

Université de Montréal

Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse,  
le stress occupationnel et la détresse psychologique  
d'infirmières de médecine et chirurgie

par

Esther Leclerc

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

Août 1999

©Esther Leclerc, 1999





Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress  
occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières  
de médecine et chirurgie

présenté par:

Esther Leclerc

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Mme Sylvie Robichaud Ekstrand	Présidente rapporteur
M. André Duquette	Directeur
Mme Valérie Shannon	Membre du jury

Mémoire accepté le : 26 octobre 1999

## Sommaire

Nombre d'études montrent que les infirmières vivent beaucoup de stress et que plusieurs d'entre elles éprouvent des problèmes d'adaptation et de santé mentale au travail. L'originalité de cette étude consiste à élaborer un programme de renforcement des ressources personnelles chez des infirmières de médecine et chirurgie et d'en vérifier l'effet. En fait, cette étude, de type quasi- expérimental, vise à évaluer l'effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur le niveau de hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières en médecine-chirurgie. Prenant appui sur le cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984), trois hypothèses ont été retenues en vue de vérifier l'effet de ce programme. Quarante infirmières, âgées entre 25 et 51 ans, ont été réparties en deux groupes : un groupe expérimental qui recevait un programme de renforcement de la hardiesse pendant cinq semaines consécutives à raison d'une heure par semaine et un groupe témoin qui ne recevait aucune intervention.

Deux temps de mesure ont été réalisés soit une semaine avant le début du programme et une semaine après la fin du programme. Les instruments de mesure utilisés furent le *Hardiness Scale* (Kobasa, 1990), le *Nursing Stress Scale* (Gray-Toft & Andersen, 1981a) et l'indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec – IDPESQ-14 (Bellerose, Lavallée, Chénard et Levasseur, 1993).

Les tests d'homogénéité montrent que les deux groupes étaient équivalents en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, les variables dépendantes et

les variables de contrôle au premier temps de mesure. Les analyses de covariance à mesure répétées démontrent que les sujets du groupe expérimental ont vu leur niveau de hardiesse augmenté ( $p < 0,05$ ), ont perçu de façon moins intense le stress occupationnel ( $p < 0,05$ ), et ont ressenti moins de détresse psychologique ( $p < 0,05$ ).

L'auteure conclut que le niveau de hardiesse des infirmières en médecine et chirurgie peut être augmenté par un programme structuré d'intervention. De plus, ceci semble avoir un effet positif et significatif sur la perception du stress occupationnel et la détresse psychologique. Finalement, l'auteure considère que l'utilisation d'un programme de renforcement de la hardiesse, avec les modifications suggérées, peut contribuer à diminuer la sensation de tension vécue par les infirmières en regard de leur travail et ainsi promouvoir leur santé mentale.

Suite aux résultats positifs et significatifs de cette étude, l'auteure recommande que ce programme, après modifications, soit offert à d'autres catégories de personnel comme les chefs d'unités, les infirmières auxiliaires. Ce programme pourrait aussi être initié au cours de la période d'orientation de nouvelles diplômées.

D'autres recherches pourraient être menées en tenant compte d'un choix aléatoire des sujets, d'un groupe à l'aveugle ou d'un devis longitudinal. Le soutien par les pairs tout comme le niveau d'apprentissage facilité par le groupe sont deux variables qui pourraient aussi être évaluées dans des recherches ultérieures. L'application de ce programme dans un contexte moins turbulent pourrait aussi représenter une piste de recherche intéressante pour déterminer un moment propice à l'intervention.

## Table des matières

Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures.....	ix
Chapitre 1 : Problématique.....	1
But de la recherche .....	12
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	13
Cadres conceptuel et théorique.....	14
Fondements conceptuels de la hardiesse .....	15
Fondements empiriques de la hardiesse .....	17
Fondements empiriques du cadre théorique .....	25
Cadre théorique.....	29
Questionnements relatifs à la hardiesse.....	32
Études corrélationnelles et d'interventions .....	34
Études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressés en soins infirmiers .....	34
Études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel.....	36
Études corrélationnelles entre la hardiesse et le bien-être psychologique.....	37
Études corrélationnelles entre la hardiesse et la détresse psychologique.....	38
Études d'interventions relatives à la hardiesse .....	39
Hypothèses de la recherche .....	48

Chapitre 3 : Méthode.....	49
Devis de recherche.....	50
Population et échantillon.....	50
Déroulement de l'étude.....	51
Définition opérationnelle des variables.....	54
Instruments de mesure.....	61
Plan d'analyse des données.....	67
Considérations éthiques.....	68
Chapitre 4 : Résultats.....	70
Caractéristiques de l'échantillon et homogénéité des groupes.....	71
Vérification des hypothèses.....	75
Première hypothèse.....	76
Deuxième hypothèse.....	77
Troisième hypothèse.....	78
Analyses complémentaires.....	79
Chapitre 5 : Interprétation des résultats.....	85
Authenticité des résultats.....	86
Discussion des résultats pour chacune des hypothèses.....	90
Contribution théorique.....	92
Recommandations pour la pratique et la recherche en sciences infirmières.....	94
Conclusion.....	97

Références	.....	100
Appendices		
A	Tableau synthèse des études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressseurs en soins infirmiers.....	xi
B	Tableau synthèse des études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel en soins infirmiers.....	xiii
C	Certificat d'éthique .....	xvi
D	Affiche pour l'appel de candidats .....	xviii
E	Feuillets de renseignements – formule de consentement .....	xx
F	Évaluation qualitative du programme de renforcement de la hardiesse .....	xxv
G	Lettre de rappel .....	xxxi
H	Programme de renforcement de la hardiesse.....	xxxiii
I	Questionnaire sur les renseignements généraux.....	lxvi
J	Questionnaire sur la hardiesse.....	lxx
K	Questionnaire sur le stress occupationnel en soins infirmiers .....	lxxvi
L	Questionnaire sur la détresse psychologique.....	lxxxii
M	Lettres d'autorisation des auteurs .....	lxxxiii

## Liste des tableaux

Tableau 1 :	Postulats de la théorie existentielle représentant les fondements conceptuels de la hardiesse .....	18
Tableau 2 :	Outils pour mesurer les caractéristiques de la personnalité .....	22
Tableau 3 :	Stresseurs en soins infirmiers .....	35
Tableau 4 :	Thèmes des sessions de renforcement de la hardiesse .....	41
Tableau 5 :	Résultats d'une étude quasi expérimentale sur la hardiesse (Maddi, 1987) .....	45
Tableau 6 :	Programme de renforcement de la hardiesse .....	58
Tableau 7 :	Validité de l'Échelle des points de vue personnels .....	62
Tableau 8 :	Validité de l'Échelle des stresseurs en soins infirmiers .....	65
Tableau 9 :	Distribution des sujets selon les caractéristiques socio-démographiques .....	72
Tableau 10 :	Distribution des sujets selon les variables de contrôle .....	74
Tableau 11 :	Coefficient de corrélation entre la hardiesse, l'intensité des stresseurs et la détresse psychologique .....	75
Tableau 12 :	Niveau de hardiesse en pré et post programme de renforcement de la hardiesse .....	77
Tableau 13 :	Intensité du stress occupationnel en pré et post programme de renforcement de la hardiesse .....	78
Tableau 14 :	Indice de détresse psychologique en pré et post programme de renforcement de la hardiesse .....	79
Tableau 15 :	Évaluation des objectifs du programme .....	81

**Liste des figures**

Figure 1 :	Cadre théorique de Kobasa et Maddi.....	30
------------	---	----

## Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur André Duquette, Ph.D, qui a su deviner les moments où les mots d'encouragement étaient nécessaires et ceux où il fallait calmer un enthousiasme trop débordant. Merci aussi pour avoir su guider avec respect, rigueur et compétence les différentes étapes de ce projet.

L'auteure tient aussi à remercier la direction des soins infirmiers et principalement Mme Brigitte Beaulieu, qui s'est assurée que le programme de renforcement de la hardiesse soit considéré comme de la formation en cours d'emploi. Sans cette aide précieuse, il aurait été extrêmement difficile de réunir le nombre suffisant d'infirmières pour réaliser ce projet.

Finalement, l'auteure tient à remercier les hommes de sa vie, Pierre, Jean-Philippe et Pierre-Michel, qui ont vu, surtout pendant les deux dernières années, les activités familiales diminuées et qui ont su s'en accommoder avec patience.

## **Chapitre 1 : Problématique**

De plus en plus, les infirmières se disent fatiguées, tendues et épuisées. Les soins aux patients dans tous les milieux de soins sont plus intenses et complexes. Les situations inhérentes à la prestation des soins infirmiers peuvent entraîner des difficultés, des frustrations, voir des agressions, pouvant menacer la santé des infirmières (Duquette, Kérouac et Beudet, 1993). Comment les infirmières pourront-elles faire face aux besoins de la population du Québec tout en préservant leur santé mentale ? Le stress en soins infirmiers a été étudié depuis près de vingt ans. En effet, Gray-Toft et Anderson (1981b), dans une étude menée auprès de 122 infirmières, ont identifié plusieurs stressseurs occupationnels dont les plus importants sont la charge de travail, la mort et la morbidité des personnes soignées, la préparation insuffisante de l'infirmière pour faire face aux demandes émotionnelles des patients, le manque d'appui en milieu de travail, l'incertitude face aux traitements des personnes soignées, les conflits avec les médecins et les conflits intraprofessionnels. La présente étude s'intéresse plus précisément à une intervention qui vise à augmenter une des ressources personnelles des infirmières (la hardiesse) et à évaluer son impact sur la perception du stress et de la détresse psychologique.

La profession d'infirmière constitue un type d'emploi très à risque de problèmes de santé. En effet, les emplois qui impliquent une relation d'aide et qui s'accompagnent de confrontation quotidienne avec la souffrance humaine, la proximité de la mort et de nombreux événements imprévisibles génèrent une fréquence élevée de fatigue, des troubles du sommeil, des réactions somatiques diverses ainsi que des symptômes d'anxiété et de dépression (Conseil du Statut de la Femme, 1997). De plus, la grande mouvance, particulièrement dans l'actuel contexte

des services de santé, que vivent tous les milieux de soins génère chez les infirmières de hauts niveaux de stress. Il semble que les stressseurs occupationnels soient toujours présents dans le milieu de travail en soins infirmiers, peu importe que l'on travaille aux soins intensifs, en médecine ou en soins de longue durée (Foxall, Zimmerman, Standley et Bene, 1990). Des observations et commentaires amènent à croire que ces stressseurs se sont accrus de façon très importante depuis le début de la réforme des services de santé au Québec. L'exposition prolongée à ces stressseurs maintient les infirmières en alerte constante, ce qui peut éventuellement devenir une source d'épuisement physique et mental (Duquette, Kérouac, Sandhu et Beaudet, 1994). Déjà reconnus dans plusieurs études comme deux des stressseurs les plus menaçants pour la santé, la charge de travail et le manque de soutien au travail sont probablement ceux qui se sont le plus accentués au cours de l'actuelle transformation du réseau de la santé.

À cela s'ajoute l'intensification des soins dans les établissements de soins de courte durée. L'intensification se traduit par une augmentation d'heures soins par personne soignée. Celle-ci est en grande partie reliée à la diminution moyenne de la durée de séjour, à l'utilisation accrue de la haute technologie et au vieillissement de la population souffrant de multipathologie. Plusieurs reconnaissent que cette intensification des soins contribue à accroître la charge de travail des infirmières (OIIQ, 1998a; Shamian, 1994; Shamian, 1997). Par exemple, au Québec, la durée moyenne de séjour des personnes soignées est passé de 8,7 à 5,6 jours entre 1990 et 1996. En ce qui concerne la charge de travail, les présidentes de Conseil des Infirmières et Infirmiers du Québec confirment, dans une proportion de 60%, que la

complexité des soins a augmenté (OIIQ, 1995). Plus récemment, une enquête auprès de plus de 1 500 infirmières de la région de Québec révélait que 85% d'entre elles considéraient avoir plus de travail aujourd'hui qu'avant la réforme (Bourbonnais et al., 1998).

Le soutien au travail, principalement celui accordé par les supérieurs immédiats, a été modifié à la baisse de façon très importante. En effet, la réforme a eu pour conséquence, à l'échelle provinciale, d'abaisser de 18,7% les postes d'encadrement en soins infirmiers (OIIQ, 1998a). Dans la seule région de Québec, ce soutien social a diminué de 66% (Bourbonnais et al., 1998). Par exemple au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), au moment d'une restructuration importante à l'automne 1997, l'encadrement en soins infirmiers a été réduit de 37,6%.

Les fusions d'établissements et le virage ambulatoire ont également généré une augmentation de l'intensité des soins aussi bien en milieu hospitalier, en CLSC que dans les centres d'hébergement. En effet, la réorganisation des services de santé et les restrictions budgétaires inhérentes à la réforme de la santé ont modifié de façon importante les lieux et les processus de soins. Ainsi la diminution du nombre des lits disponibles, étant passée de 4,5/1000 habitants en 1992 à 2,5/ 1000 habitants en 1997 (OIIQ, 1998a), a obligé les infirmières à faire face à des situations pour lesquelles la fréquence et la diversité des décisions cliniques ne cessent de croître.

Le CHUM n'échappe pas à cette complexification des soins (Conseil des infirmières et infirmiers, 1997). Non seulement l'infirmière doit dispenser des soins

plus complexes sur une période de plus en plus courte, mais elle doit aussi le faire avec moins de ressources et avec moins d'appui des infirmières d'expérience. À l'échelle provinciale, la transformation du réseau, avec ses fermetures de lits, ses fusions d'hôpitaux et ses programmes intensifs de mise à la retraite, a eu de nombreuses conséquences sur le personnel infirmier: le déplacement de 9 000 infirmières soignantes, le départ à la retraite de 3 200 infirmières soignantes et l'abolition de 600 postes d'infirmières gestionnaires en soins (OIIQ, 1998a).

Au CHUM, plus de 460 infirmières expérimentées ont quitté leur emploi. Ces infirmières travaillaient, pour la plupart, dans des secteurs de soins critiques. Malgré tous les efforts de recrutement, ces départs massifs ne sont pas encore tous compensés et ceci amplifie de façon fort importante le stress sur le personnel en place. De plus, les infirmières du CHUM, suite à la fusion des trois hôpitaux, doivent prodiguer des soins de qualité et sécuritaires dans un contexte rempli d'incertitude et d'ambiguïté. En effet, plusieurs se questionnent face à la restructuration des services et au déplacement des clientèles.

La transformation du système de santé n'étant pas encore terminée et bien que la situation actuelle soit constituée de stressseurs occupationnels beaucoup plus importants qu'avant la réforme, plusieurs auteurs sont d'avis qu'une intensification des stressseurs occupationnels est encore possible et même probable (Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais, Comeau, Dion, Vézina, Bernard et Mondor, 1997; Duquette, Kérouac et Beaudet, 1992; Duquette et al., 1993; Duquette et al., 1994; Harrisson, 1995; Harrisson, 1997; Major, 1995).

Quels sont les impacts de la présence et de l'augmentation constante de ces stressseurs occupationnels sur la profession et sur la santé mentale des infirmières? Déjà en 1988, une étude menée auprès de 283 infirmières américaines révélait que 60% d'entre elles avaient l'intention de quitter la profession. Cette intention était en lien avec le stress perçu par les infirmières ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,001$ ). Les infirmières percevant moins de stress manifestaient moins le désir de quitter la profession (Fimian, Fastelneau et Thomas, 1988). En 1989, une étude menée auprès de 300 infirmières d'Irlande du Nord, confirme que 59% de ces infirmières ont pensé quitter la profession et 64% ont pensé changer de lieu de travail dans la dernière année (McGrath, Boore et Reid, 1989). Plus récemment au Québec, une étude menée pour le Ministère de la santé et des Services sociaux concernant la transformation du réseau, indique que 39% des 1 550 infirmières interrogées réfléchissent à un changement possible de carrière (Bourbonnais et al., 1998).

Outre leur impact sur le désir de quitter la profession, les stressseurs occupationnels sont aussi liés à la présence de l'épuisement professionnel et de la détresse psychologique (Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier, 1995b). Dans une étude menée par Keane, Ducette et Adler (1985) auprès de 96 infirmières d'unités de soins intensifs et de chirurgie, toutes ont reconnu qu'une charge de travail trop lourde était le facteur le plus insatisfaisant. Ce stressseur occupationnel est associé à l'épuisement professionnel. Cependant, dans cette même étude il est ressorti aussi que le niveau d'épuisement professionnel n'était pas relié aux clientèles. Duquette et al. (1992) confirmaient que le type de clientèle n'avait pas d'incidence significative sur

l'épuisement professionnel, mais que la charge de travail ainsi que le manque de soutien du supérieur représentaient deux stressors occupationnels forts significatifs dans le continuum stressors - épuisement professionnel.

Dans ce contexte, la santé mentale des infirmières semble gravement menacée par la réforme actuelle du système de santé. Il est peu étonnant de constater que les infirmières constituent un groupe plus vulnérable aux problèmes de santé mentale que les autres travailleurs de la santé et que la population en général (Dionne-Proulx, 1993; Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier, 1995a). En effet, selon l'Enquête Santé Québec (1987) les femmes auraient un indice de détresse psychologique plus élevé que la population générale et qu'avec les années cette tendance se maintiendrait (Boyer, Prévile, Légaré et Valois, 1993). Mentionnons que la population infirmière au Québec est constituée de 91,6% de femmes (OIIQ, 1998b). Alors qu'en 1987, on évaluait à 23,8% le nombre de femmes avec un niveau élevé de détresse psychologique, ce chiffre était passé à 30,4% (Bellerose, Lavallée, Chénard et Levasseur, 1993) en 1992. Par ailleurs, une étude effectuée auprès d'infirmières du Québec travaillant avec une clientèle gériatrique a montré que l'indice de détresse psychologique de ces infirmières était deux fois plus élevé que celui de la population générale (Duquette et al., 1995a). Selon une enquête effectuée auprès de 2 006 infirmières de la région de Québec œuvrant dans tous les secteurs, 41% de celles-ci rapportaient un niveau élevé de détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1998). Ceci représente une augmentation de 13% en quatre ans. En 1994, 28% des infirmières interrogées rapportaient un niveau de détresse psychologique élevée alors qu'en 1995 ce chiffre était passé à 32%. De plus, Dionne-Proulx (1993), à partir des

fichiers des bénéficiaires de rentes pour invalidité permanente pour troubles mentaux de la Régie des Rentes du Québec (RRQ), a constaté que les rentes versées aux infirmières étaient deux fois plus nombreuses (26,2%) que celles versées à l'ensemble des prestataires de rentes d'invalidité (12,1%) de la RRQ. Cette étude signale aussi que le groupe d'âge en importance pour lequel ces indemnités sont versées aux infirmières est de 44 ans et plus. Il importe de mentionner que la moyenne d'âge des infirmières québécoises est actuellement de 41,7 ans (OIIQ, 1998b). Par ailleurs, plusieurs recherches corrélationnelles, qui seront vues plus en détail au prochain chapitre, montrent également qu'il existe une relation significative entre le stress occupationnel et d'autres indicateurs de santé mentale tels que l'épuisement professionnel et le bien-être psychologique (Duquette et al., 1995a; Harrisson, 1995; Harrisson, 1997; Major, 1995; Morissette, 1993).

Malgré ce contexte plutôt sombre qui menace la santé mentale des infirmières, certaines semblent avoir plus de résistance face à ces stressseurs et font face à ces situations de façon plus sereine que d'autres. Bien que toutes les infirmières travaillent dans un milieu où les stressseurs occupationnels sont omniprésents, toutes ne développent pas de problèmes de santé mentale ou de maladies. D'ailleurs, cet aspect représente l'élément moteur des travaux de Kobasa (Kobasa 1979a; Kobasa, 1982b; Kobasa et Maddi, 1984) qui a observé que, confrontées à la même situation stressante, deux personnes réagiront de façon différente. Cette auteure a donc cherché à savoir pourquoi et c'est ainsi qu'elle a identifié les caractéristiques d'une personne hardie. La hardiesse, telle que présentée par Kobasa et Maddi (1984), représente une ressource psychologique personnelle qui a un effet tampon contre les effets néfastes

du stress. La hardiesse est composée de trois dimensions: le sens de la maîtrise, de l'engagement et du défi. De nombreuses études corrélationnelles ont unanimement démontré que la hardiesse était associée de façon significative à la santé mentale des infirmières (Salyer, 1995; Duquette et al., 1995a). En effet, dotées de hardiesse les infirmières ressentent moins de détresse psychologique (Duquette et al., 1995a; Harrisson, 1997) et plus de bien-être (Harrisson, 1995; Savignac, 1993). Les liens d'association entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel ont également été démontrés à plusieurs reprises (Major, 1995; Rich, 1987; Simoni, 1997) tout comme ceux entre le stress et l'épuisement (Constantini, Solano, Di Napoli et Bosco, 1997; Simoni et Paterson, 1997; Collins, 1996; Duquette et al., 1995a; Major, 1995; Servellen, Topf et Leake, 1994). Par ailleurs, très peu d'études expérimentales ayant comme but d'évaluer des interventions visant à augmenter la hardiesse ont été menées. Aucune n'a été recensée au Québec.

Trois études expérimentales (Kobasa et Maddi, 1984; Rich, 1985; Tierney et Lavelle, 1997), ont porté sur les effets d'un programme d'intervention sur le niveau de hardiesse. Tout d'abord, Kobasa et Maddi (1984) ont dispensé quinze heures de formation, à raison d'une heure par semaine, à des groupes de sept ou huit participants. La formation avait comme principal objectif d'augmenter la hardiesse en travaillant notamment sur les stratégies adaptatives (stratégies de *coping*). Trois temps de mesure (avant la formation, deux et six mois après) ont été effectués et les résultats ont démontré une augmentation de la hardiesse et de la satisfaction au travail chez le groupe recevant la formation comparativement au groupe témoin. Une deuxième étude qui a été menée par Rich (1985) auprès de dix-sept infirmières

gestionnaires. Cette étude, cherchait à savoir s'il était possible d'enseigner la hardiesse à un groupe de gestionnaires en soins infirmiers afin d'augmenter ou de développer leur niveau de hardiesse. La formation était d'une durée de quatre heures. Les résultats indiquent un changement positif et significatif du niveau de hardiesse chez le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. Tierney et Lavelle (1997) ont réalisé une autre étude de type expérimental auprès de 62 infirmières réparties en trois groupes. Les deux premiers groupes recevaient une journée de formation avec des contenus différents et le troisième groupe ne recevait aucune formation. Une formation était axée sur la hardiesse et l'autre sur la gestion du temps. Bien qu'à la fin de la formation sur la hardiesse on notait une augmentation de celle-ci sur les sujets de ce groupe, le niveau de hardiesse était redescendu, six mois après la fin de la formation. Chez les sujets ayant reçu la formation sur la gestion du temps, le niveau de hardiesse est descendu aux deux temps de mesure post-formation. Quant au groupe témoin après six mois, bien qu'il n'y ait pas eu d'intervention, on note une légère augmentation du niveau de hardiesse. Les conclusions de cette étude ne permettent pas d'identifier les raisons de l'augmentation de la hardiesse observée chez le groupe témoin.

Ces études présentent quelques résultats divergents, sans doute en raison d'un manque de contrôle sur les variables exogènes pouvant influencer les résultats. On ne sait pas si les groupes étaient équivalents en prétest et si les changements observés tiennent compte de l'effet combiné du groupe et du temps. Par ailleurs, ces études tendent à montrer qu'il est possible d'intervenir auprès de groupes de personnes pour renforcer leur hardiesse. Bref, l'ensemble des études descriptives, corrélationnelles et

expérimentales sur la hardiesse invitent à poursuivre l'investigation des relations de causalité entre la hardiesse, le stress et la santé mentale. On pourrait même dire que plusieurs des études consultées suggèrent comme prochaine étape de recherche d'élaborer et d'évaluer une intervention visant une augmentation de la hardiesse afin de mieux préserver la santé mentale des infirmières. C'est dans ce contexte que la présente étude se propose d'élaborer et d'évaluer une intervention ayant comme but de renforcer la hardiesse chez des infirmières en médecine et chirurgie. Cette étude quasi expérimentale se distingue des précédentes tout d'abord parce qu'elle est la première de ce genre auprès d'infirmières québécoises. Deuxièmement, l'intervention, de type psychopédagogique, est menée par une infirmière détenant une maîtrise en andragogie. Troisièmement, l'intervention utilise des situations cliniques vécues quotidiennement par les infirmières des secteurs concernés. Quatrièmement, l'intervention est effectuée sur cinq semaines à raison d'une heure par semaine, ce qui diffère de l'intervention de Tierney et Lavelle (1997) qui se déroulait pendant toute une journée.

En augmentant la hardiesse, qui selon la théorie de Kobasa et Maddi (1984), a un effet tampon sur les événements stressants, il est présumé que l'infirmière éprouvera moins de détresse psychologique. Soigner et aider les gens représentent pour la très grande majorité des infirmières la valeur ou la croyance qui les a grandement motivées à exercer cette profession. La santé de la population québécoise passe par la santé mentale et physique des intervenants qui œuvrent auprès d'elle (Duquette et al., 1992). D'ailleurs Watson (1988a, 1988b, 1989) dans sa théorie sur le *Caring*, précise qu'un soignant ne peut prendre soin de l'autre s'il ne prend pas soin de

lui. Idéalement le milieu de soins devrait permettre aux infirmières de garder contact avec elles-mêmes, malgré les transformations et le stress, afin d'être mieux outillées et de développer des stratégies aidantes pour faire face aux nombreux événements stressants et, de par le fait même, préserver leur santé mentale, tout en continuant à dispenser des soins humains et de qualité empreints de sollicitude.

### **But de la recherche**

Le but de la recherche est donc d'évaluer l'effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur le niveau de hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique chez des infirmières de médecine et chirurgie.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Ce chapitre contient une présentation sommaire du cadre conceptuel en soins infirmiers utilisé dans cette étude ainsi qu'une description détaillée du cadre théorique sur lequel cette recherche s'appuie. Par la suite, une synthèse des études empiriques sur les variables à l'étude soit la hardiesse, les stresseurs en soins infirmiers, la détresse psychologique ainsi que sur les études d'interventions est présentée.

### **Cadres conceptuel et théorique**

Selon Piccinato et Rosenbaum (1997) le cadre conceptuel de Watson (1988a) sur le caring est un cadre de référence pertinent pour explorer le concept de la hardiesse. En effet, tout comme la hardiesse le caring puise sa source dans l'existentialisme. Le cadre conceptuel de Watson (Watson 1988a, 1988b, 1989) précise qu'un soignant ne peut prendre soin de l'autre s'il ne prend pas soin de lui. Les concepts de soin, santé, personne et environnement dans cette étude réfèrent respectivement au programme d'intervention sur la hardiesse, la détresse psychologique, l'infirmière et le stress. Le programme d'intervention représente un soin qui a un impact positif sur une ressource personnelle de l'infirmière (personne), c'est-à-dire, la hardiesse. La hardiesse, par son effet tampon sur les événements stressants, permet à l'infirmière qui travaille dans un environnement où le stress est omniprésent, de poser des actions pour diminuer la tension et ainsi éviter la détresse psychologique. C'est ainsi que l'infirmière hardie pourra intervenir plus humainement auprès des patients et de leurs familles tout en préservant sa santé mentale. L'infirmière pourra donc être en contact avec sa motivation initiale à exercer la profession soit celle de prendre soin. Les lignes qui suivent s'attardent à la

description des aspects conceptuels et aux fondements empiriques et théoriques de la hardiesse.

### **Fondements conceptuels de la hardiesse**

La problématique ou le questionnement qui a agi comme moteur dans les travaux de Kobasa (1979a) tenait au fait que plusieurs personnes soumises aux mêmes événements stressants ne réagissent pas toutes de la même manière. Certaines sont stimulées et en pleine santé, d'autres se sentent menacées et développent des problèmes de santé physique. Bien que le lien entre le stress et la maladie soit bien établi, Kobasa croit que le stress peut aussi stimuler le développement du potentiel de la personne et l'exploitation de nouvelles opportunités offertes par l'environnement. Dans un premier temps, cette chercheuse souhaitait identifier ce qui fait la différence entre ces deux types de personnes, pour ensuite développer des interventions visant à aider les individus les plus démunis face aux événements stressants de la vie.

C'est en 1977 que Kobasa et Maddi, en présentant la théorie existentielle de la personnalité, décrivent les principales caractéristiques d'une personne hardie<sup>1</sup>. La hardiesse se rapporte aux ressources psychiques de la personne et comprend trois dimensions fondées sur un ensemble de croyances soit, le sens de la maîtrise, du défi et de l'engagement. Le sens de la maîtrise s'observe chez une personne qui croit pouvoir influencer ou contrôler les événements de sa vie et qui a le désir d'agir en

---

<sup>1</sup> Le mot hardie est utilisé comme adjectif du nominatif hardiesse. Le mot hardiesse est utilisé comme une traduction du concept anglais "hardiness".

fonction de cette croyance. Le sens de l'engagement correspond au sentiment de la personne à être engagée ou impliquée dans la vie plutôt qu'à celui d'être dépassée par les événements. Le sens du défi s'exprime à travers la croyance que le changement est inhérent au cours normal de la vie et que l'anticipation des changements représente un incitatif à la croissance plutôt qu'une menace à la sécurité.

Contrairement à d'autres théories de la personnalité qui soutiennent que tout est prédéterminé à la naissance (psychanalyse) ou que le comportement humain est conditionné par l'environnement (béhaviorisme), la théorie existentielle précise que la personnalité se bâtit principalement pendant l'enfance, mais qu'elle change tout au long de la vie et qu'elle est le résultat des interactions entre les aspects psychologique, social, biologique et physique de l'individu. Cette théorie reconnaît que la personne est l'acteur principal dans le déroulement de sa vie. Elle détient donc un certain contrôle et c'est à travers ses décisions et ses actions que s'exprime son contrôle sur les événements de la vie.

Maddi et Kobasa (1977) ont dégagé des écrits de plusieurs auteurs existentialistes (Biswanger 1881-1966, Heidegger 1889-1976, Kierkegaard 1813-1855) 25 postulats relatifs à la condition humaine. Les neuf premiers concernent l'humanité et les différences entre chaque être humain. Les postulats 10 à 16 présentent le processus développemental. Les caractéristiques du style de vie favorisant le maintien de la personnalité à l'âge adulte sont présentées aux postulats 17 à 25. Ces caractéristiques sont décrites en lien avec les deux types de personnalités, soit la personnalité authentique et non authentique. Les trois concepts

de la hardiesse, soit le sens de la maîtrise, de l'engagement et du défi se retrouvent dans un ou plusieurs de ces postulats. Le tableau 1 présente les liens entre certains postulats et les dimensions de la hardiesse, s'il y a lieu. Ces postulats contiennent donc des pistes pour l'élaboration d'un programme de renforcement ou de développement de la hardiesse chez l'adulte. Par exemple, dans le domaine de la santé les changements sont très nombreux, le programme devrait donc utiliser des situations cliniques dans lesquelles les postulats 23 et 24 pourront s'appliquer. Le but de cet exercice est de considérer le changement comme un défi, l'individu en ressortira grandi peu importe qu'il réussisse ou échoue dans ce défi.

### **Fondements empiriques de la hardiesse**

S'inspirant de la théorie existentielle, Kobasa, Maddi et leurs collaborateurs ont initié une recherche sur la hardiesse. Cette recherche longitudinale, débutée en 1975 et terminée en 1983, à l'aide de plusieurs moyens de collecte de données (entrevues, observations, consultations de dossiers médicaux mais surtout de questionnaires) a été menée auprès de cadres supérieurs et intermédiaires d'une compagnie de téléphone d'Illinois, et a permis d'identifier clairement l'apport spécifique de la hardiesse à l'état de santé (Kobasa, 1993). Après avoir complété une étude rétrospective sur la hardiesse (Kobasa, 1979b), qui mettait en relation le niveau de hardiesse avec les événements stressants et les symptômes de maladie, une autre étude, cette fois-ci selon un mode prospectif (Kobasa, Maddi et Khan, 1982), a

Tableau 1

Postulats de la théorie existentielle représentant les fondements conceptuels de la hardiesse

<b>Humanité et différences entre les humains</b>	<b>Dimensions de la hardiesse</b>
1. La personnalité est construite à travers l'attribution personnelle de sens.	Engagement
2. La personne est caractérisée par la symbolisation, l'imagination et le jugement.	Maîtrise
3. La personne est caractérisée par sa participation à la société.	Engagement
4. La personne est caractérisée par sa participation à l'environnement physique et biologique.	Engagement
5. Le temps est nécessaire pour construire la personnalité.	
6. La vie humaine est mieux comprise comme une suite de décisions.	Maîtrise
7. La personnalité est une synthèse de caractéristiques factuelles (sexe, âge) et de possibilités individuelles.	
8. La personne confrontée à un changement doit choisir entre un futur anxiogène (peur de l'inconnu) et un passé culpabilisant (regret d'un mauvais choix).	Défi
9. Le courage facilite le choix du futur. Ce courage se développe à partir de la confiance en soi.	Maîtrise
<b>Processus développemental</b>	
10. Le développement consiste en l'interaction des composantes psychologiques, sociales et biophysiques de l'existence.	
11. Le développement est facilité par la stimulation et l'encouragement de l'individualité.	
12. L'imposition des limites dans un cadre permissif stimule le développement positif de l'enfant.	Défi
13. La richesse des expériences stimule le développement positif.	Engagement
14. Le développement de la personnalité devient de plus en plus autodéterminé	Maîtrise

15.	L'expérience de l'échec stimule le développement de l'autodétermination.	Défi
16.	L'autodétermination passe par trois types d'orientations: l'esthétique, l'idéaliste et l'authentique.	
<b>Maintien de la personnalité</b>		
17.	Les adultes expriment leur style de vie de façon authentique ou non authentique.	
18.	Les valeurs, préférences, buts et points de vue de l'être authentique sont clairs et uniques alors que chez la personne non authentique ces éléments restent vagues, stéréotypés et conventionnels.	Engagement
19.	La personne authentique vit des expériences en favorisant la qualité à la quantité alors que les personnes non authentiques privilégient la quantité à la qualité.	Engagement
20.	Les personnes authentiques orientent les relations sociales dans l'intimité alors que les personnes non authentiques préfèrent ce qui est superficiel.	
21.	À l'intérieur d'une organisation les personnes authentiques sont actives et influentes alors que les personnes non authentiques sont passives et consentantes.	Engagement
22.	Les pensées, émotions et actions de la personne authentique sont réfléchies et planifiées alors que chez les personnes non authentiques, elles seront fragmentaires et sans but.	Maîtrise
23.	La personne authentique est en changement continu alors que c'est le statu quo pour la personne non authentique.	Défi
24.	La personne authentique accepte les expériences anxiogènes alors que les autres préfèrent les expériences culpabilisantes.	Défi
25.	L'expérience d'échec précipite la psychopathologie chez la personne non authentique.	

Traduction libre de Kobasa et Maddi (1977). Existential personality theory. In R.J. Corsini (Ed.), Current personality theories. (pp. 244-275). Itasca, Illinois : F.E. Peacock.

permis de confirmer que la hardiesse agit comme une source de résistance au stress et par le fait même préserve la santé. Les faits saillants de ces études sont présentés dans les lignes qui suivent.

La première étude de Kobasa (Kobasa 1979a; Kobasa,1979b) comportait trois hypothèses en vue de vérifier les relations entre les événements stressants, les symptômes de maladie et les caractéristiques de la personnalité. Les hypothèses étaient formulées ainsi: (a) les personnes, qui ont un grand sens de maîtrise sur ce qui peut leur arriver dans la vie, sont plus en santé que ceux qui sont fatalistes face aux événements stressants; (b) les personnes qui ont tendance à s'engager dans diverses activités sont plus en santé que celles qui se sentent aliénées; ( c ) les personnes qui perçoivent le changement comme un défi plutôt que comme une menace sont plus en santé. Des questionnaires furent d'abord envoyés aux 837 cadres supérieurs et intermédiaires d'une compagnie de téléphone américaine. Un taux de réponses de 81% a été obtenu à l'envoi de ces questionnaires qui visaient à évaluer les événements stressants et les symptômes de maladie. Par la suite, des analyses ont été faites pour constituer deux groupes de sujets, soit un groupe formé de personnes déclarant un haut niveau de stresseurs mais peu de symptômes de maladie ( $n = 100$ ) et un autre formé de personnes déclarant un haut niveau de stresseurs et de nombreux symptômes de maladie ( $n = 100$ ). Trois mois plus tard, d'autres questionnaires pour évaluer les caractéristiques de la personnalité ont été envoyés à ces deux groupes avec un taux de réponses de 86% et 75% respectivement.

La mesure des stressseurs a été réalisée par une adaptation de l'outil *Schedule of Recents Life Events* de Holmes et Rahe (1967). Au cours d'un projet pilote, 15 nouveaux événements, concernant principalement le travail, ont été ajoutés à la liste initiale de Holmes et Rahe. Certains événements ont été scindés pour obtenir une déclaration positive et une négative; par exemple, la modification du revenu a été scindée en baisse de revenu et augmentation de revenu. Un seul événement a été retiré de la mesure de Holmes et Rahe, soit celui concernant un accident personnel ou une maladie. Les symptômes de maladie ont été évalués par l'outil de Wyler, Masuda and Holmes (1971) *Seriousness of Illness Survey*. Après discussion avec le médecin de la compagnie, huit items ont été retranchés de l'outil original de 126 symptômes de maladie. Ces outils de mesure concernant les stressseurs et les symptômes de maladie ont été utilisés dans de nombreuses études ultérieures sur la hardiesse (Kobasa, 1979a; Kobasa, 1982a; Kobasa, Maddi et Khan, 1982; Kobasa, Maddi et Courington, 1981; Kobasa, Maddi et Pucetti, 1982; Kobasa, Maddi, Pucetti et Zola, 1985). Pour mesurer les caractéristiques de la personnalité, quatre outils déjà existants ont été utilisés en tout ou en partie et deux autres ont été construits. Le tableau 2 présente une liste de ces outils.

Les résultats de cette première étude démontrent que les personnes qui demeurent en santé malgré un niveau élevé de stressseurs se distinguent par leur sens de l'engagement, leur vigueur dans la vie, leur sens de la maîtrise et surtout la perception qu'ils ont des événements stressants qui semblent moins intense que les personnes qui vivent des événements stressants et qui rapportent plusieurs symptômes

Tableau 2

Outils utilisés pour mesurer les caractéristiques de la personnalité

	Caractéristiques de la personnalité	Outils utilisés
<b>Personnalité</b>	Contrôle vs autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Internal –External Locus of Control Scale</i> (Rotter, Seeman et Liverant, 1962)</li> <li>- <i>Powerlessness vs Personal Control Scale of the Alienation test</i> (Maddi et al, 1979)</li> </ul>
	Contrôle cognitif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Nihilism vs Meaningfulness Scale</i> (Maddi et al, 1979)</li> <li>- <i>Achievement Scale of the Personality Research Form</i></li> </ul>
	Activités de "coping"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Achievement scale of the Personality Research Form</i> (Jackson, 1974)</li> </ul>
	Contrôle vs domination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Leadership orientation scale of the California Life Goals Evaluation schedules</i></li> <li>- <i>Dominance scale of the Personality Research Form</i></li> </ul>
	Engagement et consistance des rôles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Alienation test</i> (Maddi, Kobasa &amp; Hoover, 1979)</li> <li>- <i>Role Consistency Test</i></li> </ul>
	Défi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Preference for interesting Experience scale of the Hahn test</i></li> <li>- <i>Vegetativeness vs Vigourness scale</i> (Maddi et al, 1979)</li> <li>- <i>Hahn's scale of security orientation</i> (1966)</li> <li>- <i>Need for Cognitive Structure scale of the Personality Research Form</i> (Jackson, 1974)</li> <li>- <i>Need for endurance scale</i></li> <li>- <i>Adventurousness vs Responsibility scale of alienation Test</i></li> </ul>

Tiré de Kobasa, S.C. (1979a). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.

de maladie. On pourrait dire à ce moment-ci que la hardiesse semble influencer la perception des événements stressants. Une des interrogations face aux résultats de cette étude tient au fait que le mode rétrospectif ne permet pas de préciser si la hardiesse préserve la santé des personnes ou si les personnes en santé sont plus hardies. En effet, peut-être que tout le monde possède de la hardiesse et que ce sont

les symptômes de maladie qui font diminuer cette ressource personnelle. Pour pallier aux limites de cette première étude, une autre étude prospective, cette fois, a donc eu pour but de préciser le lien entre la hardiesse et les symptômes de maladie (Kobasa, Maddi et Khan, 1982).

Ainsi cette étude prospective en trois temps a été initiée en 1978 (Kobasa, Maddi et Khan, 1982). Au temps un, un échantillon de 670 cadres supérieurs et intermédiaires travaillant au service public *Illinois Bell Telephone* ont reçu un envoi postal qui comprenait: un formulaire d'explication et de consentement, un questionnaire sur les événements stressants vécus au cours des dernières 3 1/2 ans ("*Schedule of Recents Life Events*" de Holmes et Rahe, 1967) et un autre sur des symptômes de maladie ("*Seriousness of Illness Survey*" de Wyler, Masuda and Holmes, 1971). Les questionnaires ont été retournés avec un taux de réponses de 86%. Parmi le groupe de répondants, 400 personnes sélectionnées de façon aléatoire ont reçu un questionnaire concernant leur niveau de hardiesse et l'ont retourné avec un taux de réponses de 81%. Au temps deux et trois, soit un et deux ans après le début de l'étude, les questionnaires sur les événements stressants et les symptômes de maladie ont été envoyés à nouveau et les participants, après les avoir complétés, les ont retournés avec un taux de réponses de 80% et 78% respectivement. L'échantillon final était constitué de 259 cadres.

Des nombreux outils utilisés dans l'étude rétrospective de 1979, seulement six ont été retenus afin de mesurer les trois dimensions de la hardiesse. Le sens de l'engagement a été mesuré par deux échelles constituées essentiellement d'énoncés

négatifs tirées du *Alienation Test* (Maddi et Hoover, 1979), soit *Alienation From Self* et *Alienation From Work*. La consistance interne a été évaluée avec des coefficients alpha de 0,85 et 0,79 respectivement, alors que la stabilité des instruments avec des mesures séparées de trois semaines était de 0,77 et 0,70. Les deux échelles pour mesurer le sens de la maîtrise étaient le *Internal-External Locus of Control Scale* (Lefcourt, 1973; Rotterman, Seeman et Liverant, 1962) et *Powerlessness Scale of Alienation Test* (Maddi et al., 1979). La validité de la première échelle a été démontrée à plusieurs reprises. En ce qui concerne l'échelle de *Powerlessness*, sa consistance interne a été établie à 0,88 avec une stabilité à 0,71 à l'intérieur de trois semaines d'intervalle. Le sens du défi a été évalué par deux outils reconnus valides et fiables soit le *Security Scale of California Life Goals Evaluation Schedule* (Hahn, 1966) et le *Cognitive structure Scale of Personality Research Form* (Jackson, 1974).

Les résultats obtenus pour cinq des six échelles utilisées sont hautement significatifs. En effet, le score total de la hardiesse explique 46.5 % de la variance des symptômes de maladie. En ce qui concerne la mesure *Cognitive structure Scale of Personality Research Form*, il est démontré, dans cette étude, que cet outil ne mesure pas la hardiesse donc il a été retiré des mesures et des analyses futures. La corrélation entre les stressseurs et les symptômes de maladie est calculée à 0,24 ( $p < 0,025$ ). Les données démographiques démontrent peu de corrélation avec la hardiesse ou les stressseurs. Pour estimer le lien possible entre la hardiesse et les symptômes de maladie, une analyse de variance a été réalisée. Il en ressort que les stressseurs et les symptômes de maladie apparaissent de façon concomitante alors que, dans le temps, la hardiesse les précède. On peut penser alors que la hardiesse

diminue la probabilité qu'une personne développe des symptômes de maladie lorsqu'elle est confrontée à des événements stressants. La hardiesse semble agir comme une source de résistance au stress. C'est-à-dire qu'une personne hardie a plus de chance de demeurer en santé, même si elle est soumise à de nombreux événements stressants.

Suite à l'identification de l'effet protecteur de la hardiesse vis-à-vis les symptômes de maladie générés par le stress, plusieurs recherches ont été menées auprès de nombreux échantillons de différentes professions (Ouellette, 1993). Les trois dimensions de la hardiesse bien que distinctes sont très liées entre elles. L'excès, tout comme l'absence de ces dimensions dans le développement de la personnalité peuvent représenter des comportements plus ou moins adéquats. Par exemple, une personne trop engagée pourrait se sentir dépassée par les événements, être en perte de contrôle et souhaiter de la stabilité, l'absence de changement. Ceci s'applique aussi à une personne qui exerce une très grande maîtrise sur tout ce qui l'entoure, ou pour une personne qui ne recule devant aucun défi peu importe le degré de menace que ce défi peut représenter. La hardiesse est présente quand il y a un certain équilibre entre chacune des dimensions (Ouellette, 1993).

### **Fondements empiriques du cadre théorique**

Après avoir vérifié le lien entre la hardiesse et les symptômes de maladie, Maddi, Kobasa et leurs collaborateurs (Kobasa, Maddi et Courington, 1981; Kobasa, Maddi et Pucetti, 1982; Kobasa, Maddi, Pucetti et Zola, 1985; Kobasa et Pucetti,

1983) ont réalisé plusieurs études complémentaires permettant l'élaboration d'un cadre théorique qui précise le processus par lequel la hardiesse intervient dans le continuum stressseurs - maladie. L'apport spécifique de ces chercheurs réside dans le fait que le cadre théorique présente aussi les liens avec d'autres ressources personnelles et sociales telles que le *coping*, le soutien social, les habitudes de vie et la constitution physique. Avant de décrire en détail ce cadre théorique, voyons les faits saillants des études sur lesquelles il prend appui.

La constitution physique a été examinée lors d'une étude de Kobasa, Maddi et Courington (1981). Le but de cette étude était d'identifier les effets tampons de la personnalité et de l'hérédité sur le continuum stressseurs - maladie. Au temps un, une lettre de sollicitation, un formulaire de consentement et les mêmes questionnaires sur les événements stressants et les symptômes de maladie ont été envoyés à 837 cadres du *Illinois Bell Telephone* et retournés avec un taux de réponses de 86%. Par la suite, soit aux temps deux et trois, le devis prospectif de l'étude décrite précédemment a été repris. Pour évaluer l'hérédité, l'histoire médicale des parents, inscrite dans les dossiers médicaux de chaque participant, a été revue avec une grille d'observation. Tous les participants à l'étude avaient complété une histoire médicale au moins une fois avant le début de l'étude. La corrélation entre les stressseurs et les symptômes de maladie était de 0,24 ( $p < 0,025$ ). Il y avait peu de corrélation entre les données démographiques, la hardiesse et l'hérédité. Pour mieux comprendre le lien entre la hardiesse, l'hérédité et les symptômes de maladie, des analyses de variance et de covariance ont été utilisées. Il est clairement ressorti que l'hérédité et les événements stressants contribuent à l'augmentation des symptômes de maladie alors que la

présence de hardiesse diminue les symptômes de maladie. Il faut préciser que dans le cadre théorique, la constitution physique a été traduite par la vulnérabilité.

Kobasa, Maddi et Pucetti (1982) ont réalisé une étude concernant l'effet de l'exercice physique et la hardiesse sur le continuum stressseurs - maladie. Un groupe de 204 cadres a reçu un envoi postal qui comprenait: une lettre de sollicitation, des questionnaires pour mesurer les événements stressants, les symptômes de maladie au cours des 3 1/2 ans précédant l'étude, le niveau de hardiesse, le niveau d'exercice et des données démographiques. Les événements stressants, les symptômes de maladie et la hardiesse ont été mesurés par les questionnaires décrits auparavant. Après un rappel écrit, un taux de réponses de 84% a été obtenu. L'échantillon final, suite au retrait des questionnaires incomplets était de 137 sujets. Le niveau d'exercice a été mesuré par quatre questions utilisées lors d'une enquête épidémiologique sur l'activité physique et les maladies coronariennes (Paffenberger et Hale, 1975). La corrélation entre le stressseurs et les symptômes de maladie était de 0,46 ( $p < 0,001$ ). Les données démographiques semblent avoir eu peu de corrélation avec le niveau d'exercice et la hardiesse. L'indépendance des variables (exercice et hardiesse) a été vérifiée ( $r = 0,009$ ). En utilisant des analyses de variance et covariance, il est démontré que la hardiesse et le niveau d'exercice, bien qu'indépendantes, diminuent les symptômes de maladie associés aux stressseurs. De plus, leurs effets positifs s'additionnent, c'est à dire qu'une personne hardie qui fait de l'exercice préserve plus sa santé que celle qui ne fait que de l'exercice ou celle qui ne possède que la hardiesse sans faire d'exercice. Dans le cadre théorique, l'exercice physique est intégré dans les comportements de santé.

Le rôle du soutien social dans le continuum stressseurs - maladie a aussi été étudié par Kobasa et Pucetti en 1983. Des questionnaires concernant les événements stressants, les symptômes de maladie des 3 1/2 ans précédant l'étude, le niveau de hardiesse, le soutien social du supérieur et de la famille, le réseau social et des données démographiques ont été envoyés à 204 cadres. Après un rappel par courrier, un taux de réponse de 84% a été obtenu, ce qui donne un échantillon final de 170 participants. Le soutien du supérieur et de la famille a été évalué par l'outil "*Environment Scale*" (Moos 1976) et l'outil "*Social Assets Scale*" (Luborsky et al., 1973) a été utilisé pour mesurer le réseau social. Ce dernier outil permet d'évaluer les valeurs relatives au statut, à l'amour, l'argent, la sécurité, etc. La corrélation entre les stressseurs et les symptômes de maladie était de 0,43 ( $p < 0,001$ ). Encore ici, de faibles corrélations ont été démontrées entre les données démographiques et les stressseurs, les symptômes de maladie, la hardiesse et le soutien social. À l'aide d'une série d'analyses de variance, il a été démontré que la hardiesse et le soutien du supérieur, bien qu'agissant indépendamment, ont un effet positif et significatif sur la perception des événements stressants et par conséquent sur les symptômes de maladie. La relation avec le soutien de la famille est plus complexe. Les personnes peu hardies avaient tendance à percevoir leur famille comme étant très soutenantes, ce qui ne les empêchaient pas d'obtenir des scores élevés de symptômes de maladie. Le troisième aspect du soutien social évalué, soit le réseau social, ne semblait pas avoir de relation significative avec la hardiesse et les symptômes de maladie. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que le soutien social agit comme une source de résistance face aux stressseurs seulement en présence d'une personnalité hardie.

Le *coping* a également été étudié par Kobasa (1982a). Tel qu'expliqué par Kobasa et Maddi (1984), le *coping* se divise en deux grandes catégories, le *coping* transformationnel, où une personne après s'être faite une idée d'un événement stressant pose une action afin de diminuer le stress, et le *coping* régressif, où pour le même événement stressant la personne évite la situation. Il ressort clairement que le *coping* transformationnel est plus lié à la théorie existentialiste, à la hardiesse et à ce titre, a plus d'impact sur la préservation de la santé. Afin de valider les types de *coping* utilisés selon les divers niveaux de hardiesse, 124 cadres qui avaient déjà complété des questionnaires sur la hardiesse ont été questionnés concernant leurs activités de coping. Les participants devaient décrire l'événement le plus stressant ayant eu lieu dans les six mois précédents et identifier les activités qui les ont aidés à y faire face. Pour ce faire, un questionnaire contenant 68 questions et développé par Folkman & Lazarus en 1980 a été remis aux participants. À l'aide de tests 2 X 2, il a été démontré que les personnes hardies qui subissent des événements stressants au travail, ont tendance à utiliser plus fréquemment le coping transformationnel que le coping régressif. Ces différentes études ont permis à Maddi et Kobasa (1984) d'élaborer le cadre théorique présenté à la figure 1.

### **Cadre théorique**

Le cadre théorique postule qu'une personne hardie, confrontée à un événement stressant, utilisera adéquatement le réseau de soutien et optera pour des actions de *coping* transformationnel qui auront comme effet de diminuer la perception stressante de l'événement (stress) et ainsi diminuer la tension ressentie. Ce processus aura un effet

tampon sur le continuum stressseurs - tension - maladie. Un autre élément du cadre théorique, soit l'état de vulnérabilité, fait référence à l'hérédité.

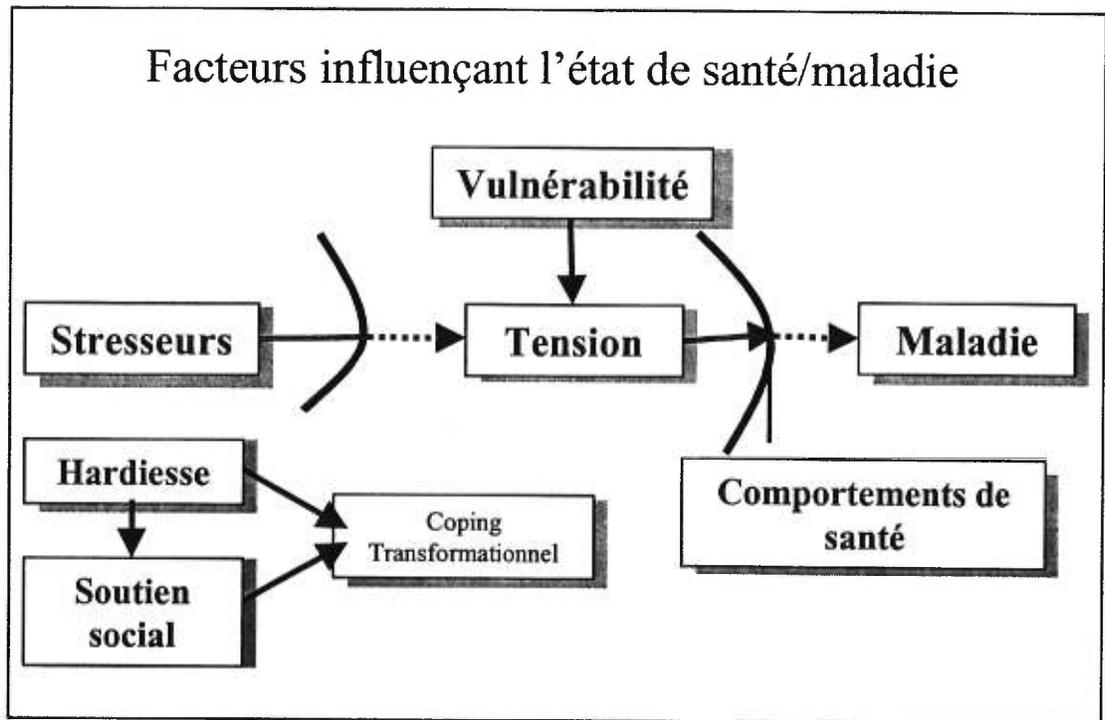


Figure 1. Cadre théorique de Kobasa

Adaptation libre d'une figure tirée de Kobasa, S.C. et Maddi, S.R. (1984). The Hardy Executive Health under stress. p.27.

Quand certaines conditions héréditaires et négatives sont présentes comme par exemple, hypertension, l'hypercholestérolémie, etc., elles viennent potentialiser les effets négatifs de la tension et ainsi augmenter les risques de maladie. Il est raisonnable de croire qu'en présence d'un état de vulnérabilité, certaines personnes adopteront certains comportements de santé (exercice, alimentation, arrêt du tabagisme, etc.) qui auront un effet tampon sur le continuum -tension - maladie. Par exemple, on sait que les infirmières sont soumises à de nombreux stressseurs et ce de façon quotidienne. Une infirmière hardie, face à une augmentation de sa charge de travail (stresseur), choisira d'en parler avec ses collègues ou son supérieur (soutien

organisationnel), modifiera la planification de sa journée en réévaluant ses priorités (coping transformationnel) ce qui aura pour effet de diminuer la tension générée par cet événement stressant.

Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier et Lachance (1997) ont réalisé une étude afin de vérifier le modèle théorique de Kobasa et Maddi (1984). Les analyses d'équations structurales ont révélé que l'épuisement professionnel, les stressseurs occupationnels et la hardiesse ont un effet direct sur la détresse psychologique. De même, les variables qui exercent un effet direct sur l'épuisement (tension) sont par ordre d'importance la hardiesse, les stressseurs occupationnels, le soutien au travail, les stratégies actives d'adaptation et le statut d'emploi. Ceci suggère que les infirmières hardies utiliseraient davantage des stratégies actives d'adaptation et le soutien des collègues et du supérieur afin de faire face aux nombreux stressseurs occupationnels. Cette étude, à caractère multivarié et effectuée auprès de 1 990 infirmières du Québec, confirme plusieurs hypothèses de la théorie de Kobasa et Maddi (1984).

Les variables à l'étude dans cette recherche se situent dans le cadre théorique de Kobasa comme suit: la perception du niveau de hardiesse est un indicateur de la hardiesse; la perception du stress ressenti est un indicateur de la tension et la détresse psychologique est un indicateur de la maladie.

### Questionnements relatifs à la hardiesse

L'intérêt croissant pour le concept de la hardiesse a aussi généré son lot de critiques. Par exemple, certains auteurs ont soulevé des interrogations par rapport aux dimensions de la hardiesse, à la clarification du concept et sa mesure et au peu de variété des populations étudiées en terme de race, de sexe et de groupe d'âges (Benishek et Lopez, 1997; Bigbee, 1985; Funk, 1992; Huang, 1995; Jennings et Staggars, 1994; Low, 1996; Tartasky, 1992). La hardiesse est-elle composée de trois dimensions soit le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi, ou plutôt de deux dimensions soit l'engagement et la maîtrise? La hardiesse est-il un concept indépendant ou un synonyme d'affectivité négative, de sens de cohérence? La modification fréquente des outils pour évaluer la hardiesse permet-elle la comparaison des résultats? Pourquoi aucune étude qualitative n'a-t-elle pas été réalisée afin de mieux comprendre le concept?

En ce qui concerne la mesure, il est vrai qu'initialement plusieurs outils ont été développés et utilisés pour évaluer le concept. La proportion entre les énoncés négatifs et positifs a été modifiée à de nombreuses reprises. De plus, d'autres chercheurs ont élaboré des outils permettant une mesure de la hardiesse qualifiée par Youkin et Betz (1996) de plus adéquate. Cependant, pour la présente étude et tel que recommandé par Orr et Westman (1990), le *Personal View Survey* (Kobasa, 1990) a été utilisé et a permis de mesurer le niveau de hardiesse avant et après l'intervention. Cet outil, utilisé à de nombreuses reprises auprès d'infirmières québécoises, est décrit en détail dans le chapitre 3 sur la méthode. D'autres auteurs ont apporté certaines

précisions au concept de la hardiesse. Par exemple, Bowsher et Keep (1995) distingue trois concepts, le contrôle personnel, l'autoefficacité et la hardiesse en appliquant chacun d'eux à la même situation clinique. Sullivan (1993) tente de différencier cinq concepts qui ont certaines ressemblances entre eux soit le sens de cohérence, la recherche du sens, l'impuissance apprise, le foyer de contrôle et la hardiesse. Il faut préciser que l'intérêt des infirmières pour le concept de la hardiesse se distingue des autres types d'études sur ce concept (Ouellette, 1993). Tout d'abord les infirmières ont étudié la hardiesse en plus grand nombre afin de comprendre les liens entre la hardiesse et la santé mentale et ainsi développer des interventions pouvant promouvoir la santé de leurs patients. D'ailleurs, quelques auteurs ont relevé la pertinence de ce concept pour les soins infirmiers (Lambert et Lambert, 1987; Lindsey et Hills, 1992).

En conclusion, malgré le fait que certains aspects théoriques du concept soient encore questionnés, il ressort que les connaissances empiriques sur le concept de la hardiesse sont suffisantes pour procéder à une étude d'intervention. On pourrait même dire que plusieurs des études consultées suggèrent comme prochaine étape de recherche d'élaborer et d'évaluer une intervention visant le renforcement de la hardiesse et par conséquent la préservation et la promotion de la santé mentale des infirmières. Dans les pages qui suivent les études empiriques les plus pertinentes en regard de la présente étude sont présentées. Il est d'abord question des études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressors occupationnels en soins infirmiers.

## Études corrélationnelles et d'interventions

### Études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressseurs en soins infirmiers

Les événements stressants dans la vie professionnelle d'une infirmière sont nombreux et fréquents. Aussi nommés stressseurs occupationnels, ces événements se rapportent aux situations et événements liés à la prestation des soins infirmiers qui à cause de leur potentiel menaçant et à leur fréquence, peuvent entraîner des réactions de stress (Duquette et al., 1995a). Le stress occupationnel constitue un dérangement, une tension ou une menace ressentie face à l'incapacité de répondre à une demande de l'environnement de travail (stressseurs). En 1981, Gray-Toft et Anderson ont réalisé une étude auprès de 122 infirmières de cinq unités de soins différentes (médecine, chirurgie, chirurgie cardiaque, oncologie, soins de longue durée) afin d'identifier les sources et la fréquence du stress et ainsi évaluer l'impact de ce dernier sur la satisfaction au travail et sur le taux de roulement des infirmières. Pour ce faire, ils ont développé le *Nursing Stress Scale* (NSS). L'analyse des données a identifié sept sources majeures de stress associées aux environnements physique, psychologique et social. Ces résultats sont présentés au tableau 3.

La validité du NSS a été vérifiée empiriquement en utilisant la corrélation entre la fréquence des stressseurs et l'anxiété, la satisfaction au travail et le taux de roulement. Les résultats ont démontré une corrélation positive et significative entre une fréquence élevée de stressseurs en soins infirmiers et l'anxiété de personnalité

Tableau 3

## Stresseurs en soins infirmiers

Environnement physique	Environnement psychologique	Environnement social
Charge de travail	Mort et morbidité de la personne soignée	Conflits avec les médecins
	Préparation insuffisante	Conflits intraprofessionnels
	Manque d'appui	
	Incertitude face au traitement	

Tiré de Gray-Toft, P. et Anderson, J.G. (1981b). Stress among hospital nursing staff : Its causes and effects. *Social Science Medicine*, 15A, 639-647.

mesurée par l'outil *Anxiety Scale Questionnaire* ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,01$ ) et l'anxiété situationnelle mesurée à l'aide de *Affect Rating Scale* ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,01$ ). Le *Nursing Stress Scale* a été utilisé dans de nombreuses études menées auprès d'infirmières. La traduction en français, l'Échelle des stresseurs en soins infirmiers (ÉSSI) faite par Morissette en 1993, a été utilisée dans plusieurs études menées auprès d'infirmières québécoises (Duquette et al., 1995a; Harrisson, 1995; Harrisson, 1997; Morissette, 1993). Le tableau synthèse en Appendice A démontre bien les liens de corrélation entre la hardiesse et les stresseurs occupationnels. Il semble que les stresseurs occupationnels soient perçus de façon moins fréquente et moins intense par une personne plus hardie. En effet, toutes ces études montrent qu'il existe une corrélation statistiquement significative allant de faible à modérée (0,21 à 0,62), entre les stresseurs occupationnels et la hardiesse.

La prochaine partie du texte présente les études corrélationnelles entre la hardiesse et trois indicateurs de santé mentale soit, l'épuisement professionnel, le bien-être psychologique et la détresse psychologique.

### **Études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel**

Le lien d'association entre la hardiesse et l'épuisement professionnel a été étudié dans plus d'une vingtaine d'études menées auprès de nombreux groupes d'infirmières. L'épuisement professionnel se rapporte à des réactions bio-psycho-comportementales qui traduisent des difficultés d'adaptation à des stressors occupationnels continus et excessifs (Duquette et al., 1995b). Comme illustré dans le tableau synthèse de l'appendice B, qu'elles soient étudiantes, professeures, soignantes ou cadres et peu importe qu'elles travaillent en gériatrie ou aux soins intensifs, il existe une corrélation statistiquement significative entre les scores de la hardiesse et ceux de l'épuisement professionnel des infirmières. Ces résultats sont constants à travers toutes les études utilisant diverses mesures de l'épuisement professionnel, soit le *Maslach Burnout Inventory*, le *Tedium Burnout Scale* ou le *Staff Burnout Scale for Health Professionals*. Le *Maslach Burnout Inventory* avec ses 21 items répartis dans trois dimensions soit, l'exténuation émotionnelle (EE), la dépersonnalisation (DP) et l'accomplissement personnel (PA), donne des corrélations variant de faibles (0,18) à modérées (0,55) selon les dimensions évaluées. Dans le cas du *Tedium Burnout Scale*, les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel varient de 0,46 à 0,56. Quant au *Staff Burnout Scale for Health Professionals* les corrélations varient de 0,35 à 0,59. Les résultats suggèrent qu'indépendamment des outils utilisés pour

mesurer l'épuisement professionnel les infirmières qui sont plus hardies semblent manifester moins d'épuisement professionnel.

### **Études corrélationnelles entre la hardiesse et le bien-être psychologique**

Peu d'études ont mis en relation la hardiesse et le bien-être. Les deux études recensées ont été menées auprès d'infirmières québécoises de milieux de soins de longue durée et de médecine et chirurgie (Harrison, 1995; Savignac, 1993). Dans ces deux études, la hardiesse a été mesurée par le *Personal View Survey* (Kobasa, 1990) et le bien-être a été mesuré par l'instrument intitulé Votre Bien-être de Santé Québec ou BESQ (Perreault, 1987). Cette échelle s'inspire du *General Well Being Scale* de Dupuy (1969) et a comme but de mesurer le bien-être psychologique ou la santé mentale positive. L'échelle de Dupuy (1969) contient 25 questions réparties en six indicateurs subjectifs d'adaptation psychologique. La version modifiée du BESQ (Perreault, 1987) comprend 14 énoncés répartis en sept indicateurs d'adaptation psychologique soit: le sentiment d'énergie, de détente, d'être aimé, d'être en santé, la maîtrise des émotions, être de bonne humeur et l'intérêt face à la vie. Pour chaque énoncé le participant doit choisir entre quatre possibilités de réponses de jamais à très souvent. Les résultats de ces deux études montrent qu'il existe une relation positive et significative entre les dimensions de la hardiesse et le bien-être psychologique (Harrison, 1995,  $r = 0,62$ ,  $p < 0,05$  ; Savignac, 1993,  $r = 0,44$ ,  $p < 0,001$ ). Ce qui suggère que les infirmières qui se considèrent hardies disent ressentir plus de bien être psychologique.

### Études corrélationnelles entre la hardiesse et la détresse psychologique

Avec l'épuisement professionnel et le bien-être psychologique, la détresse psychologique représente un autre indicateur de santé qui a été mis en relation avec la hardiesse pour évaluer la santé mentale des infirmières québécoises. La détresse psychologique se rapporte à un ensemble de symptômes physiques et psychologiques significatifs qui sont répartis en quatre groupes : l'anxiété, la dépression, l'agressivité et les problèmes cognitifs (Perreault, 1987). Pour évaluer cette variable, le questionnaire Divers problèmes personnels, utilisé dans l'Enquête Santé Québec a été utilisé. Dans les trois études recensées, les relations entre la hardiesse et la détresse psychologique sont statistiquement significatives et négatives. Ceci signifie que la hardiesse est négativement associée à des symptômes de détresse psychologique. En effet, Duquette et al. (1995a) lors d'une étude multivariée menée auprès de 1 550 infirmières en gériatrie ont obtenu, pour les trois temps de mesure, un  $\beta$  qui variait de  $-0,272$  au T1 à  $-0,259$  au T3 avec un  $p < 0,01$ . Harrison (1997), quant à elle, a démontré, lors d'une étude sur la hardiesse et la détresse psychologique menée auprès d'infirmières auxiliaires ( $n = 171$ ), qu'il existait une corrélation modérée et négative entre la hardiesse et la détresse psychologique ( $r = -0,42$ ). La troisième étude (Nowack, 1986) qui fait état du même genre de relation, a été menée auprès de 300 employés de l'Université de Californie. L'échantillon, dont l'âge variait entre 20 et 55 ans, était composé majoritairement de femmes qui occupaient des fonctions de supervision. Une corrélation négative de  $0,51$ ,  $p < 0,05$  a été obtenue entre la hardiesse et la détresse psychologique.

En résumé, il ressort de toutes les études corrélationnelles effectuées auprès d'infirmières des résultats constants et allant tous dans le même sens. La hardiesse est associée à la perception des stressors occupationnels tout comme elle est associée à divers indicateurs de santé mentale. En effet, plus une personne est hardie moins elle perçoit d'épuisement professionnel et de détresse psychologique. De la même façon, plus une personne est hardie plus elle ressent de bien-être. Ces recherches qui ont porté sur les liens d'association entre ces variables tendent à confirmer la pertinence de la théorie de Kobasa et Maddi (1984). La prochaine partie du texte traite des études évaluatives qui ont examiné l'effet d'interventions visant à renforcer la hardiesse.

### **Études d'interventions relatives à la hardiesse**

Dès le début des études sur la hardiesse, plusieurs auteurs souhaitaient, espéraient et recommandaient que des moyens soient mis en place pour promouvoir, augmenter ou renforcer la hardiesse (Collins, 1996; Constantini et al., 1997; Duquette et al., 1995a; Kobasa, 1979b; Major, 1995). Malgré cela, très peu d'études empiriques ont été réalisées sur l'évaluation d'une intervention visant à promouvoir la hardiesse. Dans les prochains paragraphes, un résumé des études évaluatives recensées est présenté.

En 1984, Kobasa et Maddi, identifiaient les modalités d'une intervention de groupe. Selon ces auteurs, toute intervention visant à promouvoir la hardiesse doit avoir comme but de décourager le " *coping* " régressif en faveur du " *coping* "

transformationnel. Pour ce faire quatre techniques sont utilisées. Les deux premières, le "*focusing*" et la "*situational reconstruction*", visent la transformation de la perception des événements stressants. Les deux autres techniques "*compensatory self-improvement*" et "*paradoxical intention*", facilitent l'acceptation de situations qui ne peuvent être modifiées. Le "*Focusing*" est très utile lorsqu'un malaise diffus ne peut être attribué à un événement. Il faut donc débiter avec les indices (symptômes physiques ou psychologiques) qui caractérisent le malaise et remonter dans le temps jusqu'au début du malaise. Quand le moment d'apparition des symptômes est connu, tous les événements s'étant produits durant cette période sont analysés. L'identification des sentiments ressentis est plus poussée que ce qui est socialement et politiquement correct de penser et doit permettre une réelle identification des sentiments personnels. La reconstruction de situations tel que décrit par Kobasa et Maddi (1984), Maddi (1987) et Fischam (1987) vise essentiellement à identifier ce qui se passe en terme de réactions physiques, psychologiques et croyances en présence d'un événement stressant et comment l'événement pourrait devenir moins stressant. Il s'agit de : (a) identifier trois situations qui pourraient être pires et à l'inverse trois autres qui pourraient être mieux; (b) identifier dans chacune de ces situations, les acteurs, leurs rôles et leurs actions et évaluer ce qui pourrait être différent; (c) identifier spécifiquement ce que le participant concerné peut faire pour se diriger vers des situations moins stressantes. Le *compensatory self improvement*, technique utilisée dans les situations que l'on ne peut changer (ex: divorce), consiste à identifier une activité d'intérêt dans laquelle aucun investissement n'a pu être fait jusqu'à ce jour et de s'y consacrer complètement. La dernière technique soit *paradoxical intention* consiste principalement à exagérer les symptômes provoqués

par un événement stressant afin de rétablir un certain contrôle de la situation en faisant une évaluation cognitive de la dite situation.

L'intervention de groupe décrite ci-haut s'échelonne sur huit sessions d'une heure, à raison d'une heure par semaine. L'échantillon était composé de quinze cadres clés répartis ainsi : sept dans le groupe expérimental et huit dans le groupe contrôle. Chaque session avait un thème tel qu'inscrit au tableau 4. Les deux groupes ont complété le questionnaire sur la hardiesse à deux reprises avant la première session et après la dernière. La pression artérielle a été prise dans les deux groupes après la première et la dernière session. Le groupe témoin a été rencontré deux fois soit, au début et à la fin. Les participants du groupe témoin devaient noter, de façon hebdomadaire, les événements stressants vécus.

Tableau 4

Thèmes des sessions de renforcement de la hardiesse

1 <sup>ère</sup> session	Identification des sources majeures de stress
Sessions 2, 3, 4	Avec les situations de la première session utilisation des trois premières techniques
Sessions 4, 5	Identifications de situations stressantes dans la vie personnelle
Session 6	Évaluation des situations personnelles, élaboration d'un plan d'action (coping transformationnel)
Session 7	Évaluation du plan d'action, identification des situations futures génératrices de stress et élaboration de plans d'actions
Session 8	Résumé des apprentissages en lien avec les trois dimensions de la hardiesse

Tiré de Kobasa, S.C. et Maddi, S.R. (1984). The Hardy Executive Health under Stress. Homewood, Ill: Down Jones-Irwin.

Selon les observations faites, il est ressorti que la hardiesse était plus élevée chez le groupe expérimental que chez le groupe témoin et que la tension artérielle était moins élevée chez le groupe expérimental. De plus, pendant les huit semaines, certains participants posèrent des actions concrètes qui témoignent de l'augmentation du sens de la maîtrise, de l'engagement ou du défi. Malheureusement, aucune donnée statistique n'est présentée pour appuyer ces résultats.

Rich (1985) a mené une étude expérimentale auprès de 17 gestionnaires en soins infirmiers d'un hôpital américain de 350 lits de soins aigus. De façon aléatoire, dix participantes ont été assignées dans le groupe expérimental, et sept dans le groupe témoin. Lors d'une première rencontre les 17 participantes ont complété le questionnaire mesurant le niveau de hardiesse. Ce questionnaire est le même que celui utilisé dans les différentes études pour l'élaboration du cadre théorique de Kobasa et Maddi (1984). Au cours des deux semaines suivantes, les participantes du groupe expérimental ont été rencontrées en groupe pour une durée totale de quatre heures. Quatre techniques d'intervention ont été utilisées soit, la relaxation, les techniques émotive-rationnelle, le modèle de rôle et des techniques d'inoculation au stress. Ces techniques sont utilisées pour favoriser l'utilisation de stratégies de *coping* "transformationnel".

Une comparaison à l'aide de tests de Student a été utilisée. Le groupe expérimental a manifesté plus de hardiesse que le groupe témoin après la formation et ce, de façon significative ( $p < 0,05$ ). Cependant la différence d'évolution entre les deux groupes n'est pas significative. On ne peut donc pas affirmer que l'évolution du

groupe expérimental n'est due qu'à la formation dispensée. Rich (1985) souligne cependant qu'il s'agit d'un petit échantillon et que le délai post-test est relativement court ( $t_{(9)} = 2,61, p < 0,05$ ).

En 1987, Maddi décrit une étude quasi expérimentale réalisée auprès de cadres du "*Illinois Bell Telephone*". Le but de l'intervention est le même que celui décrit précédemment (Kobasa et Maddi, 1984), c'est-à-dire augmenter la hardiesse des individus, ce qui facilitera l'adaptation aux situations stressantes. Les modalités de cette intervention diffèrent légèrement de celles décrites en 1984. Ici, Maddi parle de 15 heures de formation versus huit en 1984, de l'utilisation de trois techniques plutôt que quatre en 1984. L'auteur identifie quatre temps de mesure soit un prétest et trois post-tests. La variable dépendante était la hardiesse et elle a été mesurée par le "*Personal View Survey*" qui contient 50 énoncés. D'autres variables dépendantes ont été mesurées, soit le bien-être "*Wellness*", la satisfaction au travail, la pression artérielle et la tension psychologique "*Mental Strain*". Le bien-être a été évalué par un outil développé par l'auteur et l'outil pour évaluer la satisfaction au travail n'est pas précisé. La tension artérielle a été prise par la même infirmière. La tension psychologique a été mesurée par le *Hopkins Check List* (Derogatis, Lipman, Rickels' Uhlenhuth and Covi, 1974).

Pour l'expérimentation, quatre groupes ont été formés dont trois composés uniquement d'hommes et un de femmes. Au début de l'intervention de 15 heures, il y avait 30 participants répartis en deux groupes de sept et deux groupes de huit. En raison de restructurations et de mutations dans l'entreprise, l'intervention s'est

terminée avec 27 personnes. Le groupe témoin était composé de personnes inscrites sur la liste d'attente pour suivre l'intervention. Ainsi ces personnes ont été incluses dans le groupe témoin de la première cohorte et ont constitué le groupe expérimental pour la deuxième cohorte. Initialement, 22 personnes formaient le groupe témoin et pour les mêmes raisons que celles citées précédemment, 19 personnes ont finalement participé au programme d'intervention. Pour la première cohorte ( $n = 27$ ) il y a eu quatre temps de mesure, soit un prétest, un post-test et deux autres post-tests à deux et six mois postintervention. Pour la deuxième cohorte ( $n = 19$ ), il y a eu trois temps de mesure, soit un pré et post-test en même temps que la première cohorte; il faut préciser ici que l'évaluation post- intervention correspond au post-test du groupe témoin alors que la troisième mesure correspond à la réelle évaluation post intervention pour cette deuxième cohorte. Les résultats sont présentés au tableau 5. Ces résultats montrent clairement que l'intervention non seulement a eu un effet statistiquement significatif et positif sur le niveau de hardiesse, mais aussi sur la satisfaction au travail, la tension psychologique et la tension artérielle. De plus, les participants, dans une proportion de 90%, ont noté une amélioration de la compréhension des situations stressantes et à 93% ils se sont dit plus aptes, et ce de façon définitive, à gérer leur stress. Encore ici il ne semble pas y avoir eu d'analyses de covariance à mesures répétées pour évaluer l'effet combiné du groupe et du temps.

Une autre étude à devis quasi expérimental a été réalisée auprès d'infirmières soignantes par Tierney et Lavelle en 1997. Deux hypothèses ont été vérifiées, soit (a) la hardiesse sera augmentée chez les infirmières qui suivent le programme

Tableau 5  
 Résultats des mesures d'une étude quasi expérimentale  
 sur la hardiesse (Maddi, 1987)

	Cohortes	Prétest	Post-test 1 <sup>er</sup> cohorte	Post-test 2 <sup>e</sup> cohorte	2 mois	6 mois
Hardiesse	1 <sup>er</sup> cohorte $n = 27$	7,00	17,00***		20,53	19,68
	2 <sup>e</sup> cohorte $n = 19$	8,52	9,41	18,23**		
Satisfaction au travail	1 <sup>er</sup> cohorte $n = 27$	135,54	147,04***		144,89	149,03
	2 <sup>e</sup> cohorte $n = 19$	136,61	135,38	144,05***		
Tension Psychologique	1 <sup>er</sup> cohorte $n = 27$	41,15	19,58***		21,22	20,96
	2 <sup>e</sup> cohorte $n = 19$	40,65	35,00	18,62***		
Tension artérielle	1 <sup>er</sup> cohorte $n = 27$	130/82	120/77**		122/8 0	123/78
	2 <sup>e</sup> cohorte $n = 19$	128/84	129/83	119/74**		

Note : Les valeurs des "p" ne sont pas indiquées pour les temps 2 et 6 mois après l'intervention. \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$

d'intervention sur la hardiesse et (b) le taux de rétention dans le groupe qui a suivi l'intervention sur la hardiesse sera plus élevé. L'échantillon à l'étude était composé d'infirmières ayant trois ans et moins d'ancienneté. Soixante-deux infirmières ont été réparties en trois groupes : le premier groupe ( $n = 21$ ) a reçu une intervention d'une

journée (six heures) sur la hardiesse, le deuxième groupe ( $n = 19$ ) a reçu une formation d'une journée (six heures) sur la gestion du temps et le troisième groupe ( $n = 22$ ) n'a reçu aucune intervention.

Le contenu de l'intervention sur la hardiesse était basé sur l'étude de Rich (1985). À l'aide de moyens didactiques divers, de jeux de rôles et de discussions, cinq thèmes ont été traités: l'identification des stressseurs persistants; l'introduction au concept de la hardiesse; l'utilisation de la *Situational reconstruction* (affirmation de soi, désensibilisation (inoculation) au stress et techniques émotive-rationnelles); l'utilisation de la relaxation et de l'imagerie mentale; et finalement l'examen et l'analyse des cas.

La hardiesse a été mesurée deux fois dans les trois groupes, soit immédiatement après la formation et six mois plus tard. L'outil utilisé pour mesurer la hardiesse fut celui de Dane (1994). Cette étude montre que le groupe ayant assisté à l'intervention sur la hardiesse a eu une augmentation significative de la hardiesse immédiatement après la formation. Le test de Tukey a été utilisé pour comparer les données de base sur la hardiesse et celles obtenues immédiatement après la formation. La différence était significative à  $p = 0,002$ . Cependant, les résultats de la hardiesse, évaluée 6 mois après l'intervention, sont comparables aux données de base. En effet, les résultats ne démontrent aucune différence quant au niveau de hardiesse entre les trois groupes après six mois. Bien qu'elles ne donnent que peu d'explications pour expliquer ces résultats, Tierney et Lavelle supposent qu'une formation échelonnée sur une période d'au moins huit semaines (Kobasa et Maddi, 1984; Maddi, 1987; Rich,

1985) et dispensée à des infirmières d'une même unité aurait un impact positif sur le maintien du niveau de hardiesse. De plus, elles croient que la participation de l'infirmière-chef pourrait agir comme moyen de soutien et de suivi pour le maintien des nouvelles habiletés développées par les infirmières. D'autres auteurs soutiennent également cette dernière affirmation. Wolf (1990) tout comme Dillard (1993), soulignaient l'importance du leadership de l'infirmière-chef dans le développement de la hardiesse des infirmières soignantes. Bien que non appuyées par des études empiriques, ces deux auteures précisent que le langage et les actions de l'infirmière-chef jouent un rôle significatif dans la promotion et le maintien du sens de la maîtrise, de l'engagement et du défi chez le personnel soignant.

En résumé, bien que plusieurs auteurs aient souligné la pertinence de développer des moyens de promouvoir la hardiesse, seulement quelques études empiriques ont permis d'évaluer l'effet d'interventions ayant une telle visée et aucune de ces études ne s'est déroulée au Québec. Ces études tendent à montrer, malgré quelques résultats divergents, qu'il est possible par une intervention de formation de renforcer la hardiesse. Ces études proposent également des conditions pour assurer le succès de ces interventions. Ces conditions de succès sont les suivantes: une intervention échelonnée sur au moins huit semaines, la formation de groupes homogènes (environ sept ou huit personnes par groupe), l'utilisation de techniques pertinentes (*focusing, reconstruction situational et compensatory self-improvement*) et si possible, la participation de l'infirmière-chef. En fait, l'état actuel de la connaissance en regard de la hardiesse invite à poursuivre des études d'évaluation, à caractère expérimental, en vue de confirmer les relations de causalité proposées dans

le modèle théorique. C'est dans ce contexte que les hypothèses de la présente étude ont été formulées.

### **Hypothèses de la recherche**

1. Suite au programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de hardiesse sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.
2. Suite au programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de stress perçu sera moins élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.
3. Suite au programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de détresse psychologique sera moins élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

La prochaine partie du texte porte sur la méthode de recherche qui a été utilisée dans la présente étude.

## **Chapitre 3 : Méthode**

Le présent chapitre présente les divers éléments de la méthode utilisée, soit le devis de recherche, la population et l'échantillon, le déroulement de l'étude, la définition opérationnelle des variables, les instruments de mesure, le plan d'analyse des données et les considérations d'ordre éthique.

### **Devis de recherche**

Afin de vérifier les trois hypothèses de cette étude un devis de recherche de type quasi expérimental avant-après avec groupe témoin non équivalent a été utilisé. Ce devis possède en plus les caractéristiques suivantes : des groupes expérimental et témoin comparables, une intervention (X) présentée sous forme d'une formation dispensée au groupe expérimental par la chercheuse sur une période de cinq semaines consécutives à raison d'une heure par semaine et un groupe témoin qui ne reçoit aucune formation. Il y a deux temps de mesure, un prétest et un post-test. Les deux moments d'évaluation sont: T1 = une semaine avant le début du programme et T2 = une semaine après la fin du programme (T1 + 6 semaines). La comparaison des mesures initiales, au prétest, servent au contrôle statistique.

### **Population et échantillon**

La population d'intérêt est constituée des infirmières qui travaillent en médecine et chirurgie au Québec. En effet, les dernières données cumulées par l'OIIQ au 31 mars 1998, indiquent que 9 058 infirmières, soit près de 14% des infirmières inscrites au Tableau de l'OIIQ, travaillent à des unités de soins de médecine et de chirurgie (OIIQ, 1998 b). La population cible est composée d'infirmières travaillant

aux unités de soins de médecine et de chirurgie dans un centre hospitalier universitaire montréalais. Au 30 novembre 1998, cette population était constituée de 697 infirmières détentrices de postes. La taille de l'échantillon a été déterminée en tenant compte de plusieurs paramètres évalués par un statisticien. Ils consistent à obtenir soit une puissance de 80% avec un seuil de confiance de  $p < 0,05$  pour les tests statistiques de Student  $t$  et les analyses de covariance à mesures répétées. L'effet attendu de la présente intervention est considéré deux fois supérieur aux résultats des études antérieures (Rich, 1985; Maddi, 1987; Tierney et Lavelle, 1997). Une perte de 10% des sujets est également anticipée.

Afin de tenir compte de ces critères, il a été évalué que l'échantillon devait être constitué d'au moins 37 infirmières, soit 17 faisant partie du groupe expérimental et 20 du groupe témoin. Les critères d'inclusion étaient les suivants: être infirmière soignante, travailler en médecine chirurgie, avoir au moins deux ans d'expérience, avoir plus de trois mois d'expérience sur la même unité de soins et travailler au moins 7 jours/quinzaine.

### **Déroulement de l'étude**

Tout d'abord, le projet a été accepté par le comité d'approbation de la Faculté des sciences infirmières et a reçu un certificat d'éthique du comité multifacultaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal (voir "Appendice C"). En mars 1999, le recrutement des participants débuta par un affichage sur les babillards dans chacun des établissements du centre hospitalier (établissements A, B,

C). Les informations sur l'affichage visaient à solliciter de façon humoristique la participation des infirmières au projet et donnaient quelques informations sur le projet (voir "Appendice D"). Les infirmières intéressées par ce projet ont communiqué avec la chercheuse pour recevoir une copie des renseignements sur le projet et le formulaire de consentement (voir "Appendice E"). Une première réunion d'informations réunissant les personnes ayant manifesté leur intérêt s'est tenue dans chaque établissement. Ces premières réunions ont été peu fructueuses car seulement 5 des 20 infirmières intéressées se sont présentées. Rapidement, il est apparu que les infirmières ne se déplaceraient pas d'un établissement à un autre pour une activité d'une heure. Il fallait donc constituer le groupe expérimental en prenant soin de respecter cette condition. Des démarches personnalisées ont été entreprises auprès de certaines équipes de soins. Après avoir reçu l'autorisation de l'infirmière-chef, cinq équipes de soins ont été rencontrées par la chercheuse afin de solliciter la participation à l'étude. Tel que recommandé dans l'étude de Tierney et Lavelle (1997), les groupes expérimentaux ont été constitués dans la mesure du possible par les infirmières d'une même équipe de soins. Cette dernière démarche a permis de recruter 36 infirmières additionnelles au 5 précédentes. L'échantillon final était donc de 41 infirmières réparties dans les groupes expérimental (19) et témoin (22). Le groupe expérimental a été scindé en trois afin que chaque session de formation soit dispensée à un maximum de huit participantes et en tenant compte des disponibilités de chacune et des lieux de travail. Le résultat de cette opération a permis la création de deux groupes de 6 participantes travaillant à l'établissement C et un groupe de 7 participantes travaillant à l'établissement B. Aucun groupe n'a été formé dans l'établissement A par manque de participantes. Le groupe témoin a été composé

d'infirmières provenant d'unités de soins de médecine et de chirurgie, différentes de celles du groupe expérimental afin d'éviter la contamination. Les sujets qui ont dû s'absenter lors des rencontres du programme ( $n=2$ ) et qui n'ont pu reprendre le contenu dispensé de façon individuelle ont été exclus ( $n=1$ ). Deux personnes du groupe expérimental, qui n'ont participé qu'à la première rencontre et ont été absentes du travail par la suite, ont été considérées comme faisant partie du groupe témoin. Les résultats de l'étude ont donc été obtenus auprès de 40 sujets, soit 16 dans le groupe expérimental et 24 dans le groupe témoin.

Lors des réunions d'informations de chaque groupe, les explications sur le projet ont été données, les participantes ont complété le formulaire de consentement et les questionnaires du prétest ont été remis avec comme directives de les compléter dans la semaine suivant la réunion. Une semaine après ces réunions, le programme de renforcement de la hardiesse (variable indépendante) a débuté avec le groupe expérimental et s'est échelonné sur cinq semaines consécutives à raison d'une heure par semaine, sauf pour un groupe pour lequel la cinquième rencontre a été espacée d'une semaine. Le programme de renforcement a été dispensé trois fois par semaine, soit le mardi à 16h00 à l'établissement B et le mercredi à 12h00 et 16h00 à l'établissement C. À la cinquième rencontre, les 16 infirmières du groupe expérimental ont fait une évaluation qualitative du programme de renforcement autant dans son contenu que dans la façon de le dispenser (voir "Appendice F"). Pour réaliser cette évaluation, un questionnaire écrit de 13 questions ouvertes et fermées a été utilisé ainsi qu'un échange informel avec les participantes. Le groupe témoin n'a reçu aucune intervention.

Enfin, une semaine après la fin du programme (temps 2), les questions concernant les variables de contrôle et les trois instruments de mesure complétés au temps 1, ont été expédiés par courrier aux 40 participantes. Une enveloppe affranchie de retour était incluse dans cet envoi. Les participantes ont eu deux semaines pour retourner les questionnaires complétés. Pour assurer le retour des questionnaires une lettre de rappel (voir "Appendice G") a été envoyée à l'ensemble des participantes une semaine après l'envoi des questionnaires.

### **Définition opérationnelle des variables**

#### **Variables dépendantes**

La **hardiesse** est définie selon les études de Kobasa et Maddi (1984) comme une caractéristique de la personne qui agit comme source de résistance et comme protecteur de la santé face aux événements stressants de la vie. La hardiesse permet à l'individu de transformer positivement les événements générateurs de stress. La hardiesse est composée de trois dimensions, le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi. Le sens de l'engagement est la tendance à s'impliquer, à être actif plutôt que passif devant les événements ou dans les activités entreprises. Le sens de la maîtrise s'exprime par le sentiment qu'une personne possède de pouvoir influencer le cours des événements en utilisant son imagination, ses connaissances, ses habiletés et ses expériences et en faisant des choix qui lui permettront de s'adapter en présence de situations stressantes. Le sens du défi est la croyance que le changement est inhérent

au cours normal de la vie et que l'anticipation des changements représente un incitatif à la croissance personnelle plutôt qu'une menace à la sécurité. Dans cette étude, la variable de la hardiesse a été mesurée avec l'Échelle des points de vue personnels. Cet outil est une traduction du *Personal View Survey* (PVS) de Kobasa (1990).

Le **stress occupationnel en soins infirmiers** constitue un dérangement, une tension ou une menace ressentie face à l'incapacité de répondre à une demande ou aux événements relatifs à la prestation de soins. Événements qui, à cause de leur potentiel menaçant, de leur fréquence et de leur intensité, peuvent entraîner des réactions plus ou moins intenses de stress chez les soignants (Duquette et al., 1995b). Gray-Toft et Anderson (1981b) ont identifié sept sources majeures de stress associées aux environnements physique, psychologique et social et se répartissant comme suit: la charge de travail dans l'environnement physique, la mort et la morbidité des personnes soignées, la préparation insuffisante de l'infirmière pour faire face aux demandes émotionnelles, le manque d'appui des collègues et l'incertitude face au traitement dans l'environnement psychologique et enfin, les conflits avec les médecins ainsi que les conflits intraprofessionnels dans l'environnement social. Dans cette étude, cette variable a été mesurée avec l'Échelle des stressseurs en soins infirmiers (ÉSSI). Cet outil est une traduction du *Nursing Stress Scale* (NSS) de Gray-Toft et Anderson (1981a).

La **détresse psychologique** se rapporte à un ensemble de symptômes physiques et psychologiques significatifs que l'on pense être liés à un désordre d'ordre névrotique (Perreault, 1987). Ces symptômes sont répartis en quatre groupes :

l'anxiété (tension nerveuse, peur, agitation, palpitation, étourdissement, troubles gastriques...), la dépression (manque d'énergie, sentiment de solitude, de découragement...), l'agressivité (être négatif, être contrarié ou se fâcher facilement...) et les problèmes cognitifs (difficultés à se concentrer, à prendre des décisions, blancs de mémoire...). Cette variable a été mesurée avec l'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé-Québec (IDPESQ- 14). Cet outil est une traduction du *Psychiatric Symptom Index* (PSI) de Ilfeld (1976).

### **Variable indépendante**

En utilisant une approche psycho-éducative, **le programme de renforcement de la hardiesse** (voir "Appendice H") vise essentiellement le développement de la hardiesse. Ce programme constitue la variable indépendante de la présente étude et est composé des différents thèmes identifiés par Kobasa et Maddi (1984), Maddi (1987), Rich (1985) et Tierney et Lavelle (1997). Ce programme a été adapté par la chercheuse à la réalité de travail et de formation des infirmières québécoises et il se compose des éléments suivants: but, objectifs spécifiques, moyens didactiques, thèmes discutés et techniques utilisées. Cinq sessions d'une durée de 45 à 60 minutes chacune ont été mises sur pied et dispensées hebdomadairement et de façon consécutive par la chercheuse. À l'aide de diverses techniques, les événements stressants mentionnés par les participantes ont été analysés par le groupe en se référant aux dimensions de la hardiesse soit le sens de la maîtrise, de l'engagement et du défi. Des discussions ont porté spécifiquement sur la dimension du défi, laquelle selon plusieurs représente la dimension la moins élevée de la hardiesse chez les

infirmières (Bausler, 1992; Buran, 1992; Duquette et al., 1995a; Harrisson, 1995; Harrisson, 1997; Major, 1995; Morissette, 1993; Savignac, 1993). Les lignes qui suivent exposent d'une façon détaillée les divers éléments du programme d'interventions. Le **but du programme d'interventions** est de renforcer ou d'augmenter la hardiesse des individus en les aidant à prendre conscience de leur sens de maîtrise, de défi et d'engagement et à mobiliser cette ressource personnelle qu'est la hardiesse. Les **objectifs spécifiques** de ce programme sont d'inviter les participants à : (a) décrire dans leurs mots ce qu'est la hardiesse, (b) décrire les trois composantes de la hardiesse (sens de la maîtrise, de l'engagement et du défi), (c) identifier les situations stressantes, (d) analyser les croyances et sentiments ressentis face à ces événements, (e) identifier les attitudes et interventions à mettre en place pour faire face à ces situations et (f) intervenir et identifier les ressources utilisées. Les moyens didactiques qui ont été utilisés sont les jeux de rôles, les exposés informels, les analyses de cas, les discussions et le *brainstorming*.

Pour identifier les événements stressants et persistants tout comme pour en faire l'analyse, quatre techniques ont été utilisées soit, la reconstruction de situations, le "*Focusing*", les techniques émotivo-rationnelles et l'autoverbalisation (voir le tableau 6). La reconstruction de situations tel que décrit par Kobasa et Maddi (1984), Maddi (1987) et Fischam (1987) a un impact sur le sens de la maîtrise et du défi et fait appel à la résolution de problèmes et à l'imagination. Cette technique vise essentiellement à identifier les réactions physiques, psychologiques et croyances en présence d'un événement stressant et comment l'événement pourrait devenir moins stressant. De plus, toujours selon les mêmes auteurs, la reconstruction de situations

Tableau 6

## Programme de renforcement de la hardiesse

Semaine	Objectifs	Techniques / Moyens didactiques
1.	➤ Identifier les situations stressantes	Exercice individuel, <i>brainstorming</i> , * <i>Focusing</i>
2.	➤ Décrire dans ses mots ce qu'est la hardiesse ➤ Décrire brièvement les trois composantes de la hardiesse soit, les sens de maîtrise, de l'engagement et du défi.	Exposé, analyse de situations stressantes au travail en lien avec les dimensions de la hardiesse, exercices de groupe
3.	➤ Décrire les sentiments, les croyances et les valeurs associées avec chaque situation identifiée la première semaine.	Approche émotivo-rationnelle, exposé et confrontation, autoverbalisation, exercice individuel et plénière
4.	➤ Identifier les attitudes et les interventions à mettre en place. ➤ Choisir une situation sur laquelle il y aura intervention.	Reconstruction de situation, résolution de problème, exercice individuel et de groupe
5.	➤ Identifier les ressources utilisées lors de l'intervention. ➤ Projeter une situation stressante et faire une démarche pour diminuer le stress ressenti.	Analyse de cas en groupe, imagination, autoverbalisation, approche émotivo-rationnelle.

est une technique à privilégier quand les événements stressants sont récents et que les gens sont très préoccupés par ces événements. À partir de l'événement stressant, il s'agit de: (a) identifier trois situations qui pourraient être pires et à l'inverse trois autres qui pourraient être mieux, (b) identifier dans chacune de ces situations, les acteurs, leurs rôles et leurs actions et évaluer ce qui pourrait être différent et (c)

identifier spécifiquement ce que le participant concerné peut faire pour se diriger vers des situations moins stressantes.

Le "*Focusing*" (Fischam, 1987; Kobasa, 1987; Kobasa et Maddi, 1984), tout en stimulant le sens de la maîtrise, permet de développer le sens de l'engagement et du défi. Cette technique permet d'identifier clairement les sentiments ressentis et de les associer à la cause de l'événement. Le "*Focusing*" est très utile lorsqu'un malaise diffus ne peut être attribué à un événement. Il faut donc débiter avec les indices (symptômes physiques ou psychologiques) qui caractérisent le malaise et remonter dans le temps jusqu'au début du malaise. Quand le moment d'apparition des symptômes est connu, tous les événements s'étant produits dans cette période sont analysés. L'identification des sentiments ressentis est plus poussée que ce qui est socialement et politiquement correct de penser et doit permettre une réelle identification des sentiments personnels.

L'approche émotivo-rationnelle développée par Ellis en 1973 et repris au Québec par Lucien Auger en 1974 consiste essentiellement à un processus de reconstruction cognitive. D'ailleurs, Kobasa et Maddi (1984), soutiennent que la personne hardie fait une évaluation cognitive des événements stressants et choisit ainsi des actions qui contribuent à diminuer le stress. L'approche émotivo-rationnelle prend pour acquis que ce ne sont pas les événements qui sont la cause des émotions mais plutôt les pensées, les croyances et les valeurs que chacun possède. Auger (1974) a identifié les pensées, les croyances et les valeurs qui sont les plus fréquemment en cause dans l'apparition des émotions. Au compte de dix,

ces différentes pensées, croyances, valeurs ont été utilisées par la chercheuse au cours du programme afin de préciser l'analyse de l'événement et ainsi mieux choisir les interventions. Il faut préciser que les techniques émotivo-rationnelles sont utilisées à l'intérieur de la reconstruction de situation et qu'elles ont fait partie des programmes d'intervention de Rich (1985) et Tierney et Lavelle (1997).

La quatrième technique *Stress inoculation* décrite par Meichenbaum et Cameron (1974) et traduite sous le terme autoverbalisation par Boisvert et Beaudry (1979), offre certaines similitudes avec l'approche émotivo-rationnelle. L'autoverbalisation précise que les mots ou phrases qu'une personne se dit avant, pendant et après un incident ont un effet déterminant sur la manière dont cette personne va agir. L'autoverbalisation vise l'identification des dialogues internes et le développement d'activités de *coping*.

### **Variables attributs**

Les caractéristiques sociodémographiques recueillies ont servi à vérifier entre autre l'homogénéité des deux groupes. Il s'agit de l'âge, du sexe, du statut marital, du nombre d'enfants, des années d'expérience, de l'ancienneté, de la clientèle soignée, du poste occupé, du temps travaillé par semaine et du quart de travail.

### **Variables de contrôle**

Il s'agit ici des différents événements stressants personnels ou professionnels qui ont eu un impact positif ou négatif dans la vie de la participante pendant la période d'expérimentation. Ces variables ont été captées à l'aide de questions qui se retrouvent à la fin du questionnaire sur les variables attributs. Les participantes ont répondu à ces questions au deux temps de l'étude.

### **Instruments de mesure**

Un questionnaire portant sur les données sociodémographiques et sur les événements inhabituels (voir "Appendice I") ainsi que trois outils de mesure ont été utilisés dans cette étude. Les outils de mesure ont évalué la hardiesse (Échelle des points de vue personnels), l'intensité du stress occupationnel (Échelle des stressseurs en soins infirmiers) et la détresse psychologique (Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec).

### **Mesure de la hardiesse**

L'Échelle des points de vue personnels, traduction française de la troisième version du *Personal View Survey* (Kobasa, 1990) a été utilisée. Cet outil regroupe 50 items dont 16 concernent le sens de l'engagement, 17 évaluent le sens de la maîtrise et 17 mesurent le sens du défi. Les participantes ont indiqué leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert qui varie de 0 (pas du tout vrai) à 3 (tout à fait vrai). Un

score total a été obtenu selon les méthodes de calcul des scores proposées par Kobasa (1990). La consistance interne de cet instrument a été vérifiée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach ( 0,90). Le *Personal View Survey* a obtenu, en ce qui concerne sa stabilité temporelle, vérifiée selon un intervalle de deux semaines, un coefficient de 0,60 (Kobasa, 1990).

Tableau 7

## Fidélité de l'Échelle des points de vue personnels

Études	Échantillon	Alpha de Cronbach (Score total de hardiesse)
Morissette (1993)	300 infirmières	0,81
Duquette et al. (1995)	1 550 infirmières	0,84
Harrison, (1995)	150 infirmières	0,87
Major (1995)	125 infirmières	0,81
Harrison, (1997)	171 inf. auxiliaires	0,85
Leclerc (1999)	38 infirmières	prétest 0,79 Post-test 0,93

L'Échelle des points de vue personnels (voir "Appendice J"), traduction du *Personal View Survey* (PVS), est le fruit d'une traduction selon la procédure de traduction inversée (Duquette et al., 1995a). Le nombre et la répartition des énoncés par dimension sont identique à la version anglaise (PVS). La consistance interne de la traduction a été vérifiée à l'intérieur de plusieurs études québécoises (Duquette et al., 1995a; Harrison, 1995; Harrison, 1997; Major, 1995; Morissette, 1993) et les

coefficients alpha de Cronbach obtenus pour le score global de l'instrument traduit varient de 0,81 à 0,87 (voir le tableau 7). Dans cette étude, l'alpha de Cronbach pour le score global de la hardiesse est de 0,79 en pré et de 0,93 en post-test.

### **Mesure du stress occupationnel**

Le *Nursing Stress Scale* de Gray-Toft et Anderson (1981a) a été élaboré pour mesurer les sources de stress tels que perçues par les infirmières. Cet outil contient 34 situations reconnues pour leur potentiel stressant et identifiées au moyen des écrits et par des entrevues réalisées auprès d'infirmières, de médecins et d'aumôniers d'hôpitaux. Les répondants doivent indiquer par un crochet, la fréquence à laquelle se produit chaque situation: 1 pour jamais, 2 occasionnellement, 3 fréquemment et 4 très fréquemment. Un score total de 34 à 136 est obtenu par l'addition des choix de chaque participant. La valeur maximale traduit une fréquence élevée de sources de stress. L'analyse a identifié sept sources majeures de stress associées aux environnements physique, psychologique et social. Cet instrument a été utilisé fréquemment dans des études concernant les infirmières de nombreux secteurs ( voir "Appendice A").

La consistance interne fut estimée à l'aide de quatre tests dont les résultats sont : Spearman-Brown coefficient: 0,79, Guttman split-half: 0,79, coefficient alpha: 0,89 et coefficient alpha standardisé (item): 0,89 (Gray-Toft et Andersen, 1981a). Des estimations de fidélité ont été obtenues par un test de vérification contre-vérification. L'outil a été redistribué à 37 infirmières deux semaines après le premier

envoi (Gray-Toft et Andersen, 1981a). Le coefficient de reproductivité obtenu pour l'ensemble de l'outil est de 0,81. La validité du NSS a été vérifiée empiriquement en examinant la corrélation entre la fréquence des sources de stress et l'anxiété, la satisfaction au travail et le taux de roulement. Les résultats ont démontré une corrélation positive et significative entre une fréquence élevée de sources de stress en soins infirmiers et l'anxiété de personnalité mesurée par *Anxiety Scale Questionnaire* ( $r = 0,39, p < 0,01$ ) et l'anxiété situationnelle mesurée à l'aide de l'*Affect Rating Scale* ( $r = 0,35, p < 0,01$ ).

La traduction en français de l'outil original, Échelle des stressseurs en soins infirmiers (ÉSSI) (voir "Appendice K") a été effectuée à l'aide de la procédure de traduction inversée (Duquette et al., 1995a). Lors d'un prétest, un coefficient alpha de Cronbach de 0,87 ( $n = 243$ ) a été obtenu (Morissette, 1993). Les qualités métrologiques de l'ÉSSI ont été vérifiées au cours d'une recherche sur les déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie ( $n = 1550$ ). Un coefficient alpha de Cronbach de 0,85 a été obtenu. Duquette et al. (1995a) ont ajouté à l'échelle de fréquence des sources de stress une échelle à quatre positions (1 = aucun stress; 2 = un peu stressant; 3 = assez stressant; 4 = très stressant) pour capter l'intensité du stress occupationnel ressenti. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu pour cette échelle d'intensité est de 0,91. Pour la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach en ce qui concerne l'échelle de l'intensité du stress est de 0,91 en pré et de 0,94 en post-test. L'ÉSSI a été utilisée dans plusieurs études menées auprès d'infirmières québécoises (Duquette et al., 1995; Harrisson, 1995; Morissette, 1993). La consistance interne de l'ÉSSI pour ces différentes études est

présentée au tableau suivant.

Tableau 8

Fidélité de l'Échelle des stressseurs en soins infirmiers

Études	Échantillon	Fréquence des sources de stress	Intensité du stress
Morrissette, 1993	213 infirmières	0,94	0,87
Duquette et al., 1995	1550 infirmières	0,85	0,91
Harrisson, 1995	92 infirmières	0,89	0,95
Leclerc, 1999	38 infirmières	0,87	prétest 0,91 post-test 0,94

**Mesure de la détresse psychologique**

La détresse psychologique a été évaluée par le questionnaire IDPSEQ-14, utilisé dans l'Enquête Santé Québec 1992-1993 et celle de 1998. Ce questionnaire est une version réduite de l'Indice de détresse psychologique IDPESQ-29, lequel est une traduction du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI - 29 items) lui-même une version abrégée du *Hopkins Symptoms Distress Check list* (HSCL - 54 items) développé par Derogatis, Litman et Covi en 1970 (Ilfeld, 1976). D'abord utilisé dans l'Enquête Santé Québec (ESQ), le PSI a été traduit en français et modifié par les chercheurs du projet pilote de l'ESQ (Perreault, 1987). L'outil traduit et modifié comportait 29 énoncés et constitue l'indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec ou IDPESQ-29 (Boyer et al., 1993) dont les propriétés métrologiques ont été confirmées (Prévile, 1994). Les 29 énoncés se répartissent ainsi: 11 se rapportent à l'anxiété, 10

à la dépression, 4 à l'agressivité et 4 à des problèmes cognitifs. Le sujet répond à un ensemble de questions fermées et situe la fréquence des symptômes perçus à l'aide d'une échelle de Likert à quatre positions: 1 (jamais), 2 (de temps en temps), 3 (assez souvent), 4 (souvent). Un score élevé correspond à une détresse psychologique élevée ou annonce un risque accru de se retrouver en difficulté. Duquette et al. (1995a) dans leur étude auprès d'infirmières du Québec, ont obtenu un coefficient alpha de Cronbach de 0,94 ( $n = 1\ 550$ ) pour l'ensemble de cet instrument. Harrison (1997) a aussi obtenu un alpha de Cronbach de 0,94 à partir d'un échantillon de 171 infirmières auxiliaires du Québec.

Une version abrégée ne comportant que 14 énoncés issus de IDPSEQ-29 a été utilisée dans cette étude. Le IDPSEQ-14 ne montre aucune différence de validité si on le compare au IDPSEQ-29. De plus, les coefficients de consistance interne de Cronbach sont pour le IDPSEQ-29 et IDPSEQ-14 de 0,89. (Boyer et al., 1993; Prévillé, 1994). La version réduite, soit le IDPSEQ-14 (voir "Appendice L"), a l'avantage d'être plus rapide à compléter, et semble avoir la préférence de certains chercheurs québécois étudiant la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1997; Bourbonnais et al., 1998; Enquête Santé-Québec, 1992-1993; Enquête Santé Québec, 1998). Il faut mentionner que l'Enquête Santé-Québec de 1998 s'achève à peine et que les premières analyses ne seront disponibles qu'en l'an 2 000. Pour cette étude, l'alpha de Cronbach est de 0,89 en pré et de 0,93 en post-test pour l'ensemble des énoncés de l'instrument (IDPSEQ-14).

### **Mesure d'autres événements stressants**

Deux questions, élaborées par la chercheuse, avait comme objectif d'identifier des événements stressants (professionnel ou personnel) s'étant produits pendant le projet. Les deux questions se lisaient comme suit : 1. Un événement inhabituel, qu'il soit positif ou négatif, est-il survenu a) dans votre vie professionnelle? et b) dans votre vie personnelle? ; 2. Pensez-vous que ce ou ces événements ont pu influencer votre santé?

### **Plan d'analyse des données**

La description de l'échantillon a été réalisée à l'aide de distribution de fréquence et de mesure de tendance centrale et de dispersion. Afin d'estimer l'équivalence des groupes expérimentaux et contrôle au prétest en regard des variables démographiques et dépendantes, des méthodes d'analyses paramétriques comme des tests de "t" de Student ont été employées sur les variables continues. Sur les données discrètes et ordinales, le test non paramétrique du chi-carré a été utilisé. Les liens d'association entre les variables attributs et les variables dépendantes ont été vérifiés en utilisant des analyses de régression multiple, alors que des analyses corrélationnelles de *Pearson* ont été effectuées pour vérifier les liens d'association entre les trois variables dépendantes. Des analyses de covariance à mesures répétées ont été utilisées pour vérifier les hypothèses de recherche.

### Considérations éthiques

Comme il a été mentionné auparavant, le protocole de recherche a été évalué et accepté par le comité multifacultaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal qui a émis un certificat d'éthique pour la durée du projet. Un appel de candidats a été fait et c'est sur une base volontaire que les participantes ont été sélectionnées. Par la suite, chaque participante a signé une formule de consentement (voir "Appendice E") qui indique l'objet de la recherche et son niveau de participation. Pour assurer la confidentialité et permettre de connaître l'évolution de chaque participante concernant les variables à l'étude, un code d'identification personnel a été composé par les participantes. L'information nécessaire leur a été communiquée par écrit au deux temps de mesure. Les participantes ont été informées que les questionnaires ainsi codifiés ont été tenus sous clés dans la filière de la chercheuse afin de préserver la confidentialité des informations transmises. Pour cette étude, aucun risque permanent n'a été observé, ni verbalisé par les participantes. Le risque présumé faisait plutôt référence à l'inconfort associé au fait de compléter un questionnaire ou d'assister à une formation. Aucune des 17 participantes du groupe expérimental n'a manifesté ou mentionné un inconfort psychologique, inconfort qui aurait pu résulter d'une prise de conscience individuelle du stress ressenti. Donc, aucune référence n'a été faite au bureau de santé du centre hospitalier ou au médecin traitant. L'inconfort économique a été compensé par du temps remis soit 7,25 heures pour chaque infirmière du groupe expérimental. Les infirmières du groupe témoin qui le souhaitent, ont été inscrites sur une liste d'attente afin de participer à la deuxième cohorte à qui devrait être dispensé le programme de renforcement de la

hardiesse à l'automne 1999. Ainsi le temps pour compléter les questionnaires, estimé au total entre 2 et 2,5 heures, a été rémunéré ainsi que le temps de participation au programme du groupe expérimental, c'est-à-dire 5 heures.

## **Chapitre 4 : Résultats**

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Il est successivement fait état des caractéristiques des sujets et de l'homogénéité des groupes de même que de la vérification des hypothèses et d'analyses complémentaires.

### **Caractéristiques de l'échantillon et homogénéité des groupes**

L'échantillon est formé de 40 sujets répartis en deux groupes: le groupe expérimental (16) et le groupe contrôle (24). Après étude des résultats, deux sujets du groupe témoin ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion concernant l'expérience de travail sur l'unité. Au préfet, sur le plan personnel, l'âge moyen des sujets était de 40 ans, la très grande majorité d'entre eux étaient des femmes  $n = 38$  (94%), plus de 75% étaient mariées ou vivaient en union libre, et plus de 60% avaient deux enfants et plus. Sur le plan professionnel, plus de 63% des participantes occupaient des postes à temps complet, travaillaient de jour dans une proportion de 79%, et plus de 97% œuvraient auprès d'une clientèle en médecine chirurgie. Les participantes avaient en moyenne plus de 18 ans d'expérience comme infirmière et travaillaient sur la même unité de soins depuis plus de 9 ans en moyenne. Des tests du Chi carré de Pearson et des tests de Fischer lorsque requis, ont été faits sur les caractéristiques sociodémographiques (voir tableau 9). Pour toutes les données sociodémographiques, il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes ( $p > 0,05$ ). En d'autres termes, les groupes sont homogènes en ce qui concerne les variables attributs.

Tableau 9

Distribution des sujets selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Groupe témoin		E.T.		Groupe expérimental		E.T.	Valeur de p <sup>1</sup>	
	N	%	8	±	N	%			8
Âge	22		40,3	± 7,1	16		41,4	± 6,9	0,60
Genre	Femme	20	90,9		16	100			0,50 <sup>a</sup>
	Homme	2	9,1						
Statut social	Mariée	8	36,4		10	62,5			0,42
	Union libre	8	36,4		3	18,8			
	Célibataire	3	13,6		1	6,3			
	Divorcée	3	13,6		2	12,5			
Avez-vous des enfants ?	Oui	17	77,3		11	68,8			0,71 <sup>a</sup>
	Non	5	22,7		5	31,3			
Nombre d'enfants	Aucun	5	22,7		5	31,3			0,12
	1 seul	4	18,2		1	6,3			
	2 enfants	13	59,1		6	43,8			
	3 et plus				3	18,8			
Poste de travail	TCR	14	63,6		10	62,5			0,66
	TPR	7	31,8		6	37,5			
	Remplacement	1	4,5						
Clientèle	Méd.-chir	22	100		15	93,8			0,42 <sup>a</sup>
	Urgence				1	6,3			
Quart de travail	Jour	18	81,8		16	75,0			0,34
	Rotation	3	13,6		1	6,3			
	Soir				2	12,5			
	Nuit	1	4,5		1	6,3			
Nbr d'années d'expérience	22		17,05	± 6,53	16		19,38	± 6,95	0,30
Nbr d'années sur l'unité	21		8,69	± 5,95	16		9,97	± 5,40	0,50

Note : TCR = temps complet régulier TPR = temps partiel régulier E.T. = écart-type

p &lt; 0,05 seuil de signification des analyses

<sup>1</sup> Basé sur le test de Chi carré de Pearson ou test de Fischer lorsque requis et spécifié par la lettre <sup>a</sup>

De plus, au prétest, des tests de t de Student montrent que les deux groupes avaient un niveau de hardiesse comparable ( $p = 0,99$ ), percevaient le stress de façon aussi intense ( $p = 0,88$ ) et vivaient autant de détresse psychologique ( $p = 0,95$ ). Donc, les deux groupes étaient comparables aussi sur les variables dépendantes au moment du prétest.

En ce qui concerne les événements stressants survenus au cours des cinq dernières semaines et considérés comme des variables de contrôle, selon les tests de chi carré ou de Fischer, il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes aux deux temps de mesure. Ceci signifie que 57% des infirmières des deux groupes au temps un et 72% au temps deux, ont vécu des événements stressants lors des cinq dernières semaines. Pour la moitié d'entre elles, au temps un et 60 % au temps deux, ces événements touchaient leur vie personnelle et que dans une proportion de 69 % au temps un et 72% au temps deux, celles-ci percevaient que ces événements avaient un impact négatif sur leur santé (voir tableau 10).

L'homogénéité des groupes a donc été vérifiée au niveau des variables sociodémographiques, des variables de contrôle et des variables dépendantes. Les analyses effectuées confirment que les groupes expérimental et témoin étaient comparables au prétest.

Tableau 10

Distribution des sujets selon les variables de contrôle

Variables de contrôle au temps 1		Groupe contrôle		Groupe expérimental		Valeur de p <sup>†</sup>
		N	%	N	%	
Événements inhabituels < 5 semaines	Oui	11	50,0	11	68,8	0,25
	Non	11	50,0	5	31,3	
Dans quel aspect de la vie ?	Personnel	4	36,4	7	63,6	0,37
	Professionnel	4	36,4	3	27,3	
	Pers. et prof	3	27,3	1	9,1	
Influence sur la santé	Oui	9	81,8	7	63,6	0,63 <sup>a</sup>
	Non	2	18,2	4	36,4	
<b>Variables de contrôle au temps 2</b>						
Événements inhabituels < 5 semaines	Oui	12	75,0	11	68,8	1,00 <sup>a</sup>
	Non	4	25,0	5	31,3	
Dans quel aspect de la vie ?	Professionnel	3	25,0	3	27,3	0,75
	Personnel	8	66,7	6	60,9	
	Pers. et prof.	1	8,3	2	18,2	
Influence sur la santé	Oui	9	75,0	7	63,6	0,67 <sup>a</sup>
	Non	3	25,0	4	36,4	

<sup>†</sup> Basé sur le test de Chi carré de Pearson ou test de Fischer lorsque requis et spécifié par la lettre <sup>a</sup>

Des analyses de régression multiple indiquent qu'aucune des variables sociodémographiques n'est significative en regard de la variation des scores globaux des trois variables à l'étude soit la hardiesse, l'intensité du stress perçu et la détresse psychologique, et ce aux deux temps de mesure.

De plus des analyses corrélationnelles ont été réalisées pour vérifier les liens d'association entre les trois variables dépendantes : la hardiesse, l'intensité des stressors et la détresse psychologique. En tenant compte de l'évolution des mesures,

la corrélation entre la hardiesse et l'intensité des stressseurs varie de 0,18 à 0,31, selon les groupes. Ces corrélations sont comparables à celles obtenues dans d'autres études qui se situaient entre 0,21 à 0,62 (Annexe A). Les corrélations entre la hardiesse et la détresse psychologique pour cette étude (0,28 à 0,45) sont comparables à celle obtenue par Harrison (1997) avec un  $r=0,42$ . Les liens de corrélation entre la détresse psychologique et l'intensité des stressseurs obtenus dans cette étude sont de 0,21 pour le groupe expérimental et de 0,22 pour le groupe contrôle. Les résultats détaillés des analyses corrélationnelles de *Pearson* sont présentés au tableau suivant.

Tableau 11

Coefficient de corrélation entre la hardiesse,  
l'intensité des stressseurs et la détresse psychologique

	Score global d'intensité des stressseurs et hardiesse $R$	Score global de détresse psychologique et hardiesse $r$	Score global de détresse psychologique et intensité des stressseurs $r$
Groupe expérimental	0,31	0,28	0,21
Groupe contrôle	0,18	0,40	0,22
Groupe total	0,41	0,45	0,32

### Vérification des hypothèses

La présente section présente les résultats de la vérification des trois hypothèses. Le traitement des données s'est fait à l'aide d'analyses de covariance à

mesures répétées en considérant successivement l'effet du groupe, l'effet du temps et l'effet de l'interaction du groupe et du temps. La variable de covariance est constituée par les scores obtenus au temps un. Tel que recommandé par Fleiss (1986), les tests de covariance à mesures répétées ont été préférés à des ANOVA même si les groupes étaient équivalents au temps un, du fait que ces analyses augmentent la puissance du test. Ces analyses de covariance ont été utilisées parce que les corrélations entre les variables dépendantes sont faibles ou modérées.

Selon la première hypothèse, suite au programme d'interventions, le niveau de hardiesse est prévu être plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.

Les analyses statistiques confirment qu'avant le début du programme de renforcement les deux groupes étaient comparables en ce qui concerne le niveau de hardiesse ( $p=0,99$ ), alors qu'au temps deux, soit six semaines plus tard, ils étaient différents ( $p<0,01$ ). L'analyse des données recueillies à l'aide du questionnaire de l'Échelle des points de vue personnels permet de constater que le niveau de hardiesse a augmenté de façon significative dans le groupe expérimental ( $p<0,01$ ), la moyenne passant de 68,79 à 72,92, alors que pendant la même période, le niveau de hardiesse a diminué de façon significative ( $p<0,01$ ) pour le groupe témoin, soit de 68,75 à 64,5. L'interaction du temps et du groupe ( $p<0,01$ ) confirme la première hypothèse, c'est-à-dire que le groupe expérimental a évolué différemment et significativement en comparaison au groupe témoin et ceci en faveur d'une augmentation de la hardiesse dans le temps (voir le tableau 12).

Tableau 12

Niveau de hardiesse en pré et post programme de renforcement de la hardiesse

Groupe	n		Moyenne Écart-type	Moyenne Écart-type	Valeur du p	Valeur du p	Valeur du p
	Pré	Post	Pré	Post	Temps	Groupe	G * T
Exp.	16	16	68,79 ± 8.38	72,92 ± 7,51	p<0,01	<b>Pré</b> p=0,99 <b>Post</b> p<0,01	p<0,01
Contrôle	22	16	68,75 ± 9.98	64,5 ± 12,95	p<0,01		

Selon la seconde hypothèse l'intensité du stress perçue par les infirmières du groupe expérimental est prévue être moins élevée après le programme de renforcement que l'intensité perçue par les infirmières du groupe témoin.

Alors qu'au début de l'étude, les analyses indiquent que les groupes étaient comparables (p=0,89) en ce qui concerne l'intensité du stress perçue, on peut dire qu'au temps deux, ils étaient différents (p<0,01). L'analyse des données, recueillies à l'aide de l'Échelle des stressseurs en soins infirmiers, indiquent que les infirmières du groupe expérimental perçoivent moins intensément le stress après le programme d'interventions (p<0,03), l'intensité du stress passant de 89,54 à 78,74. Les infirmières du groupe témoin, quant à elles, ont exprimé une augmentation dans l'intensité du stress perçue, mais cette augmentation n'est pas significative au plan statistique (p=0,34). L'analyse de l'interaction du groupe et du temps permet de confirmer la seconde hypothèse, c'est-à-dire que le groupe expérimental a évolué significativement et différemment du groupe témoin en faveur d'une diminution de

l'intensité du stress perçu ( $p < 0,02$ ). Les résultats détaillés de ces analyses sont présentés au tableau 13.

Tableau 13

Intensité du stress occupationnel en pré et post  
programme de renforcement de la hardiesse

Groupe	N		Moyenne Écart-type	Moyenne Écart-type	Valeur du p	Valeur du p	Valeur du p
	Pré	Post	Pré	Post	Temps	Groupe	G * T
Exp.	16	16	89,54 ± 16,69	78,74 ± 20,94	$p < 0,03$	<b>Pré</b> $p = 0,89$	$p < 0,02$
Contrôle	22	16	83,24 ± 16,31	87,6 ± 19,07	$p = 0,34$	<b>Post</b> $p < 0,05$	

Selon la troisième hypothèse, la détresse psychologique est prévue être moins élevée chez les infirmières ayant assisté au programme d'intervention que chez les infirmières du groupe témoin.

Les analyses statistiques indiquent qu'avant le programme de renforcement, les deux groupes étaient comparables ( $p = 0,95$ ), alors qu'après l'intervention, soit six semaines plus tard, ils étaient différents ( $p < 0,01$ ). L'analyse des données, recueillies à l'aide du questionnaire sur l'Indice de détresse psychologique de l'enquête santé Québec (IDPSEQ-14), indique que les infirmières du groupe expérimental expriment moins de détresse psychologique après l'intervention, mais de façon non significative au plan statistique ( $p = 0,15$ ). Quant à elles, les infirmières du groupe témoin ont

exprimé une augmentation des symptômes de détresse psychologique, mais cette augmentation est non significative au plan statistique ( $p=0,12$ ). Cependant, quant on tient compte de l'interaction du temps et du groupe, la troisième hypothèse est confirmée, c'est-à-dire que le groupe expérimental a évolué de façon différente et significative ( $p<0,05$ ) en faveur d'une diminution de la détresse psychologique. Les résultats de ces analyses sont exposés au tableau 14.

Tableau 14

Indice de détresse psychologique en pré et post programme  
de renforcement de la hardiesse

Groupe	N		Moyenne Écart-type	Moyenne Écart-type	Valeur du p	Valeur du p	Valeur du p
	Pré	Post	Pré	Post	Temps	Groupe	G * T
Exp.	16	16	33,18 ± 18,66	27,98 ± 15,15	$p=0,15$	<b>Pré</b> $p=0,95$	$p<0,05$
Contrôle	21	16	31,75 ± 15,1	38,1 ± 18,97	$p=0,12$	<b>Post</b> $p<0,01$	

### Analyses complémentaires

Comme spécifié au début du projet, un formulaire utilisé dans le centre hospitalier pour évaluer les différentes sessions de formation a légèrement été modifié pour permettre une évaluation qualitative du programme d'intervention (voir "Appendice F"). Quinze des seize participantes ont complété cette évaluation ( $n=15$ ). L'évaluation portait sur trois aspects du programme, soit l'organisation, le contenu et

l'animation. Les résultats sont présentés pour chacun des aspects. Les points à améliorer et les points forts sont soulignés à la fin de ce chapitre.

### **Organisation**

La plupart des participantes ont considéré la documentation écrite fournie comme étant utile (9/15), suffisante (5/15) et pertinente (8/15). Pour ce qui est des modalités des rencontres, soit cinq rencontres de 60 minutes pendant cinq semaines consécutives, 6 personnes ont trouvé les modalités adéquates alors que la plupart (9/15) considèrent les rencontres trop courtes. Les commentaires d'ordre général recueillis portaient sur le nombre et la durée des rencontres qu'on souhaitait plus longues (n=4), la salle de formation qu'on trouvait adéquate (n=1), la peur d'arriver en retard à la formation (n=2), le fait que le temps de dîner représentait un bon moment pour ce type de formation (n=2), et qu'à quelques reprises l'on s'écartait du sujet des rencontres (n=1).

### **Contenu**

L'atteinte des objectifs du programme a été évaluée à chaque semaine du programme. Le tableau 15 résume l'évaluation faite par les participantes. On peut constater que la plupart ont trouvé les objectifs clairs et atteints ou presque entièrement atteints. Par ailleurs, toutes les participantes ont trouvé le contenu pertinent en relation avec leur travail et adapté à leurs besoins. Dix personnes ont trouvé le contenu suffisant, alors que quatre étaient d'avis contraire et que trois

considéraient le contenu trop dense. De façon générale, les participantes auraient apprécié avoir plus de mises en situation ( $\underline{n}=3$ ), avoir plus de temps pour discuter ( $\underline{n}=1$ ), n'avoir que des textes en français ( $\underline{n}=1$ ), faire les corrections des exercices de façon systématique ( $\underline{n}=1$ ) et travailler plus concrètement la hardiesse ( $\underline{n}=1$ ). D'autres ont souligné que le contenu était adapté au temps disponible ( $\underline{n}=2$ ), que ça leur faisait du bien de se faire "ramener sur terre" ( $\underline{n}=1$ ) et qu'il ne leur restait plus qu'à mettre en pratique ce qu'elles avaient appris ( $\underline{n}=4$ ). Il a aussi été souligné que l'activité devrait avoir lieu deux fois par an pour maintenir la hardiesse.

Tableau 15

## Évaluation des objectifs du programme d'intervention

	Clairs	Imprécis	Atteints	Presque atteints	Peu atteints
Semaine 1	12/15		9/15	1/15	
Semaine 2	9/15	2/15	6/15	3/15	1/15
Semaine 3	9/15	1/15	5/15	6/15	
Semaine 4	8/15		7/15	6/15	
Semaine 5	10/15		3/15	6/15	

**Animation**

L'ensemble des participantes (14/15) a trouvé que la personne-ressource possédait le contenu et que les exercices suggérés facilitaient la réflexion (beaucoup 9/15 et assez 6/15). Les explications données et les exemples utilisés étaient clairs

(11/15) et la personne-ressource a tenu compte de l'expérience et du vécu des participantes (beaucoup 9/15 et assez 6/15). Toutes les participantes ont trouvé que la personne-ressource sollicitait suffisamment leur participation. Les commentaires généraux étaient très positifs face à l'animation qu'on trouvait dynamique ( $n=7$ ), intéressante ( $n=2$ ), expressive ( $n=4$ ), capable d'échange ( $n=1$ ), drôle ( $n=3$ ), cohérente ( $n=1$ ), captivante et ouverte ( $n=1$ ). Les participantes ont apprécié le choix des exemples, le respect des participantes, le fait de dédramatiser les situations urgentes et stressantes ( $n=3$ ). Une participante a mentionné que cette formation l'aidait à réfléchir sur son implication, son sentiment d'appartenance et son sens des responsabilités.

Les participantes ont beaucoup apprécié les exercices et les échanges qui permettaient de constater que plusieurs personnes vivent la même chose, de rire des idées déraisonnables et de dédramatiser les situations stressantes. Une participante mentionnait qu'elle arrivait maintenant à analyser les situations et à se calmer. Le fait de former les groupes avec des personnes de la même unité était considéré comme un point fort du programme.

Dans les recommandations faites par les participantes, on lit les commentaires suivants: ne pas déborder du sujet, inclure plus d'exercices et d'exemples issus du travail, faire des rencontres plus longues, faire travailler un peu plus les participantes, faire un suivi dans le mois, éviter que l'assistante infirmière chef soit présente, utiliser plus le tableau et les acétates, inciter plus fortement les participantes à apporter des solutions, s'attarder un peu plus aux techniques émotive-rationnelles.

Il est ressorti que l'heure du dîner représentait un bon moment de formation et que cela facilitait la participation, que le programme devrait être offert à d'autres groupes d'intervenants comme les commis, préposés aux bénéficiaires et chefs d'unités et enfin, que le programme pourrait se donner sur une ou deux journées avec plus de mises en situation.

Globalement, les infirmières ont trouvé cette formation pertinente et bien adaptée à leurs besoins, même si pour la majorité, les rencontres étaient trop courtes. Tel que recommandé par Tierney et Lavelle (1996), les groupes ont été composés avec des infirmières travaillant sur la même unité. Ce facteur a été apprécié par l'ensemble des infirmières qui y voyaient une manière de mieux intégrer le contenu. Cependant, certains commentaires ont été recueillis à l'effet que la participation de l'assistante infirmière chef de l'unité pouvait nuire à l'expression des situations stressantes. En ce qui concerne la façon de dispenser le programme d'interventions, l'ensemble des commentaires visait une augmentation des rencontres ou de la durée de celles-ci. Il faut préciser que le contenu dispensé sur le temps du dîner l'avait déjà été deux fois auparavant et que l'animatrice avait peut-être révisé l'organisation de la rencontre. Il faut aussi préciser que des rencontres d'une heure sont trop courtes pour faire verbaliser les infirmières sur les événements stressants du jour, revenir brièvement sur le contenu de la semaine précédente, dispenser le contenu prévu pour la rencontre et faire des exercices. Le groupe d'infirmières qui n'a pas reçu les rencontres de façon consécutive, a apprécié l'écart d'une semaine entre les rencontres précisant dans les commentaires verbaux et écrits que ceci leur avait permis de mieux

intégrer les notions apprises. Des quatre techniques discutées avec le groupe, soit le *focusing*, la reconstruction de situation, les techniques émotivo-rationnelles et l'autoverbalisation ou *Stress inoculation*, la dernière est celle qui a le moins retenu l'attention des participantes. D'un autre côté, les exercices sur les techniques émotivo-rationnelles ont été grandement appréciés et la correction de ces exercices a suscité un grand intérêt de la part des participantes.

## **Chapitre 5 : Interprétation des résultats**

Ce chapitre s'attarde à la discussion des résultats obtenus pour chacune des hypothèses en termes de compréhension, d'appuis théoriques et scientifiques. Le début de la discussion traite cependant de l'authenticité des résultats. S'ajoutent également à la discussion, des éléments sur la contribution théorique. Ce chapitre se termine par des recommandations pour la pratique et la recherche en sciences infirmières.

### **Authenticité des résultats**

Dans cette étude, la sélection des sujets a été faite sur une base volontaire et non pas par un processus de choix aléatoire. Étant donné la difficulté de recrutement des sujets, étroitement liée à un contexte de travail particulièrement tendu, et compte tenu du nombre de sujets nécessaires pour ce projet, toutes les personnes intéressées à participer au projet ont été retenues. Des 41 infirmières qui souhaitaient participer, qui avaient signé un consentement et qui avaient répondu aux questionnaires et aux instruments de mesure (temps 1), une dizaine ne rencontraient pas un ou plusieurs critères d'inclusion fixés au départ, soit: être infirmière soignante, travailler sur une unité de médecine chirurgie, avoir au moins deux ans d'expérience, avoir plus de trois mois sur la même unité et travailler au moins 7 jours quinzaine. Afin de s'assurer d'un nombre suffisant de participantes et compte tenu du fait que spontanément les assistantes infirmière-chef participaient à la première rencontre d'information, le critère spécifiant qu'il fallait être infirmière soignante pour participer au projet a été supprimé. Les assistantes infirmière chef étaient au nombre de trois dans le groupe expérimental et autant dans le groupe témoin. Cependant, et comme expliqué au

chapitre 4, il ressort que selon certains sujets, la participation des assistantes a pu modifier ou limiter l'expression des situations stressantes vécues par les infirmières soignantes.

L'absence d'un choix aléatoire dans la sélection des sujets fait que les résultats de ce projet ne peuvent être généralisés aux infirmières travaillant sur des unités de médecine et chirurgie du centre hospitalier, pas plus qu'à l'ensemble de la population infirmière du Québec, parce que l'échantillon ne peut être qualifié de représentatif de la population à l'étude. Par conséquent, l'échantillon de ce projet limite la validité externe des résultats de l'étude. Cependant, les caractéristiques des sujets qui ont participé à la présente étude sont semblables à celles que l'on rencontre dans la population.

Par la suite, il s'est avéré très compliqué de répartir de façon aléatoire les sujets dans les groupes expérimental et témoin. En effet, les groupes ont été formés en tenant compte de certains facteurs, tels que le lieu de travail, le moment de l'intervention et les disponibilités de chacune. Cependant, et suite aux analyses faites, l'homogénéité ou l'équivalence des groupes en ce qui concerne les variables attributs, les variables de contrôle et les variables dépendantes au premier temps de mesure, contribue à renforcer la validité interne des résultats de l'étude.

Comme déjà spécifié ci-haut, bien que les groupes soient homogènes en ce qui concerne les variables attributs telles que l'âge, le genre, le statut social, le nombre d'enfants, le poste de travail, le quart de travail, le nombre d'années d'expérience

comme infirmière, le nombre d'années de travail sur l'unité de soins et la clientèle soignée, l'absence de choix aléatoire des sujets ainsi que l'absence de répartition aléatoire de ces sujets dans les groupes expérimental et témoin, limitent la généralisation des résultats.

La difficulté de recruter des infirmières, conjugué au fait qu'il aurait été difficile de demander à une tierce personne de tenir des rencontres selon les modalités du programme à l'étude, n'a pas permis de faire un groupe à l'aveugle. Ce groupe aurait permis d'évaluer l'effet que des rencontres informelles, ayant comme seul objectif de faire verbaliser les infirmières sur les difficultés vécus, ont sur les variables à l'étude

Les variables de contrôle, c'est-à-dire les événements inhabituels vécus dans les cinq semaines précédant la mesure, ont permis d'évaluer si dans un ou l'autre des groupes, les sujets vivaient plus d'événements stressants, ce qui auraient pu influencer sur les résultats de l'étude. Il ressort qu'effectivement dans les deux groupes, et de façon comparable, des sujets ont vécu des événements inhabituels souvent négatifs, aux deux temps de mesure, et que ces événements semblaient avoir un impact sur la santé. On peut donc dire que les variations significatives observées en ce qui concerne les variables dépendantes, ne sont pas associées à la fréquence d'événements inhabituels plus nombreux ou moins nombreux dans l'un ou l'autre des groupes expérimental et témoin.

La qualité de la fidélité des instruments de mesure permet de réduire les erreurs de mesure. En effet, l'étendue acceptable pour les coefficients de fidélité se situe entre 0,70 et 0,90 (Fortin, 1996). Dans cette étude, la fidélité des instruments de mesure, et plus précisément la consistance interne des instruments, a été évaluée avec l'alpha de Cronbach. Les résultats se situent entre 0,79 et 0,94. On peut donc dire que la qualité des instruments de mesure contribue aussi à renforcer la validité interne des résultats.

Les analyses statistiques utilisées pour vérifier les trois hypothèses de ce projet, soit des analyses de variance pour mesures répétées contribuent à augmenter la validité des résultats obtenus. En effet, et contrairement aux études antérieures (Tierney et Lavelle 1997, Maddi 1987 et Rich 1985), les analyses de l'effet de l'interaction du temps et du groupe, permettent de dire que le groupe expérimental a évolué différemment et significativement du groupe témoin. Les analyses de covariance utilisées dans ce projet présentent une puissance de test supérieure aux analyses utilisées par Tierney et Lavelle 1997, Maddi 1987 et Rich 1985.

Un autre aspect qui contribue à augmenter la validité interne de cette étude réside dans le fait que le programme de renforcement de la hardiesse a été dispensé par la même personne pour tous les sujets du groupe expérimental, répartis en trois sous-groupes. Ce qui représente un total de 15 rencontres. Cet élément méthodologique limite les sources de biais potentiels qui auraient pu affecter la variable indépendante.

Enfin, soulignons qu'aucune des variables sociodémographiques n'est liée aux variables dépendantes, ce qui renforce la validité des résultats obtenus.

### **Discussion des résultats pour chacune des hypothèses**

En ce qui concerne la première hypothèse, le niveau de hardiesse a effectivement augmenté de façon significative chez les infirmières faisant partie du groupe expérimental. Bien que dans les trois études expérimentales répertoriées (Tierney et Lavelle 1997; Maddi 1987 et Rich 1985), on note aussi une augmentation de la hardiesse. Les analyses statistiques utilisées pour ce projet et plus précisément l'interaction du temps et du groupe permettent de dire que le programme a eu un impact positif et significatif sur le niveau de hardiesse des infirmières participant au projet. En comparant les études précédentes à celle-ci, on peut aussi constater que le groupe témoin se distingue par une diminution significative du niveau de hardiesse qui est passé de 68,75 à 64,5. Il s'agit ici du plus bas niveau répertorié parmi toutes les études réalisées auprès d'infirmières (voir "Appendices A et B"). Cette dernière donnée doit être interprétée en lien avec le contexte extrêmement difficile que vivent les infirmières. Comme décrit dans la problématique, la reconfiguration du réseau de la santé au Québec s'est fait sentir dans chaque milieu de soins par l'augmentation de la complexité des soins, la diminution de personnel d'expérience et un manque important de ressources qui n'est toujours pas comblé. Le projet s'est déroulé 2 mois avant le début d'une grève générale illimitée. Il est évident que le contexte de travail qu'on pourrait qualifier de contexte de crise était le même pour les infirmières des groupes expérimental et témoin. Cependant, contrairement aux infirmières du groupe

témoin, les infirmières du groupe expérimental ont pu identifier et analyser certaines situations très stressantes et ceci peut expliquer les différences significatives en regard du niveau de hardiesse des deux groupes. On peut probablement dire que le programme de renforcement permet d'augmenter le niveau de hardiesse en situation de crise. Il faudrait sans doute vérifier l'effet d'un tel programme dans un contexte plus stable.

La vérification de la deuxième hypothèse a révélé que les infirmières du groupe expérimental ont vu leur niveau de stress diminué significativement en terme d'intensité passant de 89,5 à 78,7. Si l'on compare ce dernier résultat à ceux obtenus dans d'autres études, il s'agit d'un des niveaux les plus bas répertorié auprès d'infirmières québécoises. En effet, des infirmières en soins de longue durée avaient obtenu des niveaux d'intensité de stress variant de 82,1 à 82,9 dans l'étude de Duquette et al. (1995), de 83,6 (Savignac 1993), et de 82,39 (Patenaude, 1996). D'autres groupes ont aussi été étudiés et par exemple, en soins intensifs, les infirmières avaient obtenu un niveau d'intensité de stress à 105,3 (Morrisette, 1993) alors que les infirmières travaillant sur des unités de médecine et chirurgie obtenaient un score de 86,7 (Harrison, 1995). Les infirmières du groupe témoin quant à elles ont perçu le stress occupationnel de façon plus intense à la fin de l'étude, soit 87,6 alors que la moyenne était à 83,24 avant le début du programme. Encore ici on peut penser que le contexte joue un rôle d'importance dans l'augmentation du stress chez le groupe témoin et que le programme de renforcement a joué un rôle déterminant dans la diminution de la tension perçue par les infirmières du groupe expérimental.

Tout comme pour les deux autres variables dépendantes, le programme de renforcement a modifié de façon positive et significative le niveau de détresse psychologique des infirmières du groupe expérimental. En effet, le score global de l'IDPSEQ-14 est passé de 33,18 à 27,98. Aussi comme ce fût le cas pour les deux autres variables, la détresse psychologique a augmenté, mais de façon non significative pour les sujets du groupe témoin, passant de 31,75 à 38,1. Ces résultats contribuent à renforcer le fait que le programme d'interventions a eu un impact positif et significatif, et ce dans un contexte de crise bien précis. Comme il a été mentionné antérieurement, il faudrait probablement évaluer l'effet de ce programme au cours d'une période moins trouble. Si l'on compare les résultats de cette étude avec ceux obtenus auprès d'infirmières en gériatrie, qui étaient de 23,1 pour l'étude de Duquette et al. (1995) et de 22,58 pour celle de Patenaude (1996), on peut dire que les infirmières de médecine et chirurgie de ce centre hospitalier éprouvent des symptômes de détresse psychologique plus importants que les infirmières de gériatrie. Il faut cependant souligner que ces derniers résultats ont été obtenus avec l'IDPSEQ-29. Par contre, les deux outils ont été évalués et sont dits comparables (Préville, 1994). Les études menées par Bourbonnais et al. (1997, 1998) ont aussi évalué la détresse psychologique des infirmières, mais les résultats ne peuvent être comparés à ceux de la présente étude en raison d'une méthode de calcul différente.

### **Contribution théorique**

Seul le devis de recherche de type expérimental peut démontrer des liens de causalité entre des variables. C'est ce type de devis qui a été utilisé dans la présente

recherche. La plupart des recherches antérieures ont démontré des liens d'association entre les variables d'intérêt de la présente étude, si bien qu'à ce jour, les liens de causalité n'ont pu être démontrés. Ainsi, la principale contribution théorique de cette recherche est d'avoir démontré un lien de causalité postulé par la théorie de Kobasa et Maddi (1984). En effet, selon cette théorie, la personne hardie ressent moins de tension pouvant être générée par les stressors occupationnels et présente moins de symptômes de maladie. Les résultats de cette étude montrent clairement qu'une augmentation de la hardiesse diminue l'intensité du stress occupationnel (indicateur de tension) et diminue aussi la fréquence des symptômes de détresse psychologique (indicateurs de symptômes de maladie).

En ce qui concerne les divers questionnements sur les dimensions de la hardiesse, la clarification et la mesure de ce concept identifiés au chapitre deux de ce mémoire, cette recherche ne permet pas vraiment d'y répondre. Cependant, les résultats confirment que le niveau de hardiesse peut être augmenté par un programme de renforcement. La hardiesse ne constitue donc pas un trait de caractère fixe, tel que la couleur des yeux, mais plutôt une ressource personnelle sur laquelle il est possible d'intervenir. De plus, la présente étude s'est déroulée avec des groupes composés presque exclusivement de femmes. Ceci constitue donc une différence avec les études de Kobasa et Maddi (1984) qui se sont déroulées principalement avec des groupes d'hommes. La mesure utilisée s'est bien comportée dans cette recherche, puisqu'elle a permis de capter des changements significatifs sur une période de temps relativement courte.

**Recommandations pour la pratique et**  
**la recherche en sciences infirmières**

Compte tenu des limites méthodologiques mais aussi des résultats positifs et significatifs obtenus dans la présente recherche, l'auteure considère que le programme de renforcement pourrait être offert à un plus grand nombre d'infirmières. En effet, après avoir fait certaines modifications au programme, de nouvelles façons de dispenser ce programme de renforcement pourraient être offertes à un certain nombre d'infirmières clés susceptibles d'influencer les autres infirmières. Puisque le manque de soutien au travail constitue un des stressors les plus menaçants pour la santé des infirmières, les infirmières chefs représentent donc un groupe d'infirmières clés pour lequel le programme de renforcement serait bénéfique à titre personnel, mais pourrait aussi assurer un meilleur suivi des acquis faits par les infirmières au cours de l'intervention. Ceci permettrait de rejoindre un plus grand nombre d'infirmières, tout en respectant leur disponibilité. Les modifications possibles à apporter touchent le contenu et les modalités de prestation. Tout d'abord, il faut encourager la participation des infirmières d'une même unité, tout en évitant la présence d'infirmières assumant un rôle de supervision ou de gestion auprès de ces mêmes infirmières. Les rencontres devraient durer entre 90 à 120 minutes et peut-être se dérouler aux deux semaines. Le *Focusing*, la reconstruction de situation et les techniques émotivo-rationnelles sont les trois techniques qui ont retenu l'attention des participantes. Cependant, les mises en situation et des exercices très concrets devraient être plus nombreux. En ce qui concerne l'autoverbalisation ou le *Stress Inoculation*, cette technique représente, en partie tout au moins, une répétition des

autres techniques. La pertinence d'utiliser cette technique dans un programme de renforcement de la hardiesse devrait être revue.

Ce genre de programme pourrait aussi faire partie d'une formation continue dispensée aux nouvelles infirmières en période d'orientation avec un suivi échelonné sur un an. Il ne fait aucun doute que le contexte dans lequel travaille les infirmières du Québec ne subira pas vraiment d'améliorations à court terme. De plus, donner des soins de qualité à une population de plus en plus malade et fragile représente le plus grand défi auquel les infirmières seront confrontées. Des moyens concrets, pertinents et efficaces pour aider les infirmières à relever ce défi doivent être mis de l'avant. Le programme de renforcement représente donc un moyen intéressant pour aider les infirmières à préserver leur santé mentale et par le fait même, dispenser des soins sécuritaires, humains et surtout de qualité. On pourrait aussi présumer que si les infirmières maintiennent leur santé mentale, elles devraient s'absenter moins, ce qui aura un impact direct sur la stabilité de la main d'œuvre et des équipes de soins de même que sur la continuité des soins et la diminution des coûts.

En ce qui concerne les recommandations pour la recherche, cette étude pourrait être reprise auprès d'un plus grand nombre de sujets, tout en favorisant un choix aléatoire de l'échantillon et une répartition aléatoire entre les groupes expérimental et témoin. Une étude longitudinale avec une mesure après 6 mois, permettrait de savoir si le niveau de hardiesse des participants s'est maintenu, si celui du groupe de contrôle a continué à diminuer et si l'effet sur la perception du stress occupationnel et les symptômes de détresse psychologique s'est maintenu.

Compte tenu du contexte pendant lequel s'est déroulé cette étude, il serait pertinent, lors de recherches subséquentes, d'utiliser un groupe à l'aveugle. Il est possible de croire que les infirmières, avec les nombreux changements vécus et le manque de ressources, avaient un grand besoin d'être écoutées et que le seul fait de les réunir et d'échanger a influencé les résultats concernant les variables à l'étude, soit la hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique. Cette recherche n'a pas évalué l'effet du soutien des pairs et de l'apprentissage fait en groupe. Il est possible que le fait que les infirmières travaillaient sur la même unité de soins ait pu avoir un impact sur les variables à l'étude. Une recherche future aurait avantage à mesurer l'effet du soutien des pairs. De plus, il est possible aussi que, justement à cause du contexte, le programme de renforcement aie eu un impact positif et significatif. Dans un contexte moins turbulent, le programme de renforcement aiderait-il autant les infirmières ? Permettrait-il d'augmenter et de maintenir le niveau de hardiesse des infirmières ?

Les recherches futures pourraient également considérer d'autres groupes de personnes, des groupes différents d'infirmières ou d'autres intervenants confrontés à un niveau élevé de stress occupationnels. Enfin, d'autres variables et liens de causalité postulés par la théorie de Maddi et Kobasa (1984) pourraient aussi être examinés.

## **Conclusion**

Les résultats de cette étude démontrent que le niveau de hardiesse chez l'infirmière peut être augmenté par une intervention qui prend appui sur des assises théoriques et empiriques solides. Par ailleurs, l'interprétation des résultats suggère que la hardiesse peut aussi diminuer dans des périodes où le contexte de travail est très conflictuel.

De plus, il ressort aussi que les infirmières qui se perçoivent comme étant plus hardies ressentent moins de stress ( $r=0,38$ ) et présentent moins de symptômes de détresse psychologique ( $r=0,76$ ) que celles qui sont moins hardies. Le programme de renforcement de la hardiesse représente donc une intervention psycho-éducative qu'il est souhaitable d'encourager dans chaque unité de soins. Cette activité, en plus de permettre aux infirmières d'échanger sur des situations stressantes, facilite la rationalisation des événements et stimule l'identification de solutions. Les activités de renforcement de la hardiesse invitent les infirmières à identifier dans chacune des situations stressantes en quoi consiste le sens de la maîtrise, de l'engagement et du défi et quelles sont les actions à prendre pour se sentir plus confortables avec la situation.

Le programme d'interventions est basé sur le vécu quotidien des infirmières. En effet, tous les exemples sont issus de la pratique et l'ensemble des pistes de solutions est applicable dans la réalité actuelle. La santé mentale actuelle des infirmières aura bien besoin d'être soutenue, car non seulement la nature de leur travail ne risque pas de s'alléger, mais la crise qui sévit actuellement dans le réseau de

la santé risque de laisser les intervenants de la santé et principalement les infirmières dans une insatisfaction globale, autant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Prendre soin des personnes et prodiguer des soins de qualité nécessitent que l'infirmière soit en bonne santé mentale et physique. Dans cet esprit, ce programme d'interventions très concret et pratique offre une solution prometteuse pour promouvoir la santé mentale des infirmières.

On peut aussi présumer que, si les infirmières se sentent en meilleure santé mentale, le nombre d'absences maladie à court terme souvent prises pour éviter une charge trop lourde ou exprimer un certain découragement, devraient diminuer, tout comme le nombre d'absences maladie à long terme souvent utilisées lors d'épuisement professionnel confirmé.

## Références

Auger, L. (1974). S'aider soi-même une psychothérapie par la raison. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Bausler, C. L. (1992). The relationship between burnout and personality hardiness in nursing faculty. Dissertation Abstracts International, 53/12,6601b.

Benishek, L.A. & Lopez F.G. (1997). Critical evaluation of hardiness theory : gender differences, perception of life events, and neuroticism. Work & Stress, 11 (1), 33-45.

Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L. & Levasseur, M. (1993). Santé Québec: Et la santé ça va en 1992-1993 ?, Gouvernement du Québec, volume 1, 217-231.

Bigbee, J.L. (1985). Hardiness: a new perspective in health promotion. Nurse Practitioner, 10 (1), 51,54 –56.

Boisvert, J.M. & Beaudry, M. (1979). S'affirmer et communiquer. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Bowsher, J.E. & Keep, D. (1995). Toward an understanding of three constructs: personal control, self-efficacy and hardiness. Issues in Mental Health Nursing, 16 (1), 33-50.

Bourbonnais, R., Comeau, C., Dion, G., Vézina, M., Bernard, P. & Mondor, M. (1997). Rapport final de l'étude portant sur l'environnement psychosocial de travail et la santé mentale des infirmières de l'Hôpital Saint-Luc, Québec, Université Laval.

Bourbonnais, R., Comeau, C., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C. & Vézina, M. (1998). La transformation du réseau de la santé : Mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec. Québec, Université Laval.

Boyer, R., Prévile, M., Légaré, G. & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'Enquête Santé Québec. Revue canadienne de psychiatrie, 38, 339-343.

Boyle, A., Grap, M.J., Younger, J. & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. Journal of Advanced Nursing, 16 (7), 850-857.

Buran, C.F. (1992). The relationship between hardiness and burnout in female nursing and liberal arts science faculty. Dissertation Abstracts International, 54/01,164B.

Conseil du statut de la femme, (1997). Le travail, est-ce toujours la santé ? Québec: Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec.

Constantini, A., Soleno, L., Di Napoli, R. & Bosco, A. (1997). Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. Psychotherapy Psychosomatics, 66, 78-82.

Clarke, B.M. (1991). The burnout maze: an exploration of interrelationships of burnout, hardiness, depression, response mode to burnout, and demographic variables. Dissertation Abstracts International, 53/01, p. 317.

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

Conseil des infirmières et infirmiers du CHUM (1997). Avis au Conseil d'administration sur la qualité et la distribution des soins infirmiers du CHUM. Centre hospitalier de l'Université de Montréal .

D'Ambrosia, S.J. (1987). A study to examine if there is a relationship between burnout and hardiness of nurses working with oncology patients. Dissertation Abstracts International, 48/02, p. 309.

Dillard, N.L. (1993). Development of Hardiness. In Ann Mariner Tomey (Eds.), Transformational leadership in nursing. (pp. 125-135). Toronto : Mosby.

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

Duquette, A., Kérouac, S. & Beaudet, L. (1990). Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier: un examen critique des études empiriques. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Duquette, A., Kérouac, S. & Beaudet, L. (1992). L'épuisement professionnel du personnel infirmier, un bilan des connaissances. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Duquette, A., Kérouac, S. & Beaudet, L. (1993). Ressources pour contrer l'épuisement professionnel. L'infirmière canadienne, 89 (9), 44-46.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K. & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout : a review of empirical knowledge. Issues in Mental Health Nursing, 15 (4), 337-358.

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

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K. & Saulnier, P (1995b).  tude sur les stressseurs occupationnels en soins infirmiers. G siqualit , 13 (2), 2-5.

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

Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. New-York: The Julian Press.

Fimian, M.J., Fasteneau, P.S. & Thomas, J.A. (1988). Stress in nursing and intentions of leaving the profession. Psychological Reports, 62, 499-506.

Fischam, J. (1987). Getting tough. Can people learn to have disease-resistant personalities? Psychology Today, 21 (12), 26-28.

Fleiss, J.L., (1986). The Design and Analysis of clinical experiments. John Wiley & Sons , New York.

Foxall, M.J., Zimmerman, L., Standley, R. & Captain, B.B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. Journal of Advanced Nursing, 15, 577-584.

Fusco, P.S. (1994). Hardiness, Coping style and burnout : relationships in female hospital nurses. Dissertation Abstracts International, 55/04, p. 1698.

Funk, S.C. (1992). Hardiness : A review of theory and research. Health Psychology, 11 (5), 335-345.

Gomez, K.M. (1994). The relationship between hardiness, stress and burnout among emergency department nurses. Dissertation Abstracts International, 33/04, p. 1224.

Gray-Toft, P. & Anderson, J.G. (1981a). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. Journal of Behavioral Assessment, 3 (1), 11-23.

Gray-Toft, P. & Anderson, J.G. (1981b). Stress among hospital nursing staff : Its causes and effects. Social Science Medicine, 15A, 639-647.

Hall, G.A. (1992). The relationship between occupational stress and personality hardiness in registered nurses. Dissertation Abstracts International, 31/02, p. 763.

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

Harrison, M. (1997). Relations entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique d'infirmières auxiliaires francophones au Québec. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal, Montréal.

Huang, C. (1995). Hardiness and stress : A critical review. Maternal-Child Nursing Journal, 23 (3), 82-89.

Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. Psychological Reports, 39, 1215-1228.

Jama, V.J. (1987). The relationship between hardiness and burnout of professional nurses in the speciality of anesthesia. Dissertation Abstracts International, 48/05, p.1302.

Jennings, B.M. & Stagers, N. (1994). A critical analysis of hardiness. Nursing Research, 43 (5), 274-281.

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

Kobasa, S.C. (1979a). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (1), 1-11.

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

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

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

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

Kobasa Ouellette, S.C. (1993). Clarification of sampling in some early hardiness articles. Journal of Personality and Social Psychology, 65 (11), 207

Kobasa, S.C. & Maddi, S.R. (1977) Existential personality theory. In R.J. Corsini (Ed.), Current personality theories. (pp. 244-275). Itasca , Illinois : F.E. Peacock.

Kobasa, S.C. & Maddi, S.R. (1984). The hardy executive health under stress. Homewood, Ill: Down Jones-Irwin.

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

Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Hoover, M. (1979). An alienation test. Journal of Humanistic Psychology, 19, 73-76.

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

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

Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Pucetti, M.C. & Zola, M.A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. Journal of Psychosomatic Research, 29 (5), 525 -533.

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

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

Lindsey, E. & Hills, M. (1992). An analysis of the concept of hardiness. The Canadian Journal of Nursing Research, 24 (1), 39-50.

Low, J. (1996). The concept of hardiness : a brief but critical commentary. Journal of Advanced Nursing, 24 (3), 588-590.

Marchido, N.M. (1994). What is the relationship between personality hardiness and burnout in army reserve nurses ? Dissertation Abstracts International, 33/01, p. 176.

McCranie, E.W., Lambert,C.E. & Lambert, V. A.(1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research, 36 (6), 374-378.

McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (1989) Occupational stress in nursing. International Journal of Nursing Studies, 26 (4), 343-358.

Maddi, S.R. (1987). Hardiness training at Illinois Bell telephone. In J.P. Opatz (Ed). Health promotion evaluation, (pp. 101-116) Stevens Point, WI: National Wellness Institute.

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

Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1974). The clinical potential of modifying what clients say to themselves. Psychotherapy: Theory, research and practice, 11, 103-117.

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

Nowack, K.W. (1986). Type A, Hardiness and psychological distress. Journal of Behavioral Medicine, 9 (6), 537-548

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1995). Pistes de réflexion sur la contribution de l'expertise infirmière à l'efficience et l'efficacité des services en centres hospitaliers universitaires. Montréal: Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998a). Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé. Montréal: Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998b). Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1998, Montréal: Auteur.

Orr, E. & Westman, M. (1990). Does hardiness moderate stress and how?: A review. In M. Rosenbaum (Ed.). Learned resourcefulness: On coping skills, self-control and adaptive behavior. (pp. 65-94), New-York: Springer.

Ouellette, S.C. (1993). Inquiries into hardiness. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.) Handbook of stress : theoretical and clinical aspects. (pp. 77-100), New-York: Free Press.

Paffenberger, R.J. & Hale, W.E. (1975). Work activity and coronary heart mortality. New England Journal of Medicine, 292: 545.

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

Piccinato, J.M. & Rosenbaum, J. N. (1997). Caregiver hardiness explored within Watson's theory of human caring in nursing. Journal of Gerontological Nursing, 23 , 32-39.

Prévile, M. (1994). Étude de la fiabilité et de la validité de la mesure de la détresse psychologique utilisée dans l'enquête Santé Québec. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C. et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec.

Rich, V.L. (1985). An investigation into the modification of personality hardiness. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, PA.

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

Salyer, S. (1995). Environmental turbulence impact on nurse performance. Journal of Nursing Administration, 25 (4), 12-20.

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

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

Shamian, J., Hagen, B., Hu, T.W. & Forgaty, T.E. (1994). The relationship between length of stay and required nursing care hours. Journal of Nursing Administration, 24 (7/8), 52-58.

Shamian, J. (1997). How Nursing contributes toward quality and cost-effective health care. International Nursing Review, 44 (3), 79-84, 90.

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

Smocheck, M.R. (1992). Hardiness : Its relationship to health and burnout in undergraduate nursing students. Unpublished doctoral dissertation, Widener University.

Sortet, J.P. & Steven, R.B. (1996). Hardiness, job stress and health in nurses. Hospital Topics, 74 (2), 28-33.

Sullivan, G.C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. Journal of Advanced Nursing, 18, 1772-1778.

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

Tierney, M.J. & Lavelle M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. Journal of Nursing Staff Development, 13 (4), 212-217.

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

Watson, J. (1988a). New dimensions of human caring theory. Nursing Science Quarterly, 1 (4), 157-181.

Watson, J. (1988b). Nursing : Human Science and Human Care : A theory of nursing. MDNM 2nd , National League for Nursing (Ed.), New-York.

Watson, J. (1989). Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In J.P. Riehl-Sisca (Ed.). Conceptual models for nursing practice. (pp. 219-236). Norwalk, CT.: Appleton and Lange.

Wolf, G.A. (1990). Promoting executive hardiness. Journal of Nursing Administration, 20 (1), 10-11.

Youkin, S.L., & Betz, N.E. (1996). Psychological Hardiness : A reconceptualization and measurement. In T.W. Miller (Ed) . Theory and assesment of stresfull life events. (pp. 161-178). Madison: International Universities Press.

Wright, T.F., Blache, C.F., Ralph, J., & Luterman, A. (1993). Hardiness, stress and burnout among intensive care nurses. Journal of Burn Care & Rehabilitation, 14 (3), 376-381.

**APPENDICE A**

**TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES CORRÉLATIONNELLES ENTRE LA  
HARDIESSE ET LES STRESSEURS EN SOINS INFIRMIERS**

Tableau synthèse des études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressseurs en soins infirmiers

Auteurs	Échantillon	Outils (Hardiesse)	Score global Hardiesse	Résultats $r$
Collins (1996)	230 infirmières en soins critiques, médecine chirurgie et mère enfant (USA) Taux de réponse de 49%	<i>Personal View Survey</i> 50 items	NA	$r = -0,22, p < 0,01$
Harrison (1995)	150 infirmières de médecine chirurgie (Québec) Taux de réponse de 62,6%	<i>Personal View Survey</i> 50 items	76,4	$r = -0,62, p = 0,000$
Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) Taux de réponse de 77,9% et 55%	<i>Personal View Survey</i> 50 items	T1=71,2 T2=71,7 T3=72,7	T1= $\beta = -0,209 p < 0,01$ T2= $\beta = -0,119 p < 0,01$ T3= $\beta = -0,145 p < 0,01$
Gomez (1994)	43 infirmières d'urgence (USA) Taux de réponses (na)	<b>Hardiness Scale</b>	NA	$r = -0,49, p < 0,005$
Savignac (1993)	140 infirmières de soins de longue durée (Québec) Taux de réponse de 61%	<i>Personal View Survey</i> 50 items	75,2	$r = -0,24, p < 0,05$
Hall (1992)	145 infirmières (USA) Taux de réponses NA	<b>Personal View Survey</b> 50 items	NA	$r = -0,28 p < 0,001$
Wright, Blache, Ralph et Luterma (1992)	54 infirmières de soins intensifs (USA) Taux de réponse de 57%	<b>Personal View Survey</b> 50 items	72	$r = -0,41, p < 0,01$
Topf (1989)	100 infirmières de soins intensifs (USA) Taux de réponse de 100%	5 échelles avec 59 items au total	NA	$r = -0,21, p < 0,05$
Mc Cranic, Lambert et Lambert (1987)	260 infirmières de 18 unités d'un CH (USA) Taux de réponse de 41 %	6 échelles avec 36 items au total	NA	$r = -0,28, p < 0,05$

Note: Les études retenues ont toutes utilisées le *Nursing Stress Scale* de Gray-Toft et Anderson (1981a).

**APPENDICE B**

**TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES CORRÉLATIONNELLES ENTRE LA  
HARDIESSE ET L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

**Tableau synthèse des études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel**

Auteurs	Échantillon	Mesures de la hardiesse et de l'épuisement professionnel	Score global	Résultats I
Constantini, Solano, Di Napoli et Bosco (1997)	100 étudiantes infirmières de 2 <sup>e</sup> année (Italie) Taux de réponse de 92%	PVS avec 50 items MBI avec 21 items	Hardiesse 66,80	E.E. $r = -0,31, p = .002$ D.P. $r = -0,14, NS$ P.A. $r = 0,29, p = .004$
Simoni et Paterson (1997)	1049 infirmières travaillant ds État centre sud (USA) Taux de réponse de 50,4%	6 échelles avec 36 items TDS	NA	$r = ,47, p < .001$
Collins (1996)	230 infirmières en soins critiques, médecine chirurgie et mere enfant (USA) Taux de réponse de 49%	Personal View Survey 50 items Tedium Burnout Scale 21 items	NA	$r = -0,56, p < .01$
Sortet (1996)	185 infirmières (USA) Taux de réponses 68%	PVS avec 50 items MBI avec 21 items	NA	E.E. $r^2 = 0,27, p < 0,001$ D.P. $r^2 = 0,11, p < 0,001$ P.A. $r^2 = 0,21, p < 0,001$
Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) Taux de réponse de 77,9% et 55%	Personal View Survey 50 items SBS – HP avec 30 items	T1=71,2 T2=71,7 T3=72,7	T1= $\beta = -0,35 p < 0,01$ T2= $\beta = -0,37 p < 0,01$ T3= $\beta = -0,38 p < 0,01$
Marchido (1994)	40 infirmières réservistes dans l'armée USA	Hardiness Scale SBS-HP	NA	$r = -0,52, p < 0,001$
Gomez (1994)	43 infirmières d'urgence (USA)	Hardiness Scale MBI	NA	$r = 0,64, p < 0,0001$
Major (1995)	125 nouvelles infirmières (Québec) Taux de réponse de 76%	PVS avec 50 items (selon les trois dimensions) MBI avec 21 items	74.08	E.E. $r = -0,26, -0,26, -0,44$ D.P. $r = -0,24, -0,24, -0,32$ P.A. $r = 0,46, 0,28, 0,32$ $p < .05$
Servellen, Topf et Leake (1994)	237 infirmières (USA) Taux de réponses de 70%	Hardiness Scale avec 50 items MBI avec 21 items	72.11	E.E. $r = -0,29, p < 0,001$
Fusco (1994)	101 infirmières (USA)	Hardiness Scale MBI	NA	E.E. $\rightarrow$ – Hardiesse D.P. $\rightarrow$ – Hardiesse P.A. $\rightarrow$ + Hardiesse

Légende : PVS Personal View Survey, MBI Maslach Burnout Inventory, SBS-HP Staff Burnout Scale for Health Professionals, TDI Tedium Burnout Inventory, EE exténuation émotionnelle, PA Accomplissement personnel, DP dépersonnalisation.

Auteurs	Population	Outils de Hardiesse et épuiement professionnel	Score global Hardiesse	Résultats I
Bausler (1992)	240 professeurs FSI (USA)	PVS avec 50 items MBI avec 21 items	79,33	E.E. → - Hardiesse D.P. → - Hardiesse P.A. → + Hardiesse
Buran (1992)	121 professeurs FSI et FSA (USA)	PVS avec 50 items MBI avec 21 items	76	E.P. → - Hardiesse
Smocheck (1992)	217 étudiantes infirmières au baccalauréat	Hardiness Test MBI avec 21 items	72,24	E.E. = I = -0,55, p < 0,001 D.P. = I = -0,38, p < 0,001 P.A. = I = 0,36, p < 0,001
Wright, Blache, Ralph et Luterman (1992)	54 infirmières de soins intensifs (USA) Taux de réponse de 57%	PVS avec 50 items TDS avec 21 items	NA	I = -0,55, p < 0,001
Boyle, Grap, Yonger et Thornby (1991)	103 infirmières de soins intensifs (USA)	5 échelles SBS - HS	NA	Engagement I = 0,47, p < 0,001 Maîtrise I = 0,23, p < 0,01 Défi I = 0,33, p < 0,01
Clarke (1991)	157 infirmières (USA) Taux de réponses de 67%	PVS MBI	NA	E.P. → - Hardiesse
Topf (1989)	100 infirmières de soins intensifs (USA) Taux de réponse de 100%	5 échelles avec 59 items au total MBI avec 21 items	NA	E.E. I = -0,185, p < 0,001 D.P. I = -0,121, p < 0,001 P.A. I = 0,281, p < 0,001
Mc Cranie, Lambert et Lambert (1987)	260 infirmières de 18 unités d un CH (USA) Taux de réponse de 41 %	6 échelles avec 36 items au total TDS avec 51 items		I = -0,43, p < 0,05
Jama (1987)	200 infirmières en anesthésie (USA) Taux de réponses de 50%	6 échelles SBS-HP	NA	I = 0,50, p < 0,01
D'Ambrosio (1987)	121 infirmières en oncologie (USA) Taux de réponses de 52%	6 échelles SBS-HP	NA	I = 0,55, p < 0,01
Rich et Rich (1987)	153 Infirmières de 7 unités d un CH (USA) Taux de réponse de 69%	5 échelles SBS - HS avec 30 items	NA	I = -0,39, p < 0,001
Keane, Ducette et Adler (1985)	180 infirmières de soins intensifs et médecine chirurgie (USA) Taux de réponse de 53%	6 échelles avec 68 items SBS - HS avec 30 items	NA	I = 0,26 à 0,42, p < 0,01

Légende : PVS Personal View Survey, MBI Maslach Burnout Inventory, SBS-HP Staff Burnout Scale for Health Professionals, TDI Tedium Burnout Inventory, EE exténuation émotionnelle, PA Accomplissement personnel, DP dépersonnalisation.

**APPENDICE C**  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

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

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** « Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières soignantes de médecine et de chirurgie. »

**Sous la direction de :** André Duquette et Esther Leclerc

---

À la réunion du 29 mars 1999, tous les membres du CMESS étaient présents. Ce sont : la représentante de la Faculté de sciences infirmières, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la présidente du comité, le représentant de l'École d'optométrie, le représentant du Département de kinésiologie, la représentante de la Faculté de pharmacie, l'experte en droit et la représentante des étudiants.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du : 6 avril 1999 au 30 septembre 1999.



Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.  
Présidente CMESS  
Faculté des sciences infirmières  
Tél.: (514) 343-7619

Le 6 avril 1999.

**APPENDICE D**

**AFFICHE POUR L'APPEL DE CANDIDATS**

**ATTENTION**

**ATTENTION**

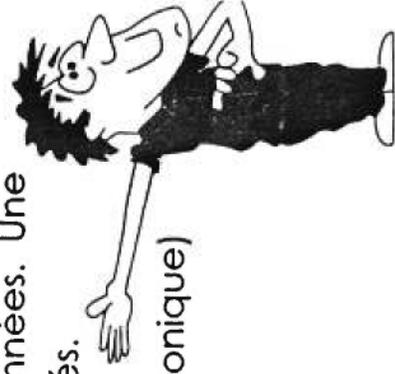
**ATTENTION**

## **AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS**

**D**ans les prochaines semaines se déroulera un projet de recherche en soins infirmiers ayant pour principal objectif de mieux préparer les infirmières à faire face aux situations stressantes. Ce projet débutera dans la semaine du 5 avril pour se terminer dans la deuxième semaine de mai. Deux groupes seront formés, un qui participera à six sessions consécutives et un autre qui sera rencontré une seule fois. Pour les deux groupes le temps pris pour participer à ce projet sera remis ou payé.

Si vous désirez en savoir plus sur le projet ou souhaitez participer à la première rencontre qui aura lieu dans la semaine du 30 mars, veuillez communiquer au XXX-XXX et laisser vos coordonnées. Une formule de renseignements sur le projet ainsi qu'un consentement vous seront envoyés.

Pour le projet, la participation de 37 infirmières est requise. Si plus d'infirmières sont intéressées, la date et l'heure de demande d'informations (premier contact téléphonique) seront le critère de sélection.



**APPENDICE E**  
**FEUILLETS D'INFORMATIONS ET**  
**FORMULE DE CONSENTEMENT**

## **RENSEIGNEMENTS AUX SUJETS**

**PROJET DE RECHERCHE** : Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières soignantes de médecine et chirurgie

**CHERCHEUR PRINCIPAL ET COLLABORATEURS** : Esther Leclerc, inf. Bsc., M.Ed., André Duquette, inf., Ph.D (directeur de mémoire).

### **Introduction:**

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre des travaux à effectuer pour l'obtention d'une maîtrise en sciences infirmières de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

La réforme de la santé avec ses coupures budgétaires, ses fermetures de lits, ses fusions, le programme agressif de départ à la retraite augmente de façon considérable le nombre et la fréquence des événements stressants auxquels les infirmières sont confrontées. Le stress et la tension ressentis par les infirmières ont un impact sur leur santé mentale. Certaines ressources personnelles semblent avoir un effet médiateur dans le continuum stress – maladie. Une de ces ressources, la hardiesse, selon de nombreuses études, semble jouer un rôle important dans ce sens. La hardiesse est une caractéristique personnelle qui généralement aide les personnes à mieux composer avec les événements stressants. Un programme de renforcement de la hardiesse devrait donc permettre aux infirmières non seulement d'augmenter le niveau de hardiesse mais devrait avoir un impact sur le stress occupationnel et la santé.

### **But et objectifs de l'étude**

Le but de cette étude est donc d'évaluer l'effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur le niveau de hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique chez des infirmières soignantes de médecine et chirurgie.

### **Modalités de participation à l'étude**

Pour cette étude la participation de 37 sujets est nécessaire. Si vous acceptez de participer à cette étude vous serez assigné au hasard à l'un des deux groupes (groupe A ou B). Le groupe B (20 sujets) assistera à une rencontre de 45 minutes alors que le groupe A (17 sujets) participera à six rencontres échelonnées sur six semaines consécutives à raison de 45 à 60 minutes chaque session. Le groupe B sera

scindé en deux ce qui donnera deux sous-groupes de 8 et 9 respectivement. Toutes les rencontres auront lieu dans le milieu de travail.

Tous les participants qui accepteront de participer à l'étude signeront un formulaire de consentement. Par la suite les participants devront compléter quatre questionnaires concernant des données démographiques, le niveau de hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique. Ces questionnaires devront être complétés sur place.

Une semaine après la première rencontre, le groupe A débutera le programme de renforcement. Le programme de renforcement sera dispensé par le chercheur. Le chercheur qui est infirmière depuis près de 20 ans, possède une maîtrise en éducation et une grande expérience d'animation de groupe. À la sixième rencontre, le groupe A complétera une évaluation écrite du programme en ce qui concerne le contenu, la forme et les modalités de réalisation. De plus, les infirmières du groupe A participeront à une discussion informelle concernant les points forts et les aspects à améliorer du programme.

À la septième semaine après la première rencontre, les deux groupes recevront par courrier, quatre questionnaires soit: un sur les événements stressants survenus pendant les sept semaines précédentes, un sur la hardiesse, un sur le stress occupationnel et le dernier sur la détresse psychologique. Ces questionnaires devront être complétés et retournés dans une enveloppe de retour pré-affranchie.

### **Critères d'inclusion**

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous rencontriez les conditions suivantes : être infirmière en médecine chirurgie, avoir au moins deux ans d'expérience, avoir plus de trois mois sur la même unité, travailler au moins 7 jours/quinzaine.

### **Risques ou inconvénients**

Il n'existe aucun risque connu à participer à cette étude. Le seul inconvénient peut être relié au fait de prendre du temps pour compléter des questionnaires et assister aux rencontres. Cet inconvénient, ayant un caractère économique, sera compensé par la remise de temps équivalent à une journée soit 7,25 heures pour le groupe A, soit celui qui aura assisté aux six rencontres. En ce qui concerne les participants du groupe B, groupe qui complétera à deux reprises les quatre questionnaires, la compensation envisagée est de considérer leurs candidatures comme prioritaires pour participer au programme de renforcement après la fin de cette étude, c'est-à-dire lorsque celui-ci sera expérimenté, analysé, validé et modifié. Tout participant à cette étude qui ressent un inconfort, de la gêne ou de la fatigue pourra s'adresser immédiatement à la chercheuse qui apportera soutien et conseils, si nécessaire.

## **Avantages**

Certains bénéfices peuvent être ressentis par les participants. Par exemple, vous pourriez avoir plus d'habiletés pour composer avec divers événements stressants. De plus, vous contribuez à l'avancement des soins infirmiers et plus spécifiquement à l'évaluation d'un programme de renforcement ou maintien de ressources personnelles ayant un impact positif sur la santé des infirmières.

## **Liberté de participation**

Un appel de candidats a été fait et c'est sur une base volontaire que les participants sont sélectionnés. Votre participation est donc entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sans préjudice, ni conséquence sur votre pratique professionnelle et en tout temps sans devoir justifier votre décision que vous soyez dans le groupe A ou le groupe B. Pour ce faire vous pourrez en aviser verbalement le chercheur dont vous trouverez toutes les coordonnées à la fin de ce consentement.

## **Confidentialité**

Pour assurer la confidentialité et permettre de connaître l'évolution de chaque participant concernant les variables à l'étude, un code d'identification personnel sera composé par les participants. Tous les renseignements obtenus au cours de cette étude seront tenus strictement confidentiels et détruits après l'approbation finale du mémoire de maîtrise. Toutes les analyses statistiques seront effectuées à partir de données de groupe.

## **Questions sur l'étude**

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'expérimentation) avec la personne suivante :

Esther Leclerc, conseillère en soins infirmiers spécialisés  
Bureau: [REDACTED] p. 4265 entre 7h00 et 17h00 (boîte vocale et message retourné le jour même)  
[REDACTED]

## **Éthique**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité multifacultaire d'éthique des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal, Mme Jocelyne St-Arnaud (Téléphone 343-7619). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone 343- 2100).

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre de l'étude** : Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières soignantes de médecine et chirurgie

**Chercheur responsable** : Esther Leclerc, inf. B. Sc.inf. , M.Ed

Je, (nom en lettres moulées du sujet .....  
 déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec ( nom de l'investigateur en lettres moulées).....  
 et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question. Après réflexion et délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.  
 Signature du sujet.....Date.....

Je, (nom en lettre moulées de l'investigateur).....  
 déclare avoir expliqué le but , les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du sujet).....  
 Signature de l'investigateur.....Date.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet  
 (nom en lettres moulées).....  
 Signature du témoin.....Date.....

**APPENDICE F**

**ÉVALUATION QUALITATIVE DU PROGRAMME**

**DE RENFORCEMENT DE LA HARDIESSE**

<b>Évaluation du programme de renforcement de la hardiesse</b>
--

Nous aimerions connaître vos commentaires et suggestions concernant cette nouvelle activité de formation. S'il y a lieu, votre évaluation nous permettra de modifier ce programme afin qu'il réponde de meilleure façon à vos besoins et que les modalités de dispense correspondent plus à votre réalité. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

**Veillez encercler la bonne réponse**

**ORGANISATION**

1. La documentation écrite fournie a été :

Utile

Inutile

Suffisante

Insuffisante

Pertinente

Inappropriée

2. Je considère que les modalités des rencontres (5 rencontres de 60 minutes sur cinq semaines consécutives) ont été :

Adéquate

Trop courte

Trop longue

**Commentaires sur l'organisation :**

---

---

---

---

## **OBJECTIFS ET CONTENU**

### 3. Les objectifs de chaque rencontre étaient :

- Semaine 1 Prendre conscience du stress au travail et de ses impacts
- Semaine 2 Connaître une ressource personnelle, la hardiesse
- Semaine 3 Se familiariser avec deux techniques : «Focusing» et la reconstruction de situation
- Semaine 4 Se familiariser avec deux autres techniques: la technique émotive-rationnelle et l'autoverbalisation
- Semaine 5 Revoir l'ensemble du programme et appliquer des techniques dans une situation hypothétique

### **Mettre un crochet dans la case appropriée**

	Clairs	Imprécis	Entièrement Atteints	Presque entièrement atteints	Peu atteints	Non atteints
Semaine 1						
Semaine 2						
Semaine 3						
Semaine 4						
Semaine 5						

### 4. En relation avec mon travail, j'ai trouvé le contenu de la session :

Pertinent :

Peu pertinent :

Non pertinent :

### 5. À l'égard de mes besoins, le contenu m'a semblé :

Adapté :

Peu adapté :

Non adapté :

6. Le contenu m'est apparu comme étant :

Suffisant :

Insuffisant :

Trop dense :

Commentaires à propos du contenu :

---

---

---

---

## **ANIMATION**

7. La personne ressource m'a semblé posséder son contenu :

Très bien :

Assez bien :

Pas du tout :

8. Les exercices à chaque semaine m'ont aidé à réfléchir :

Beaucoup :

Assez :

Pas du tout :

9. Dans l'ensemble, j'ai trouvé que les explications données et les exemples utilisés par la personne ressource ont été :

Clairs :

Difficiles à comprendre :

Pertinents :

10. Au cours de la session, on a tenu compte de mon expérience et de mon vécu personnel :

Beaucoup :

Assez :

Pas du tout :

11. En général, l'animation faite par la personne ressource :

A suscité ma participation :

M'a laissée indifférente:

**Commentaires à propos de l'animation :**

---

---

---

---

12. Selon vous quels sont les points forts de ce programme et les points à améliorer ?

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Ce programme pourrait être donné à d'autres infirmières :

Sans aucune modification :

Avec modifications du contenu :

Avec modifications des modalités (autres que 1 heure par semaine pour 5 semaines) :

En facilitant que les infirmières d'une même unité assistent aux mêmes rencontres :

Autres suggestions:

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci beaucoup de votre participation

Esther Leclerc

**APPENDICE G**  
**LETTRE DE RAPPEL**

16 juin 1999

Infirmière  
Participante au projet sur la hardiesse  
Groupe expérimental

Objet : Questionnaires à compléter au temps deux

---

Bonjour,

Au mois de mai dernier vous avez accepté de participer à un projet de recherche qui avait comme principal objectif d'augmenter le niveau de hardiesse chez les infirmières pour mieux les outiller à faire face au stress. Vous avez donc complété des questionnaires avant le début du programme, assisté à cinq sessions de formation et au cours des deux dernières semaines reçu une autre série de questionnaires.

Il est extrêmement important pour l'analyse des résultats du programme que tous les participants complètent et retournent les questionnaires. Si vous avez déjà complété et retourné les vôtres, je vous remercie infiniment de votre grande collaboration. Si vous n'avez pas encore reçu la deuxième série des questionnaires, veuillez m'aviser par mon télévertisseur au 201-2498, je vous les ferai parvenir dans le plus brefs délais. Si vous avez reçu les questionnaires et que vous n'avez pu les compléter à ce jour, je me permets d'insister sur l'importance de la participation de chacune d'entre vous. Je souhaite que vous complétiez les questionnaires le plus rapidement et me les fassiez parvenir dans les plus brefs délais possible.

Je suis consciente que le contexte actuel est extrêmement difficile et que participer à ce projet n'est probablement pas votre priorité. Je vous en suis donc doublement reconnaissante. Sachez que ce que nous vivons professionnellement me préoccupe énormément et que je me sens très concernée puisque je fais partie des services essentiels. Je dois cependant compléter ce projet.

Si vous avez des questions ou des commentaires, n'hésitez pas à me contacter. Merci encore mille fois.

**N.B. : Si vous avez déjà complété et retourné vos questionnaires,  
ne tenez pas compte de ce rappel.**

Esther Leclerc  
Conseillère en soins spécialisés

## **APPENDICE H**

### **PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA HARDIESSE**

( Ce programme a été retiré après l'acceptation de ce mémoire par le jury)

**APPENDICE I**

**QUESTIONNAIRE SUR LES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour la première partie du questionnaire, il s'agit de fournir, pour chacune des questions, la réponse qui correspond le mieux à votre situation. Pour chacune de ces questions vous devez soit, **encercler la réponse la plus appropriée** ou **fournir une brève réponse écrite**.

1. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS?  
\_\_\_\_\_
2. SEXE  
F  M
2. COMBIEN D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE AVEZ-VOUS COMME INFIRMIÈRE?  
\_\_\_\_\_
3. DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES TRAVAILLEZ-VOUS À CET HÔPITAL?  
\_\_\_\_\_
4. DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES TRAVAILLEZ-VOUS DANS CETTE UNITÉ?  
\_\_\_\_\_
5. QUEL EST VOTRE POSTE DE TRAVAIL RÉGULIER PAR PÉRIODE DE DEUX SEMAINES DANS CETTE UNITÉ?
  1. temps complet régulier (TCR)
  2. temps partiel régulier (TPR), précisez \_\_\_\_\_/14
  3. poste de remplacement, précisez \_\_\_\_\_/14

6. AUPRÈS DE QUELLE CLIENTÈLE TRAVAILLEZ-VOUS LE PLUS RÉGULIÈREMENT ?

Médecine et chirurgie

Soins intensifs

Urgence

Soins de longue durée

Mère-enfant

Autres

7. QUEL EST VOTRE QUART DE TRAVAIL RÉGULIER?

1. jour
2. soir
3. nuit
4. rotation

8. QUEL EST VOTRE STATUT SOCIAL ?

1. célibataire
2. marié (e)
3. union libre
4. divorcé (e)
5. veuf (ve)

9. AVEZ-VOUS DES ENFANTS ? SI OUI COMBIEN ?

1. Oui      Nombre d'enfants
2. Non

10. UN ÉVÉNEMENT INHABITUEL, QU'IL SOIT POSITIF OU NÉGATIF, EST-IL SURVENU AU COURS DES CINQ DERNIÈRES SEMAINES ?
- a) dans votre vie professionnelle
  - b) dans votre vie personnelle;

S.V.P. PRÉCISEZ BRIÈVEMENT :

---

---

---

11. PENSEZ-VOUS QUE CE OU CES ÉVÉNEMENTS ONT PU INFLUENCER VOTRE SANTÉ ?

NON                       OUI

SI OUI, EXPLIQUEZ BRIÈVEMENT:

---

---

---

---

---

---

**APPENDICE J**

**QUESTIONNAIRE SUR LA HARDIESSE**

( Ce questionnaire a été retiré après l'acceptation de ce mémoire par le jury)

**APPENDICE K**  
**QUESTIONNAIRE SUR LE STRESS OCCUPATIONNEL**  
**EN SOINS INFIRMIERS**

( Ce questionnaire a été retiré après l'acceptation de ce mémoire par le jury)

## **APPENDICE L**

### **QUESTIONNAIRE SUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**

( Ce questionnaire a été retiré après l'acceptation de ce mémoire par le jury)

## **APPENDICE M**

### **Lettres d'autorisation des auteurs**



THE  
GRADUATE SCHOOL  
AND  
UNIVERSITY CENTER

PH.D. PROGRAM IN PSYCHOLOGY  
SUBPROGRAM IN SOCIAL/PERSONALITY

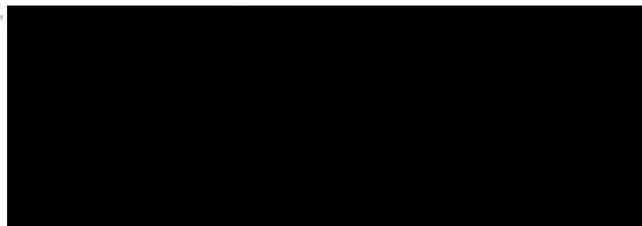


THE CITY UNIVERSITY OF NEW YORK

13 November 1998

Dear Mr. Leclerc,

In my own research, I am no longer using  
a questionnaire assessment strategy, but am  
glad for you to apply it in your own research.  
Enclosed is the English version of the form.



THE GRADUATE SCHOOL AND UNIVERSITY CENTER  
IS THE CITY UNIVERSITY OF NEW YORK'S DOCTORATE-GRANTING INSTITUTION, WHICH OPERATES IN CONSORTIUM WITH ALL THE CUNY CAMPUSES.

BERNARD M. BARUCH COLLEGE  
BOROUGH OF MANHATTAN  
COMMUNITY COLLEGE  
BROOKLYN COMMUNITY COLLEGE  
BROOKLYN COLLEGE  
THE CITY COLLEGE

THE CITY UNIVERSITY OF NEW YORK  
MEDICAL SCHOOL  
THE CITY UNIVERSITY OF NEW YORK  
SCHOOL OF LAW AT QUEENS COLLEGE  
THE COLLEGE OF STATEN ISLAND  
EUGENIO MARIA DE HOYTOS  
COMMUNITY COLLEGE

HUNTER COLLEGE  
JOHN JAY COLLEGE OF CRIMINAL JUSTICE  
KINGSBOROUGH COMMUNITY COLLEGE  
RICHELLO M. LAGUARDIA COMMUNITY COLLEGE  
HERBERT H. LEHMAN COLLEGE  
MEDGAR EVERS COLLEGE

MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE  
(AFFILIATED)  
NEW YORK CITY TECHNICAL COLLEGE  
QUEENS COLLEGE  
QUEENSBOROUGH COMMUNITY COLLEGE  
YORK COLLEGE

November 18, 1998

Ms. Esther Leclerc  
[REDACTED]

Dear Ms. Leclerc,

Mary Jo asked me to respond to your letter requesting a copy of "An Investigation Into Modification of Personality Hardiness in Nurse Managers." This is an unpublished manuscript of Victoria Rich's. Enclosed please find a copy of that manuscript. Also enclosed is a copy of the letter accompanying the manuscript from Ms. Rich. I also enclosed a copy of a letter from Skip Dane, Director of Hardiness Research, which may be of interest to you. Finally, I enclosed 2 other articles that you may also find of some value, although they were published in 1987.

Best of luck with your research project!

Sincerely,

[REDACTED]

Madeleine Lavelle MS, RN, CS  
San Mateo County Mental Health Access Team  
[REDACTED]

# Westmoreland Hospital

Westmoreland Health System

Westmoreland Hospital • McGinnis Hospital  
Southwest Therapy Services • Convenient Care Products  
Westmoreland Home Health Care Agency

[Redacted]

February 14, 1989

Mary Jo Tierney, RN, MS  
Nursing Administration  
Sequoia Hospital

[Redacted]

Dear Ms. Tierney,

Enclosed is a copy of my unpublished manuscript, "An investigation into the modification of personality hardiness". The study was only a small pilot (N=17) and there are a few concerns related to reliability and validity; however, it is a beginning and, hopefully will give you some new and innovative ideas to further examining hardiness.

I also refer you to the following person for further information and state of the art hardiness measures:

Stephen Kahn, Ph.D.  
Hardiness Institute  
V.P. Product Development

[Redacted]

Thank you for writing to me and if I can be of further assistance, please feel free to contact me.

Sincerely,

[Redacted]

Victoria L. Rich, RN, MSN  
Vice President of Nursing

Enclosure

## HARDINESS RESEARCH

Skip Dane, Ph.D. DIRECTOR

July 10, 1991

Madeline Layella  
[REDACTED]

Dear Madeline:

Thanks for your call, sorry I was not around -- I was in and out over the weekend.

When I first talked to Mary Jo about the project, I expressed serious concern about "teaching hardiness" since, to the best of my knowledge, no one associated with this project had been trained as a Hardiness Trainer. There are a few "creative" methods, a couple of geritally purloined pretenders, etc. but we have been kind of careful not to "publish" the training method as though it were some sort of self-help magic available at the local grocery section of the newsstand or bookstore.

When hardiness training is done, results, due to the experimental problems associated with multiple measures, must be set for the baseline statistically before T-tests etc. are done. GPSC "concretes" is one method. Even so, results of teaching hardiness tend to show up in a fairly dramatic fashion. From our own training, results look -- on average -- like this:

25 to 30% improvement in time efficiency;

80% less use of health care systems (especially for those for whom we had a two year history);

20 to 70% improvement in productivity;

50% reduction in burnout levels.



Montréal, le 2 décembre 1998

Madame Esther Leclerc  
Conseillère en soins infirmiers  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Campus Hôtel-Dieu  
3840, rue Saint-Urbain  
Montréal (Québec)  
H2W 1T8

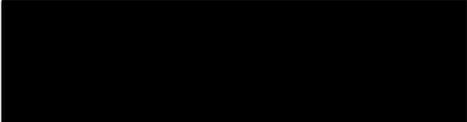
Objet : Utilisation du IDPESQ - 14

Madame Leclerc,

À votre demande, je vous transmets l'autorisation de Santé Québec quant à l'utilisation de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ - 14).

Santé Québec a pour principe d'encourager la diffusion des instruments développés dans le cadre de ses travaux d'enquête. En retour, nous souhaitons connaître l'utilisation qui en est faite par les chercheurs, puisque nous sommes toujours à la recherche des meilleurs indicateurs de santé et de bien-être. À ce titre, nous apprécierions recevoir une copie de vos rapports de recherche ou de toute autre publication ayant trait à l'utilisation de l'instrument IDPESQ -14. La source de ce dernier devra, bien sûr, être indiqué dans vos écrits.

Je vous souhaite bonne continuation dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame Leclerc, mes salutations les meilleures.

  
Carole Daveluy  
Coordonnatrice de projets

---

