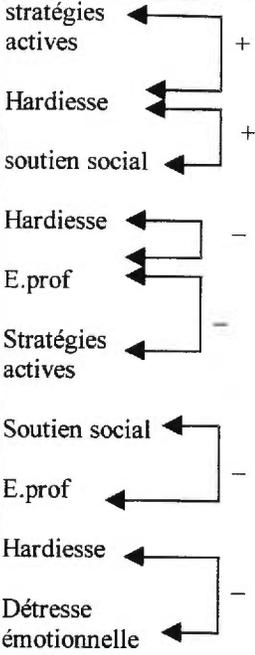
RECAPITULATIFS DES ETUDES RELATIVES AUX
VARIABLES ETUDIEES

Auteurs	Populations étudiées	Variables de l'étude	Instruments de mesure	Résultats
Millet-Smitt (1984)	403 I.D.E américaines	sens de la maîtrise épuiement professionnel	Locus of Control Scale (Rotter, 1966) M.B.I (Maslach et Jackson, 1981)	<p>Contrôle externe ←</p> <p>E.émotionnel ←</p> <p>Dépersonnalisation ←</p> <p style="text-align: right;">+</p> <p>(Tests de Pearson)</p>
Keane, Ducette et Adler (1985)	96 I.D.E américaines de soins intensifs médecine-chirurgie	Hardiesse Epuiement professionnel	Cinq échelles (1 ^{er} génération) S.B.S-H.P	<p>Manque de hardiesse ←</p> <p>E.Prof ←</p> <p style="text-align: right;">+</p> <p>Relations + entre e.prof et les différentes dimensions de la hardiesse</p> <p>(Tests de Pearson)</p>
Ambrosia (1987)	121 I.D.E oncologies américaines	Hardiesse Epuiement professionnel	Cinq échelles (1 ^{er} génération) S.B.S-H.P	<p>Manque de hardiesse ←</p> <p>E.Prof ←</p> <p style="text-align: right;">+</p> <p>Relations + entre E.prof et les différentes dimensions de la hardiesse</p> <p>(Tests de Pearson)</p>
Jama (1987)	100 I.D.E anesthésistes américaines	Hardiesse Epuiement professionnel	Cinq échelles (1 ^{er} générations) S.B.S-H.P	<p>Manque de hardiesse ←</p> <p>E.Prof ←</p> <p style="text-align: right;">+</p> <p>Relations + entre E.prof et les différentes dimensions de la hardiesse</p> <p>Les trois dimensions de la hardiesse expliquent 49% de la variance de l' E.P</p> <p>(Tests de Pearson, et analyses multivariées)</p>
Rich et Rich (1987)	100 I.D.E américaines de soins aigues	Hardiesse Epuiement professionnel	Cinq échelles (1 ^{er} générations) S.B.S-H.P	<p>Manque de hardiesse ←</p> <p>E.Prof ←</p> <p style="text-align: right;">+</p> <p>Relations + entre E.prof et les différentes dimensions de la hardiesse</p>

				<p>Le manque de hardiesse explique 29% de la variance de l'E.P</p> <p>La maîtrise et l'engagement expliquent 42% de la variance de l'E.P</p> <p>(Tests de Pearson et analyses multivariées)</p>
Mc Cranie, Lambert et Lambert (1987)	107 I.D.E américaines œuvrant principalement en soins intensifs	<p>Hardiesse</p> <p>Epuisement professionnel</p> <p>Perception des stresseurs</p>	<p>Echelle composite (2eme génération)</p> <p>Tedium Scale (Pines et Aronson, 1981) et Self report Instruments</p> <p>Nursing Stress Scale (Gray-Toft et Anderson, 1984)</p>	<p>Manque de hardiesse ← +</p> <p>E.Prof ← +</p> <p>Pas de relation statistique entre la hardiesse et la perception des stresseurs</p> <p>La hardiesse explique 11% de la variance de l'E.P</p> <p>La perception des stresseurs explique 17% de la variance de l'E.P</p> <p>(Tests de Pearson, et analyses multivariées)</p>
Topf (1989)	100 I.D.E soins intensifs américaines	<p>Hardiesse</p> <p>Epuisement professionnel</p> <p>Perception des stresseurs</p>	<p>Cinq échelles (1^{er} génération)</p> <p>M.B.I (Maslach et Jackson, 1981) S.B.S-H.P</p> <p>N.S.S (Gray-Toft et Anderson, 1981)</p>	<p>Manque de hardiesse et E.P sont liés statistiquement ($F=0.262, p<0.01$)</p> <p>La dimension de l'engagement explique 24% de la variance de l'E.P</p> <p>Pas de relations entre la hardiesse et la perception des stresseurs</p> <p>(analyses multivariées et Tests de Pearson)</p>
Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991)	103 I.D.E américaines de soins intensifs	<p>Hardiesse</p> <p>Coping</p> <p>Support social</p> <p>Epuisement professionnel</p>	<p>Cinq échelles (1er génération)</p> <p>Ways of coping Checklist (Lazarus et Folkman, 1984)</p> <p>House an Wells Social Support Scale (House, 1981)</p> <p>S.B.S-H.P</p>	<p>Manque de Hardiesse ← +</p> <p>E.Prof ← +</p> <p>Manque de Hardiesse ← +</p> <p>coping centré sur les émotions ← +</p> <p>E.Prof ← +</p> <p>Hardiesse ← +</p> <p>support social ← +</p> <p>pas de relation significative entre les stratégies centrées</p>

				<p>sur le problèmes, la hardiesse et l'épuisement professionnel</p> <p>Les trois variables expliquent 44 % de la variance de l'E.P dont 24 % est attribuable au soutien social et 7% à la hardiesse</p> <p>(Tests de Pearson et analyses multivariées)</p>
Wright, Blache, Ralph et Luterman (1992)	31 I.D.E américaines de soins intensifs	<p>Hardiesse</p> <p>Perception des stresseurs</p> <p>Epuisement professionnel</p>	<p>Hardiness Scale (3eme génération)</p> <p>N.S.S</p> <p>Tedium Scale</p>	<p>Perception des stresseurs ← +</p> <p>E. Prof ← +</p> <p>Hardiesse ← -</p> <p>E.Prof ← -</p> <p>Hardiesse ← -</p> <p>Perception des stresseurs ← -</p> <p>(Tests de Pearson)</p>
Savignac (1993)	86 I.D.E québécoises en soins de longues durées	<p>Hardiesse</p> <p>Bien-être psychologique</p>	<p>L'échelle des points de vue personnel</p> <p>Echelle Votre bien-être issue de l'enquête santé Quebec (1987)</p>	<p>Sens de l'engagement + bien-être</p> <p>Sens de la maîtrise + bien-être</p> <p>Sens du défi + bien-être</p> <p>Hardiesse + bien-être</p> <p>(Tests de Pearson)</p>
Morisette (1993)	243 I.D.E québécoise de soins intensifs	<p>Hardiesse</p> <p>Epuisement professionnel</p>	<p>Echelle des points de vue personnel</p> <p>S.B.S-H.P en traduction française</p>	<p>Hardiesse ← -</p> <p>E.Prof ← -</p> <p>54 % de la variance de l'E.P est expliquée par quatre variable dont deux dimensions de la hardiesse</p> <p>(Tests de Pearson et analyses multivariées)</p>

<p>Van Servellen, topf et leak (1994)</p>	<p>237 I.D.E américaines</p>	<p>Hardiesse Epuisement émotionnel Stress au travail Etat de santé</p>	<p>Hardiness scale (3eme génération) sous echelle du M.B.I Lyons tension index (Lyons, 1971) Brief Symptoms index (Derogatis et Spencer, 1982)</p>	<p>Stress au travail ← + pbs de santé ← E.emotionnel ← Hardiesse ← pbs de santé ← (Tests de Pearson)</p>
<p>Paquette (1994)</p>	<p>135 I.D.E québécoises en sidéologie</p>	<p>Stresseurs au travail en sidéologie Hardiesse Epuisement professionnel</p>	<p>Aids Impact Scale (Bennett, Kelacher et Ross, 1991) en traduction française L'échelle des points de vue personnel EEEP-SP</p>	<p>Hardiesse ← E.prof ← Sens de l'engagement, de la maîtrise ← E.prof ← Pas de lien statistique entre les stresseurs en sidéologie et l'épuisement professionnel (Tests de Pearson)</p>
<p>Major (1995)</p>	<p>125 I.D.E québécoises nouvellement diplômées</p>	<p>Hardiesse Epuisement professionnel</p>	<p>Echelle des points de vue personnel M.B.I</p>	<p>Hardiesse ← E.prof ← Les différentes dimensions de la hardiesse sont reliées de façon significative et négative avec l'épuisement professionnel (Tests de Pearson)</p>
<p>Harrison (1995)</p>	<p>150 I.D.E québécoises en médecine chirurgie</p>	<p>Hardiesse Stresseurs au travail Bien-être</p>	<p>Echelle des points de vue personnel N.S.S en traduction française Echelle Votre bien-être tirée de l'enquête santé Québec (1987)</p>	<p>Perception des stresseurs ← bien-être ← Hardiesse ← La hardiesse explique 25.5% de la variance de la perception des stresseurs et 38% de la variance du bien-être psychologique (Tests de Pearson et analyses multivariées)</p>

<p>Duquette, Kérouac Sandhu et Saulnier (1995)</p>	<p>1990 I.D.E québécoises de gériatrie</p> <p>Il y a eu trois temps de mesure</p>	<p>Stresseurs occupationnel</p> <p>Hardiesse</p> <p>Soutien social</p> <p>Stratégies d'adaptation</p> <p>Epuisement professionnel</p> <p>Détresse émotionnelle</p>	<p>N.S.S en traduction française</p> <p>L'échelle des points de vue personnel</p> <p>Dimension relationnelle au travail</p> <p>Indice de réaction de coping – formeB-adultes</p> <p>SBS-HP</p> <p>Divers problèmes personnels (Santé Québec, 1987)</p>	 <p>Ces relations ont été retrouvées au trois temps de mesure.</p> <p>L'ensemble des variables expliquent 50% de l'E.P dont 21% sont attribuables au stresseurs et 11, 5 % sont attribuables à la hardiesse.</p> <p>L'analyse structurale montre que la hardiesse et l'E.P sont liés (CES = - 0.354) de même que la hardiesse et la détresse émotionnelle (CES = -0.272)</p> <p>(Tests de Pearson ,analyses multivariées et structurales)</p>
--	---	--	--	--

Sortet et Banks (1996)	126 I.D.E américaines	Hardiesse Stress au travail Santé	Hardiness Scale (3eme génération) M.B.I Survey Instruments (Jones, Harel et Levinson, 1992) Pender (Franckstromborg, Pender, Walker et Sechrist, 1990)	<p>E.emotionnel ← -</p> <p>Dépersonnalisation ← -</p> <p>Hardiesse ← +</p> <p>Accomplissement personnel ← +</p> <p>Hardiesse ← +</p> <p>conduite de santé ← +</p> <p>résultats positifs de santé ← +</p> <p>La hardiesse explique 26 % de l'E.P (11 % pour la dimension de la dépersonnalisation et 20% pour l'accomplissement personnel)</p> <p>(tests de Pearson et analyses multivariées)</p>
Collins (1996)	113 I.D.E américaines	Hardiesse Epuisement professionnel Perception des stressseurs	Hardiness Scale (3 ^{ème} génération) Tedium Measure (Pines et Maslach) N.S.S (Gray-Toft et Anderson)	<p>Perception des stressseurs ← +</p> <p>E.P ← -</p> <p>Hardiesse ← -</p> <p>perception des stressseurs des infirmières de nuit ← +</p> <p>Hardiesse ← -</p> <p>Perception des stressseurs des infirmières de jours ← -</p> <p>(Tests de Pearson)</p>
Delmas, cloutié, Pronost (1997)	170 I.D.E francaises de soins intensifs	Hardiesse Epuisement professionnel Perception des stressseurs	Echelle des points de vue personnel M.B.I. en traduction française N.S.S en traduction française	<p>E.prof ← -</p> <p>Hardiesse ← -</p> <p>Perception des stressseurs ← -</p> <p>E.prof ← +</p> <p>(Tests de Pearson)</p>

Simoni et Paterson (1997)	440 I.D.E américaines	Hardiesse Stratégies de coping Epuisement professionnel	Hardiness Measure (2eme génération) Coping taxonomy (Pines et Kaffry, 1982) Tedium Measure (Pines et Kaffry, 1982)	Les infirmières qui développent des stratégies de coping actives ont un niveau de hardiesse plus élevé que les infirmières qui utilisent des stratégies de coping inactives ($t= 2.57, p<0.001$) (Tests de Student)
Harrison (1997)	300 I.D.E auxiliaires québécoises	Hardiesse Soutien Social Déresse psychologique	Echelle des points de vue personnel La dimension relationnelle au travail Indice de déresse psychologique de santé Québec (Préville, Boyer, Perrault et Légaré, 1987)	<p>Déresse psychologique Hardiesse Soutien social Déresse émotionnelle</p> <p>La hardiesse explique 19,5 % de la déresse émotionnelle</p> <p>(Tests de Pearson et analyses multivariées)</p>

Abréviations utilisées

I.D.E. : Infirmières diplômées d'état

M.B.I : Maslach Burnout Inventory

S.B.S-H.P : Staff Burnout Scale for Health Professionals

N.S.S : Nursing Stress Scale

E.P : épuisement professionnel

CES : coefficient d'équation structural

Renseignements complémentaires

La première génération d'échelle de hardiesse était composée de cinq sous échelle qui mesuraient le concept de façon négative (manque de hardiesse)

La deuxième génération d'échelle était composée d'échelles plus courtes élaborées à partir des échelles de la première génération. Elles mesuraient le concept toujours de façon négative

La troisième génération d'échelle comportait des items à la fois positifs et négatifs (présence de hardiesse).

Appendice B

Echelle des Points de Vue Personnels

Cette échelle a été enlevée après présentation au jury

Appendice C

Echelle des stratégies de coping

Cette échelle a été enlevée après présentation au jury

Appendice D

Echelle de la qualité de vie au travail

Cette échelle a été enlevée après présentation au jury

Appendice E

Résultats psychométriques des différentes dimensions de la qualité de vie au travail

Coefficient alpha de Cronbach des différentes dimensions de la qualité de vie au travail

Variables	Coefficient alpha de Cronbach
Facette A	
- Expressif	0.58
- Adaptatif	0.73
- Integratif	0.71
- Conservateur	0.72
Facette B	
- psychologique	0.83
- physique	0.58
- social	0.74
- culturel	0.87

Appendice F

Questionnaire sociodémographique

Informations aux participants

Chère collègue infirmière et cher collègue infirmier

Je sollicite votre collaboration pour une étude qui s'inscrit dans une formation de maîtrise en sciences infirmières, à l'Université de Montréal (Canada), sous la direction du Professeur André Duquette.

Le but de cette étude est d'étudier des facteurs liés à la qualité de vie au travail.

J'ai obtenu de Madame Françoise Aramon, Directrice du Service des Soins Infirmiers des Hôpitaux de Toulouse, l'autorisation de vous contacter.

Votre contribution sera de répondre au questionnaire ci-inclus. Votre collaboration est entièrement volontaire et exige au maximum une demi-heure de votre temps. Il est recommandé de répondre de façon individuelle et dans un endroit calme. Le temps pour répondre est fixé à trois semaines, à partir de la réception.

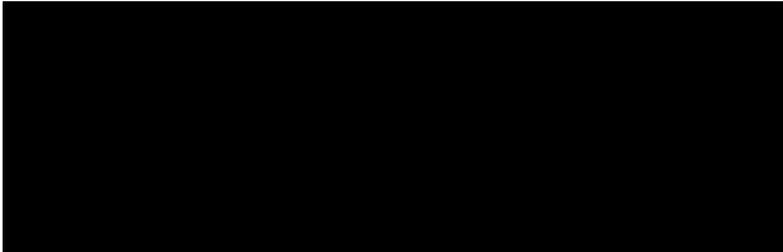
La lettre apposée sur le questionnaire vise à préciser l'unité de provenance, et cela dans le but de faciliter le traitement informatique des données. Les réponses à ce questionnaire seront codifiées et aucun répondant ne pourra à aucun moment, être identifié par un tiers.

Une fois complété, vous faites parvenir le questionnaire, dans une enveloppe de courrier interne cachetée, à Madame Simonne Delon, cadre supérieur infirmier de la Direction du Service Infirmier de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

En guise de rappel, une lettre sera envoyée et elle précisera la date buttoir.

Comme cette recherche tente de mieux comprendre les facteurs qui sont liés à la qualité de vie au travail, les résultats, dès que disponibles, pourront être consultés à la Direction du Service Infirmier de Toulouse.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration.



André Duquette, Professeur titulaire
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Marguerite d'Youville
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, Qué. H3C 3J7
Courrier électronique: 

Lettre de rappel aux infirmières de réanimation

Chère collègue infirmière et cher collègue infirmier

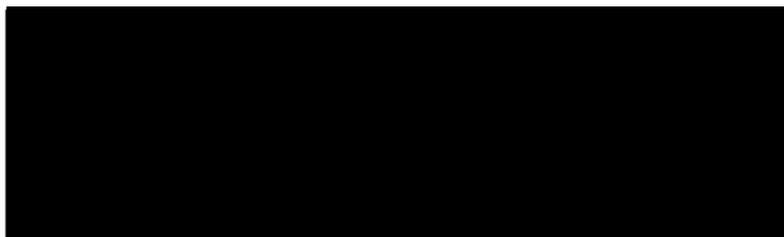
Cette lettre vous rappelle la date buttoir du questionnaire que vous avez reçus. En effet le délai de réponse avait été fixé à trois semaines et expire le 28/05/99.

Je vous rappelle que votre collaboration est entièrement volontaire et exige au maximum une demi-heure de votre temps. Il est recommandé de répondre de façon individuelle et dans un endroit calme.

La lettre apposée sur le questionnaire vise à préciser l'unité de provenance, et cela dans le but de faciliter le traitement informatique des données. Les réponses à ce questionnaire seront codifiées et aucun répondant ne pourra à aucun moment, être identifié par un tiers.

Une fois complété, vous faites parvenir le questionnaire, dans une enveloppe de courrier interne cachetée, à Madame Simone Delon, cadre supérieur. infirmier de la Direction du Service Infirmier de l'Hôtel-Dieu de Toulouse

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration.



André Duquette, Professeur titulaire
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Marguerite d'Youville
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, Qué. H3C 3J7
Courrier électronique: 

QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE

Vous pouvez répondre franchement à toutes les questions car ce questionnaire ne sera lu que par l'enquêteur

1. Quel est votre état civil ? (cochez la case correspondante)

- marié(e)
- union libre
- divorcé(e)
- veuf ou veuve
- célibataire

2. Quel est votre sexe ?

- femme
- homme

3. Quel est votre âge

----- ans

4. Combien d'enfant(s) avez-vous à la maison

----- enfant(s)

5. Avez-vous d'autres personnes à charge que vos enfants ? (cochez la case correspondante)

- oui
- non

6. Quel est votre statut d'emploi ? (cochez la case correspondante)

- titulaire
- stagiaire
- auxiliaire

7. Travaillez-vous à plein temps (cochez la case correspondante)

- oui

- non

8. Travaillez-vous à temps partiel (cochez la case correspondante)

- oui

- non

9. Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière ?

----- années

10. Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière en réanimation ?

----- années

11. Sur quel quart travaillez-vous ? (cochez la case correspondante)

- matin

- soir

- nuit

- rotation

Appendice G
Lettres d'autorisation

Jacqueline E. Greaves
Graduate School and University Center
City University of New York
33 West 42nd, street,
New York, NY 10036.8099

le 23 fevrier 1999

Dear Mrs Greaves.

I am a graduate student at the Faculty of Nursing at the University of Montreal. For my master degree I am interested in examining the relationship between hardiness, coping strategy and quality of work life for the nurses that are working in intensive care units in France. I plan to distribute 100 questionnaires to nurses, randomly chosen for the study. Beginning the research as soon as possible would facilitate my projet which is to be supervised by André Duquette Ph.D

Therefore I am requesting the permission to use the 50 items Personal Views Scales, the third generation of an instrument developed by Dr Suzanne Ouellette Kobasa and translated in french by Kérouac & Duquette in 1992. I would appreciate your collaboration in granting me permission for its re-use.

Thanking you for your cooperation

Yours truly

Philippe Delmas
5993 Molson
Montreal, Quebec
H1Y 3C1 Canada
Tel. [REDACTED]

Dov Elizur
Bar-Ilan University
Department of Psychology
52100 Ramat Gan
Israel

23 février 1999

Dear Mr Elizur

I am a graduate student at the Faculty of Nursing at the University of Montreal. For my master degree I am interested in examining the relationship between hardiness, coping strategy and quality of work life for the nurses that are working in intensive care units in France. I plan to distribute 100 questionnaires to nurses, randomly chosen for the study. Beginning the research as soon as possible would facilitate my projet which is supervised by Professor André Duquette Ph.D

I hope to translate your scale Quality of Work Life Items with the help of Dr Duquette. A validation test will be done and it will be a real pleasure to send you back the french version and the results of the validation test. Would you accept to give me the permission to use your scale Quality of Work Life Items

Thanking you for your cooperation

Yours truly

Philippe Delmas
5993 Molson
Montreal, Quebec
H1Y 3C1 Canada
Tel. [REDACTED]

You may use the questionnaire, and I would like to see the translation and the results.

Be careful with the translation, the best is to have someone translate and someone else translate back.

Do you have a fax address to send you the questionnaire? you need to have the original for translation.

*=====

=====*

Prof. Dov Elizur, Graduate School of Business
Bar-Ilan University, Ramat-Gan, 52900, Israel.

Phone: Office: 972-3-531-8912, Home: 972-2-534-2506

On Sun, 14 Mar 1999, Philippe Delmas wrote:

- > I had send you a letter (february the 23) in which I ask your autorisation
- > to translate your scale entitled "Quality of Work Life" but I have received
- > non response. I am a graduate student at the faculty of Nursing at the
- > University of Montreal. For my master degree I am interested in examining
- > the relationship between hardiness, coping strategy and quality of work
- > life for the nurses that are working in intensive care units in France.
- > Your accord is necessary to continue my research. If you allow me to
- > translate your scale to continue my research, I am very interested in your
- > validity and reliability test for this scale. You say that the six answers
- > categories for your scale are ranging from `` a very great `` to `` a very
- > small ``. I would like to have some more explanations on each of the six
- > categorie to be able to use your scale in the same spirit that you did.
- >
- > Thanking you for your cooperation
- >
- >
- > Yours truly
- >
- > Philippe Delmas
- > 5993 Molson
- > Montreal, Quebec
- > H1Y 3C1 Canada
- > Tel. [REDACTED]



Thank you for sending the translation. Since my French is very partial I have to rely on your, and your supervisors judgement.

Wishing you success, and looking forward to see your results,

Dov Elizur

--

Prof. Dov Elizur

Business School, Bar Ilan University

Ramat Gan, Israel

Geneviève Bouchard, Ph.D.
Professeure adjointe
Département de psychologie
Université de Moncton
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1A 3E9
Téléphone: (506) 858-4171

Le 10/03/99

Madame,

Suite à notre entretien téléphonique, je sollicite votre autorisation afin d'utiliser votre échelle de mesure des stratégies de coping dans mon projet de recherche afin d'obtenir le grade de maître en sciences infirmiers. Le but de ma recherche est d'étudier les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail des infirmières de réanimation du centre hospitalier régional de Toulouse (France). Le directeur qui me supervise est le professeur Duquette de la faculté des sciences infirmières de Montréal. L'échantillon retenu se compose de 200 infirmières œuvrant dans les services de réanimation.

En espérant une réponse favorable de votre part, veuillez agréer madame mes sincères salutations

Philippe Delmas
5993 Molson
Montreal, Quebec
H1Y 3C1 Canada
Tel. [REDACTED]



Moncton, le 22 mars 1999

Monsieur Philippe Delmas
Étudiant à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

5993 Molson
Montréal (Québec)
H1Y 3C1

Monsieur,

Par la présente, j'autorise Monsieur Philippe Delmas à utiliser pour son projet de maîtrise, la version révisée francophone de l'instrument Ways of Coping Questionnaire, tel que publiée dans la Revue Canadienne des Sciences du Comportement (1995, volume 27, numéro 3).

En vous souhaitant du succès dans vos travaux, je vous prie d'agréer mes salutations les meilleures.



Geneviève Bouchard, Ph.D.
Professeure
Département de psychologie
Université de Moncton
Moncton, Nouveau-Brunswick
E1A 3E9
Tél.: (506) 858-4171



MONSIEUR DELMAS PHILIPPE
5993 MOLSON
MONTREAL- QUEBEC
H1Y3CI

10/03/99

A MADAME ARAMON

Madame,

Je sollicite votre autorisation afin d'implanter une recherche en sciences infirmières pour obtenir le grade de maître en sciences infirmières de la faculté des sciences infirmières de Montréal. Le but de cette étude est de regarder les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie des infirmières de réanimation du CHU de Toulouse.

Le recueil de données se déroulerait à partir de la dernière semaine d'avril et s'échelonne sur quinze jours. Les services concernés par cette recherche sont bien sur les services de réanimation.

Dans le cas d'un accord positif de votre part, je vous solliciterai afin que les services ou s'effectueraient les recueils soient préparés. A cet effet, je vous ferai parvenir par courrier électronique les lettres explicatives aux différents cadres des unités concernés.

De plus, l'échelle de qualité de vie au travail est adaptée par mes soins en langue française et aura besoin d'un prétest sur une unité de réanimation afin d'effectuer des tests statistiques de fidélité et ceci avant mon arrivée en France. A cet effet, je vous ferai parvenir les dix exemplaires à remettre aux infirmières de réanimation.

J'espère que mon courrier recevra un accord favorable et permettra ainsi de faire avancer les sciences infirmières dans le domaine des déterminants psychosociaux de la santé des infirmières au travail.

En restant à votre entière disposition pour d'éventuels renseignements, je vous présente Madame mes sentiments les plus dévoués.

Monsieur,

Dans un récent courrier vous sollicitez mon autorisation afin que le CHU de Toulouse et plus particulièrement les unités de réanimation, soient le terrain de votre recherche concernant les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie des infirmières.

J'ai le plaisir de vous informer que j'émetts un avis favorable à votre demande dont les résultats m'intéressent particulièrement.

Sur un plan pratique, afin d'évaluer correctement la population concernée, il conviendrait de définir les secteurs de réanimation :

Sont classés réanimation de **classe 1**, les secteurs suivants :

- * BRR
- * réanimation infantile
- * réanimations spécialisées:
 - néphrologie
 - pneumologie
 - chirurgie thoracique
 - neurochirurgie
 - chirurgie cardio vasculaire
 - grands brûlés.

Dans l'attente, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes meilleures salutations.

F.ARAGON (13/03/99)

Appendice H
Certificat d'éthique

ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE PORTANT SUR LES ÊTRES HUMAINS
COMITÉ MULTIFACULTAIRE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CMESS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : « Relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation. »

Sous la direction de : André Duquette

À la réunion du comité ad hoc du 31 mai 1999, les membres du CMESS réunis pour l'étude de ce dossier étaient : la présidente du comité et la représentante des étudiants.

Les modifications apportées par la suite à ce projet ont été jugées conformes aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Ce certificat est émis pour la période du : 25 août 1999 au 31 décembre 1999.



Claude Giasson, O.D. Ph.D.
Président par intérim (CMESS)
Pavillon Marguerite-D'Youville
Tél. : 
CG/lg

Le 25 août 1999