

2m11.2864.2

Université de Montréal

11376293
v.011

**Relations entre le soutien au travail,
les stratégies de *coping*
et
la qualité de vie au travail
d'infirmier(e)s d'unités psychiatriques en France**

par

Patricia Carlier

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**

Décembre 2000

©Patricia Carlier, 2000



WY

5

U58

2001

v.011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Relations entre le soutien au travail,
les stratégies de *coping*
et
la qualité de vie au travail
d'infirmier(e)s d'unités psychiatriques en France

présenté par :

Patricia Carlier

a été évalué par un jury
composé des personnes suivantes :

Christine Colin : Présidente rapporteur
André Duquette : Directeur de recherche
Jean-François Chanlat : Membre du jury

Mémoire accepté le 28 mars 2001

Sommaire

Le corps professionnel infirmier qui regroupe 460 000 individus en France, assume une fonction sociale nodale au sein de nos systèmes de santé. Ce milieu professionnel qui offre une vision du travail du soin à double facette (Technique/relationnelle) est l'objet d'un intérêt multidisciplinaire croissant. Nonobstant, les études menées sur l'aspect identitaire de la profession, c'est sous l'angle de la santé au travail que nous appréhenderons son objet.

Nombre d'études, menées ces vingt-cinq dernières années ont mis en évidence que les métiers en relation avec le public et plus particulièrement ceux en rapport avec la maladie et la mort, généraient des tensions émotionnelles et psychiques intenses. Selon cette perspective, le stress subi dans le quotidien du travail de l'infirmière a été abondamment développé, soit sous l'angle de l'épuisement professionnel ou encore sous celui de la détresse émotionnelle. Plus récemment, les centres d'intérêt se sont déplacés vers d'autres indicateurs, tels que la satisfaction au travail, le bien-être psychologique ou encore la qualité de vie au travail. Ces approches volontairement positives attestent que si le travail du soin est générateur de stress, ce dernier peut être modulé par des ressources personnelles ou situationnelles que l'individu interpose entre lui et le stimulus.

Dans le contexte de rationalité économique actuelle où la restructuration complète des systèmes de santé fragilise le sentiment de sécurité au travail, il est pertinent, dans le souci du maintien de la qualité des soins, d'interroger en amont, la qualité de vie au travail des infirmier(e)s. C'est l'objet de la présente étude dont le but est de décrire les niveaux de qualité de vie et de soutien au travail ainsi que d'identifier les stratégies de *coping* utilisées par des infirmier(e)s d'un établissement psychiatrique de la région parisienne. En seconde intention, les relations possibles entre les différentes variables d'intérêt ont été examinées.

L'échantillon de convenance de 131 individus constitué à partir de la population infirmière disponible de l'établissement a été invité à remplir un questionnaire auto-administré constitué de trois instruments de mesure soit : le Work Relationship Index (WRI) qui correspond à une des trois dimensions du Work Environment Scale (WES) élaboré par Moos (1986) ; Le questionnaire de coping de Paulhan , Nuissier, Quintard, Cousson et Bourgeois (1994) adaptation française du Ways of Coping Check-List de Vitaliano et al. (1985) ; l'échelle de la qualité de vie au travail de Elizur et Shye (1991) dans sa traduction française (Delmas, 1999) et d'un talon sociodémographique. La modèle d'adaptation de Roy (Andrews & Roy, 1991) a servi d'assise conceptuelle dans le cadre de cette recherche. Les données collectées ont été analysées statistiquement à l'aide du logiciel SPSS.9.

Dans l'ensemble, il appert que les infirmier(e)s qui ont participé à cette étude témoignent d'une qualité de vie au travail modérée. Des éléments contextuels, tels que la perception d'être moyennement soutenu par ses collègues de travail ou par son supérieur hiérarchique, de ressentir un stress intense face à certaines situations, appuient ce constat. La dimension relationnelle est omniprésente dans les résultats de cette recherche puisque, tant le soutien du supérieur que la cohésion entre les pairs sont associés significativement et positivement à la qualité de vie au travail de ces infirmier(e)s. Par ailleurs, la recherche de soutien social, stratégie la plus significative à l'endroit de la qualité de vie au travail, bénéficie de l'effet médiateur du soutien du supérieur et dans une moindre mesure, de la cohésion entre les pairs. Ces résultats confirment le rôle essentiel joué par le supérieur hiérarchique à l'endroit de la qualité de vie au travail perçue par les infirmier(e)s de cette étude.

Bien qu'ils ne puissent être généralisés à l'ensemble de la population infirmière, ces résultats permettent néanmoins de poser l'importance de la dimension relationnelle dans les environnements de travail contraignants.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Liste des appendices	xii
Citation	xiii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Chapitre premier – Le problème	4
Le but de l'étude.....	11
Les questions de recherche.....	11
Chapitre deuxième – La recension des écrits	12
Le concept de soutien social.....	13
<u>Les fondements conceptuels et théoriques du soutien social</u>	14
<u>Le soutien au travail</u>	15
<u>Les études descriptives sur le soutien au travail</u>	18
<u>Les études corrélatives utilisant les indicateurs négatifs de santé mentale</u>	21
<i>Le soutien comme composante de l'environnement de travail dans sa relation à l'épuisement professionnel de l'infirmier(e)</i>	21
<i>Le soutien au travail et l'épuisement professionnel</i>	22
<i>Le soutien social et la hardiesse en relation à l'épuisement professionnel</i>	24
<i>Le soutien social, la hardiesse et les stratégies de coping en relation avec l'épuisement professionnel</i>	26
<u>Les études corrélatives utilisant des indicateurs positifs de santé mentale</u>	28
<i>Le soutien comme composante de l'environnement de travail dans sa relation au bien-être psychologique des infirmier(e)s</i>	28
<i>Le soutien au travail en relation avec le bien-être et la santé mentale</i>	29

Table des matières (suite)

Le concept de <i>coping</i>.....	31
<u>Le concept de <i>coping</i> selon la théorie de Lazarus et Folkman</u>	32
<u>Le processus d'évaluation cognitive.....</u>	32
<u>L'influence des caractéristiques personnelles et environnementales sur le processus d'évaluation.....</u>	34
<u>Les stratégies de coping.....</u>	35
<i>Les stratégies de coping et leur relation avec les stressors en milieu de travail.....</i>	37
<i>Les stratégies de coping et l'épuisement professionnel.....</i>	38
<i>Les stratégies de coping en lien avec un indicateur positif de la santé au travail....</i>	41
Le concept de qualité de vie au travail.....	43
<u>Approches conceptuelles de la qualité de vie au travail.....</u>	43
<u>La qualité de vie selon l'approche d'Elizur et Shye.....</u>	45
<i>L'étude de la qualité de vie au travail des infirmier(e)s.....</i>	49
Le cadre de référence.....	52
<u>Le modèle conceptuel de Roy en lien avec les concepts à l'étude.....</u>	53
Les hypothèses de recherche.....	56
Chapitre troisième – La méthode de recherche.....	60
Le devis de recherche.....	61
La définition des variables à l'étude.....	61
<u>Le soutien au travail.....</u>	61
<u>Les stratégies de <i>coping</i></u>	62
<u>La qualité de vie au travail</u>	63

Table des matières (suite)

Les instruments de mesure.....	64
<u>La mesure du soutien au travail</u>	64
<u>La mesure des stratégies de coping</u>	65
<u>La mesure de la qualité de vie au travail</u>	66
<u>Les caractéristiques sociodémographiques</u>	67
Les pré-tests des différents instruments proposés.....	68
Le milieu.....	68
La population et l'échantillon.....	69
Le déroulement de l'étude.....	69
Les considérations éthiques.....	70
Les limites méthodologiques.....	71
Le plan de l'analyse des données.....	71
Chapitre quatrième – La présentation des résultats.....	72
Les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondant(e)s.....	73
Les valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure.....	77
<u>Le soutien au travail</u>	77
<u>Le stress et les stratégies de coping</u>	79
<u>La qualité de vie au travail</u>	82
Les relations entre les variables sociodémographiques et le soutien au travail... ..	83
Les relations entre les variables sociodémographiques et les stratégies de coping... ..	84
Les relations entre les variables sociodémographiques et la qualité de vie au travail.....	84
La vérification des hypothèses de recherche.....	85

Table des matières (suite)

Les analyses complémentaires.....	89
<u>Effet médiateur de la cohésion entre les pairs,</u> <u>entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail.....</u>	92
<u>Effet médiateur du soutien du supérieur,</u> <u>entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail.....</u>	93
Chapitre cinq – La discussion.....	95
L'authenticité des résultats de la recherche.....	96
Les infirmier(e)s expriment une qualité de vie au travail modérée.....	99
La violence : quotidien de travail de l'infirmier(e) en psychiatrie.....	100
Une perception du soutien au travail modérée.....	102
Des stratégies actives pour faire face aux stressés au travail.....	103
<u>Le genre : une donnée à prendre en compte.....</u>	105
La discussion des hypothèses de recherche.....	106
<u>Le soutien associé à la qualité de vie au travail.....</u>	106
<u>Une association confirmée entre les dimensions du soutien</u> <u>et certaines stratégies de coping.....</u>	107
<u>La recherche de soutien social est associée à la qualité de vie au travail.....</u>	108
<u>Le soutien du supérieur et la cohésion entre les pairs exercent un rôle médiateur</u> <u>entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail.....</u>	110
Recommandations pour la gestion, la pratique et la recherche en sciences infirmières.....	111
<u>La gestion en soins infirmiers : un nouveau mode à définir.....</u>	112
<u>La pratique infirmière : un espace de relation.....</u>	113
<u>La recherche infirmière : des pistes à explorer.....</u>	113
Conclusion.....	114
Références.....	xv

Liste des tableaux

Tableaux I :	Présentation des scores bruts du <u>WRI</u> issus de recherches menées auprès d'infirmières et de professionnels de santé de divers lieux d'exercice	.....	19
Tableau II :	Présentation des scores standards du <u>WRI</u> issus de recherches menées auprès d'infirmières et de professionnels de santé de divers lieux d'exercice	.....	20
Tableau III :	Distribution des répondant(e)s selon leurs caractéristiques personnelles	.....	74
Tableau IV :	Distribution des répondant(e)s selon leurs caractéristiques professionnelles	.....	76
Tableau V :	Moyennes, écart-types, étendues et coefficients de variation du soutien au travail et de ses deux dimensions	.....	77
Tableau VI :	Distribution des répondant(e)s selon les scores obtenus aux deux dimensions du soutien au travail	.....	78
Tableau VII :	Distribution des répondant(e)s en fonction de l'intensité du stress ressenti	.....	79
Tableau VIII :	Distribution en pourcentage des répondant(e)s en fonction de l'intensité du stress ressenti reliée au type d'événement stressant	.....	80
Tableau IX :	Corrélation de <i>Pearson</i> entre l'intensité du stress, le soutien du supérieur et la qualité de vie au travail	.....	81
Tableau X :	Moyennes, écart-types, étendues et coefficients de variation des stratégies de <i>coping</i>	.....	81

Liste des tableaux (suite)

Tableau XI :	Moyennes, écart-types, étendues et coefficients de variation de la qualité de vie au travail et de ses dimensions	.....	82
Tableau XII :	Moyennes et écart-types de deux types de stratégies de <i>coping</i> en fonction du genre	.....	84
Tableau XIII :	Test de <i>t</i> de <i>Student</i> et seuils de signification entre les deux types de coping et le genre	.....	84
Tableau XIV :	Corrélation de <i>Pearson</i> entre les scores de trois types de <i>coping</i> et le soutien du supérieur	.....	86
Tableau XV :	Corrélation de <i>Pearson</i> entre les scores d'un type de stratégie de <i>coping</i> et la cohésion entre les pairs	.....	86
Tableau XVI :	Corrélation de <i>Pearson</i> entre les scores des deux dimensions du soutien au travail, la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail	.....	86
Tableau XVII :	Test de tolérance entre les variables indépendantes à l'étude	.....	89
Tableau XVIII :	Analyse de régression linéaire multiple entre la qualité de vie au travail, les dimensions du soutien et la recherche de soutien social	.....	90
Tableau XIX :	Analyse de régression linéaire multiple entre la qualité de vie au travail, la cohésion entre les pairs et la recherche de soutien social	.....	92
Tableau XX :	Analyse de régression linéaire multiple entre la qualité de vie au travail, le soutien du supérieur et la recherche de soutien social	.....	93

Liste de figures

Figure 1 :	Représentation de la structure conique de la qualité de vie au travail (QWL) et de la qualité de vie en général (QOL) (Elizur & Shye, 1990)	.....	48
Figure 2 :	Illustration des hypothèses de recherche	.....	59
Figure 3 :	Histogramme de la distribution des répondants par catégorie selon les scores aux deux dimensions du soutien	.....	78
Figure 4 :	Représentation graphique de la validation des hypothèses de recherche	.....	88
Figure 5 :	Illustration de l'effet médiateur des deux dimensions du soutien au travail entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail	.....	94

Liste des appendices

Appendice A	Instrument de la mesure du soutien au travail	.....xxx
Appendice B	Instrument de la mesure des stratégies de <i>coping</i>	.....xxxiii
Appendice C	Instrument de la mesure de la qualité de vie au travail	.....xxxvii
Appendice D	Les caractéristiques sociodémographiques	..... xl
Appendice E	Les autorisations d'utilisation des instruments	.....xlv
Appendice F	Le protocole de recherche	.....l
Appendice G	Le dossier d'éthicité	..... liv

Si j'ai pu voir si loin, c'est parce que j'étais monté sur les épaules de géants

...Newton

Remerciements

Voici venu le temps des remerciements, pour moi cela signifie que le travail s'achève, pour vous lecteurs... il ne fait que commencer.

Tout au long de cette étude, je vais vous parler de soutien, alors quelle belle occasion que de l'introduire ici, en rendant hommage à toutes celles et ceux qui, par leurs compétences, leurs appuis, leur disponibilité, leur affection, ont contribué à la réussite de ce projet.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire le Professeur André Duquette qui, par son professionnalisme, son jugement critique éclairé, sa rigueur scientifique, a su me transmettre toutes les connaissances nécessaires à la réalisation de cette étude.

Ma gratitude s'adresse aussi aux statisticiens Rachad Antonius et Marc Bourdeau pour leurs conseils et recommandations avisés en matière d'analyses statistiques.

Je remercie C.H. Marchandet, Directeur général de l'établissement public de santé dont je dépends, qui a autorisé et facilité le déroulement de l'étude sur le site hospitalier.

Mes remerciements s'adressent également à D. Lacoste, DSI et infirmière générale de cet établissement et son équipe, cadres supérieurs, cadres et bien sûr secrétaires, qui par leur disponibilité et le support offert, ont grandement facilité le déroulement de la recherche. Je tiens par ailleurs, à exprimer toute ma gratitude à C. Boulanger, personne ressource nommée à la supervision de la collecte des données, pour sa compétence et sa disponibilité.

Je remercie tout particulièrement, mes collègues infirmières et infirmiers, principaux acteurs de cette étude, sans qui celle-ci n'aurait pu aboutir.

Enfin, je remercie tous mes proches, famille, amis, pour leurs encouragements continus et surtout Marguerite, pour son soutien sans faille et sa confiance indéfectible.

Introduction

La santé au travail, phénomène d'actualité s'il en est, est l'objet d'un intérêt croissant, qui donne lieu à de multiples réflexions disciplinaires. Que cela soit sous l'angle de l'ergonomie, de l'anthropologie, de la sociologie, des sciences infirmières ou encore de la psychologie et de ses différentes approches, l'*Homo Humanus* et son rapport au travail, alimentent le discours scientifique de ces quarante dernières années. Cette préoccupation quasi permanente qui s'inscrit dans un contexte de turbulences économiques et sociales, est plus que jamais d'actualité. N'épargnant aucune organisation, elle trouve légitimement écho au sein des institutions hospitalières.

Ces vingt dernières années ont été le théâtre d'une prolifération scientifique en matière de santé au travail des infirmières. Ce groupe professionnel, majoritairement féminin est, de par sa fonction au plus près du patient, soumis à un stress quotidien, source de nombreux maux.

Traditionnellement abordée sous l'angle de l'épuisement professionnel (Duquette et al., 1997 ; Freudenberger, 1980 ; Maslach & Jackson 1982 ; Pines, Aronson & Kafry, 1982), la santé au travail des infirmières s'interroge désormais sous divers aspects théoriques et méthodologiques tels que, l'approche *stress-coping* (Lazarus & Folkman, 1984), les caractéristiques personnelles avec la hardiesse (Maddi & Kobasa, 1984), le sens de la cohérence (Antonovsky, 1974), l'auto-efficacité (Bandurra, 1977), ou situationnelles, tel le soutien social (Billing & Moos, 1981), pour ne citer que ceux-là. Bien que conceptuellement différents, ces modèles ont en commun de reconnaître à l'individu des capacités d'adaptation au stress, à partir de la mobilisation de ressources personnelle ou situationnelle existantes.

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette recherche qui propose initialement de décrire le niveau de qualité de vie au travail d'infirmier(e)s travaillant en institution psychiatrique en France, à partir de leur perception du soutien au travail et de la mobilisation de stratégies de *coping* spécifiques. Dans un second temps, ce sont les relations existantes entre ces différentes ressources et la qualité de vie au travail qui sont exposées.

Plus récemment, la psychodynamique du travail, inspirée pour l'essentiel du courant psychanalytique et de la sociologie du travail s'est intéressée aux aspects stressogènes de l'environnement infirmier (Carpentier-Roy, 1995). Bien que radicalement à l'opposé de l'approche retenue dans notre étude nous pensons, à l'instar de J.F. Chanlat (1990), qu'elles sont complémentaires puisqu'elles participent d'un même objectif : mieux comprendre l'"être social" au centre d'un collectif de travail dans le but de faire de ce travail un véritable lieu de vie (Chanlat, 1990).

Dans les parties qui vont suivre, seront présentés chronologiquement, le problème, la revue de littérature pertinente au sujet traité, le cadre méthodologique retenu, les résultats de la recherche et la discussion de ces résultats. En conclusion de cette dernière partie, de nouvelles perspectives pour la gestion, la pratique et la recherche en sciences infirmières sont proposées.

Chapitre premier

Le problème

Les métiers en relation avec le public et plus particulièrement ceux en relation avec la maladie ou la mort sont marqués d'une forte charge affective et psychique (Aubert & Pagès, 1989). Par ailleurs, il est licite de penser que certaines unités de soins, par le caractère spécifique de leur mission auprès de la population, vont être plus exposées à ce phénomène. Les unités d'hospitalisation en psychiatrie répondent à cette particularité, par un certain nombre de facteurs liés au contexte même de la maladie mentale. Ainsi, la dimension souvent chronique de l'affection mentale, la récurrence des troubles entraînant des hospitalisations successives, les actes auto ou hétéro agressifs des patients en crise, les manifestations audibles (cris, soliloques) et visibles (agitations psychomotrices) font partie de l'environnement de travail des infirmier(e)s. Bien que les études sur le stress dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie soient limitées, certains auteurs suggèrent que plusieurs des stressseurs qui affectent les infirmier(e)s en soins généraux sont également rapportés par les infirmier(e)s œuvrant en unité psychiatrique (Dawkins, Deep & Selzer, 1985). Cependant pour Dunn et Ritter (1995) certains facteurs apparaissent comme spécifiques à l'exercice en psychiatrie. Par ailleurs, Cronin-Stubbs et Brophy (1985) ont observé que la nature même des soins en psychiatrie, qui nécessite un engagement interpersonnel intense entre les patients et les soignants, prédispose ces derniers à l'épuisement professionnel.

D'autres études ont confirmé que la violence représentait une autre source majeure de stress dans l'environnement de travail des infirmier(e)s en santé mentale (Carson, Fagin & Ritter, 1995; Dunn & Ritter, 1995). À la suite d'une étude menée auprès de 78 infirmier(e)s travaillant dans des unités de soins psychiatriques, Sullivan (1993) relève que les stressseurs les plus fréquemment rencontrés sont ceux en lien avec le patient (violence, potentiel suicidaire), avec l'environnement de travail (nombre de personnel, compétence et motivation de ce dernier) ainsi que les conflits interpersonnels. Il précise que ces stressseurs sont influencés par les perceptions que les infirmier(e)s ont du soutien disponible et du contexte organisationnel de leur environnement de travail.

Le cadre de la loi¹ représente également un facteur environnemental avec lequel le personnel infirmier en psychiatrie doit composer au quotidien. Dans ce contexte, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de l'hospitalisé, même si elle sont limitées à celles nécessitées par son état de santé, n'en exigent pas moins des mesures coercitives où le contrôle des entrées et sorties, la surveillance constante des individus en hospitalisation sous contrainte vont augmenter tant la charge physique que psychologique des infirmier(e)s.

Ces éléments contextuels s'interrogent aujourd'hui dans une dynamique de rationalité économique et de contrôle budgétaire où des mesures telles que la fermeture de lits d'hospitalisation, le redéploiement du personnel infirmier, la réorganisation des services de soins (délocalisation/relocalisation), la diminution des effectifs infirmiers, génèrent du stress et fragilisent le sentiment de sécurité au travail. Dans un article de la revue *Nursing Times*, Cole (1992) rapporte qu'à la suite d'une étude menée auprès de 1800 infirmier(e)s, il appert que 93 % des personnes interrogées disent se sentir stressées au travail. Plus de 49% d'entre-elles attribuent ce fait aux changements intervenus dans les services de santé. Selon Aubert (1999), ce contexte général de turbulences et d'insécurité dans lequel évoluent aujourd'hui bon nombre d'entreprises génère en quelque sorte une "culture d'urgence" où les salariés paient le prix fort en termes de souffrance psychique et d'épuisement professionnel.

La problématique proposée dans le cadre de cette recherche prend en compte l'ensemble de ces caractéristiques en les interrogeant sous l'angle de la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s français(e)s travaillant dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne. Elle s'appuie, pour l'essentiel, sur des données extraites du dernier rapport annuel de la médecine du travail² de cet établissement. Ce bilan donne à voir d'un

¹ - En France, les modalités d'hospitalisation en raison de troubles mentaux prévoient la possibilité de soins sans le consentement du patient (Loi du 27 juin 1990).

² - Les données sont extraites du bilan social d'établissement de 1999 correspondant à l'exercice de l'année 1998.

absentéisme important (toute catégorie professionnelle confondue) avec environ 187 agents journalièrement absents sur un total de 1979 employés. Par ailleurs, si le nombre des accidents de travail est strictement identique à celui de l'année 1997, une augmentation constante des accidents de travail par contact avec les patients agités, déjà notée en 1997, se renouvelle (+ 42,11 %). Ces accidents affectent essentiellement le personnel soignant et plus particulièrement les infirmier(e)s en contact direct avec les patients. D'autre part, le service de médecine du travail rapporte également une progression constante des visites à la demande des agents (24 en 1995, 39 en 1996, 46 en 1997 et 56 en 1998) motivées le plus souvent par des problèmes liés aux conditions de travail. Les visites à la demande des médecins du travail sont également en hausse et donnent à voir du suivi des agents fragilisés par des problèmes d'alcoolisme ou de dépression.

Ces différentes observations peuvent être mises en lien avec nombre de recherches conduites ces dernières années, dans le but d'étudier la santé au travail des infirmier(e)s. Si plusieurs d'entre-elles ont reconnu que l'intensité du stress ressenti pouvait générer un épuisement professionnel (Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier & Lachance, 1997; Morissette, 1993; Sullivan, 1993), d'autres ont précisé que les facteurs environnementaux tels que les stressés ou le climat au travail jouaient un rôle significatif dans l'apparition de ce dernier (Michaud, 1991; Pelletier, 1986; Saulnier, 1993). Par ailleurs, les changements radicaux intervenus ces dernières années dans les systèmes de santé occidentaux font apparaître une augmentation croissante du stress professionnel (Sutherland & Cooper, 1990), et par là même, des coûts élevés qu'il entraîne (Chanlat, 1999).

En revanche, d'autres études ont démontré que les infirmier(e)s capables de mobiliser des efforts comportementaux actifs visant à affronter la situation stressante (stratégies de *coping* de type instrumental ou palliatif) semblaient moins sensibles aux effets délétères du stress et développaient moins d'épuisement professionnel (Delmas, 1999; Savignac, 1993). Cette réponse comportementale fait référence aux processus cognitifs et comportementaux mis en place par chaque individu particulier face aux

situations stressantes. Paulhan et Bourgeois (1995), citant les travaux de Rahe et Arthur (1988), décrivent le modèle transactionnel du stress-coping, comme une série de "filtres" au travers desquels passeraient les stressseurs et qui auraient pour fonction de modifier l'événement stressant en diminuant ou amplifiant la réaction de stress. Selon Folkman et Lazarus (1988), l'évaluation de la situation tout comme les stratégies de *coping* agiraient comme des médiateurs de la relation événement stressant-détresse émotionnelle. Toutefois ces stratégies actives ne seraient efficaces que si l'événement est considéré par la personne comme "sous contrôle" (Lazarus, 1993). Ce présupposé met en scène, outre l'évaluation de la situation et la perception des stratégies disponibles, d'autres médiateurs psychosociaux tels que le soutien social.

Rasclé (1994), s'appuyant sur les modèles multifactoriels et interactionnistes développés ces vingt dernières années en psychologie de la santé, reconnaît au soutien social deux effets majeurs sur la santé. Le premier est un effet "direct" ainsi, quelle que soit l'intensité du stressseur, les personnes qui bénéficient d'un soutien important ont un sentiment plus fort d'affiliation et d'estime de soi. Dans cette perspective le soutien devient bénéfique pour la santé et le bien-être indépendamment des expériences effectives de stress vécues par la personne. Le second reconnaît au soutien un effet "tampon" ainsi, en protégeant la personne contre les effets délétères du stress, ce dernier agit indirectement sur la santé. Dans cette voie d'action, le soutien peut modérer les effets du stress en modifiant les réponses de la personne face aux stressseurs, il agit donc en stimulant les stratégies de *coping* ou en orientant le choix des stratégies à prendre (Rasclé, 1994). Cette proposition est également retenue par Maddi et Kobasa (1984) qui reconnaissent que le soutien social a un effet médiateur dans la mesure où il encourage une appréciation cognitive optimiste du stressseur ainsi qu'une décision éclairée en vue d'y faire face. Ces dernières années, nombre de recherches ont intégré la variable "soutien" comme un des phénomènes explicatifs de la santé des infirmier(e)s au travail. Ainsi les sources de soutien telles que celles accordées par les pairs ou le supérieur agissent significativement sur les effets délétères du stress au travail (Jennings, 1987). Par ailleurs, Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1994) rapportent un niveau moindre d'épuisement professionnel chez les infirmier(e)s en gériatrie qui perçoivent un

soutien élevé de la part de leur supérieur ou de leurs collègues de travail. Ce constat est également rapporté dans des études menées auprès d'infirmier(e)s d'autres services de soins (Fong, 1993; Michaud, 1991; Morissette, 1993).

Nonobstant l'intérêt de ces études principalement menées auprès d'infirmier(e)s œuvrant en soins généraux, force est de constater que relativement peu d'études ont été conduites auprès de professionnels œuvrant en psychiatrie, groupe traditionnellement moins visible (Cronin-Stubbs & Brophy, 1984; Jones, Janman, Payne & Rick, 1987; Sullivan, 1993). Selon Sutherland et Cooper (1993) cette absence d'intérêt semble liée au fait qu'il est couramment admis que les professionnels exerçant en psychiatrie, de par les compétences spécifiques qu'ils ont développées dans le cadre des soins dispensés aux personnes souffrant d'affections mentales, savent s'ajuster aux situations stressantes. Selon ces mêmes auteurs, ils ont une haute estime de leurs capacités à aider les autres qui les rend moins réceptifs à leur propre besoin d'aide.

A partir des éléments exposés précédemment, il appert que les contraintes liées à la particularité du soin en psychiatrie et au contexte économique actuel, génèrent des sources de stress chez les infirmier(e)s susceptibles d'influencer leur qualité de vie au travail. Les données recueillies auprès de la médecine du travail de cet établissement étayées de quelques résultats de recherche, confirment l'intérêt à appréhender la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s œuvrant en psychiatrie, où le maintien, l'harmonisation, l'actualisation et le développement de leurs potentiels (physique, psychologique, social et culturel) doivent être recherchés (Elizur & Shye, 1990). Par ailleurs, il paraît pertinent d'interroger cet indicateur positif de la santé au travail sous l'angle des ressources organisationnelle (soutien au travail) et personnelle (stratégies de *coping*) qui interagissent à son endroit.

Cet intérêt est en conformité avec les recommandations préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui a trait à la promotion de la santé mentale des individus et des groupes. Cette étude qui met l'accent sur des déterminants psychosociaux de la santé au travail d'infirmier(e)s d'unités psychiatriques est congruente avec l'approche conceptuelle du modèle d'adaptation de Roy (1991) qui vise

la promotion de l'adaptation des individus et des groupes dans leur interaction constante avec l'environnement, source de nombreux stimuli. Dans le contexte de cette recherche, l'étude de la problématique liée à l'adaptation d'infirmier(e)s en soins psychiatriques qui met en relation un stimulus contextuel (soutien au travail) avec le système de contrôle de l'infirmière (stratégies de *coping*) face à un stimulus focal (stresseurs organisationnels) générant par là même, un comportement de santé adapté ou non (qualité de vie), devient pertinent. L'utilisation du modèle d'adaptation de Roy (1991) dans nombre de recherches sur les déterminants de la santé et de l'adaptation (Pepin, Ducharme, Kérouac, Levesque, Ricard, Duquette, 1993) signe sa contribution importante au développement de la connaissance en science infirmière.

La qualité de vie au travail des infirmier(e)s est un domaine encore peu exploré. La plupart des études portant sur la santé au travail des infirmier(e)s ont majoritairement cherché à mesurer des aspects négatifs de cette dernière, soit sous l'angle de l'épuisement professionnel (Constable & Russell, 1986; Duquette et al., 1995; Michaud, 1991; Morissette, 1993; Plante, 1993; Saulnier, 1993) ou encore sous celui de la détresse psychologique (Harrisson, 1997). Seule l'étude réalisée par Delmas (1999) auprès d'infirmier(e)s français(e)s de soins intensifs, a utilisé le concept de "qualité de vie au travail" sous l'angle multidimensionnel et transactionnel développé par Elizur et Shye (1990). Dans son étude, Delmas (1999) a corrélé cette variable avec une caractéristique personnelle, la hardiesse. À ce jour, il ne semble pas exister d'étude sur la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s psychiatriques.

Dans le contexte de rationalité économique actuelle, il est licite de penser que les restrictions qui s'opérationnalisent dans les unités de soins ne sont pas sans répercussions sur les ressources humaines existantes. En parallèle de ces mouvements structurels, l'exercice infirmier en psychiatrie, dont il a été démontré précédemment le caractère spécifique en matière de stresseurs, n'est pas exempt de difficultés voire de problématiques touchant le domaine de la santé au travail des infirmier(e)s. En ce sens, cette recherche devrait permettre une meilleure compréhension des relations interactives entre les variables "soutien au travail" et "stratégies de *coping*" corrélées avec un

indicateur positif de la santé au travail et contribuer par là même à l'amélioration de la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s en soins psychiatriques par le développement de connaissances spécifiques à ce champ d'exercice.

Le but de l'étude

Le but de cette étude est de décrire le soutien au travail perçu, les stratégies de *coping* utilisées, ainsi que le niveau de qualité de vie au travail, d'infirmier(e)s d'unités psychiatrie en France. D'autre part, les relations entre le soutien au travail et les stratégies de *coping*, de même que les liens entre ces dernières et la qualité de vie au travail seront examinés.

Les questions de recherche

- Quel est le niveau de soutien au travail perçu par ces infirmier(e)s d'unités psychiatriques ?
- Quelles sont les stratégies de *coping* utilisées par ces infirmier(e)s d'unités psychiatriques ?
- Quel est le niveau de qualité de vie au travail de ces infirmier(e)s ?
- Quelles sont les relations entre les différents types de stratégies de *coping* utilisées par ces infirmier(e)s et le soutien au travail perçu ?
- Quelles sont les relations entre les différentes dimensions du soutien et la qualité de vie au travail de ces infirmier(e)s ?
- Quelles sont les relations entre les différents types de stratégies de *coping* utilisées par ces infirmier(e)s et leur qualité de vie au travail ?

Chapitre deuxième

La recension des écrits

Le présent chapitre entend présenter une recension des écrits sur les trois construits retenus pour cette recherche en les situant à l'intérieur d'un cadre de référence propre à la discipline infirmière. En première intention les construits "soutien au travail", "stratégies de *coping*" et "qualité de vie au travail" sont analysés au plan théorique puis examinés en regard des études empiriques antérieures. Le modèle de l'adaptation de Roy (1991) permet de préciser l'assise conceptuelle. En conclusion de ce chapitre, les hypothèses de recherche retenues pour cette étude sont introduites.

Le concept de soutien social

Le soutien social est l'objet d'un intérêt multidisciplinaire depuis les vingt dernières années. Les écrits abondent de définitions conceptuelles et opérationnelles sur le soutien social et donnent à voir d'une difficulté de consensus sur ce construit (Ducharme, Stevens & Rowat, 1994). Cette hétérogénéité, tant conceptuelle qu'opérationnelle, divise encore la communauté scientifique sur le caractère unidimensionnel ou multidimensionnel de ce concept (Bruhn & Philipps, 1984; Cohen & Syme, 1985; Krause, 1989; Mitchell & Trickett, 1980).

Pour cette recherche, ce sont les aspects multidimensionnels du concept de soutien social qui ont été retenus et plus spécifiquement les dimensions fonctionnelles qu'il revêt (Barrera, 1986; Cobb, 1976; Gottlieb, 1983; House, 1981; Weiss, 1974). Pour ces auteurs, le soutien social est constitué d'un ensemble d'aides interreliées dont les composantes majeures sont le soutien émotionnel et le soutien tangible (informationnel et matériel). Elles sont de véritables ressources sociales disponibles dans l'environnement dont un individu peut se prévaloir au besoin. Toujours selon ces auteurs, le soutien social, généralement offert par le milieu familial, peut également trouver sa source au sein des organisations professionnelles et s'articuler de façon formelle (groupe de soutien) ou informelle (échanges ponctuelles entre les individus de l'organisation). Selon Moos (1986), l'environnement de travail est constitué de caractéristiques précises à l'intérieur desquelles l'individu peut rechercher ou obtenir de l'aide. Ainsi, l'implication et la cohésion entre les travailleurs, le soutien du supérieur,

l'autonomie accordée à son propre rôle dans l'entreprise, l'orientation vers la tâche, la pression perçue au travail, de même que le confort des lieux sont autant d'éléments susceptibles d'influencer positivement ou négativement la perception qu'un individu a de son environnement de travail. C'est dans ce contexte de l'environnement de travail que la fonction protectrice du soutien sera interrogée.

Les fondements conceptuels et théoriques du soutien social

Dans le courant des années soixante-dix, nombre d'études ont précisé le rôle que joue le soutien social dans la gestion des effets délétères du stress ainsi que dans l'état de bien-être physique et mental d'un individu (Antonovsky, 1974; Caplan, 1974; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Liem & Liem, 1978; Weiss, 1974). À partir d'une analyse épidémiologique rigoureuse, des raisons pour lesquelles des individus développent ou non une incapacité à faire face aux événements stressants de la vie, Cobb (1976) conclut que les personnes confrontées à des situations de stress et qui savent pouvoir compter sur des appuis significatifs connaissent peu de problèmes de santé en regard des personnes isolées et percevant peu de soutien. Plus près de nous, Bozzini et Tessier (1985) ont démontré, à partir d'une recension exhaustive des écrits, l'effet immunitaire du soutien social tant au niveau de la santé physique que mentale. Toujours selon Cobb (1976), l'information perçue, qui porte à croire que l'on est soutenu émotionnellement et estimé, revêt plus de valeur que l'offre de biens, de services ou l'organisation d'activités.

House (1981) propose une conceptualisation multifactorielle du soutien social, où les échanges interpersonnels des personnes mettent en scène au moins un des éléments suivants : une préoccupation émotionnelle de l'ordre de la confiance ou de l'empathie ; un soutien informationnel qui consiste à donner des renseignements ou à enseigner des habiletés ; de l'aide en biens et services ; un soutien en évaluation, soit de l'information qui aide la personne à évaluer ses réalisations. Plus tard, Gottlieb (1983) introduit la notion d'engagements mutuels, d'interdépendance entre les individus et insiste sur l'importance des effets de cette mutualité sur le bien-être du bénéficiaire. Dans son modèle de prévention du stress, Barrera (1986) quant à lui, démontre que le

soutien social diminue à la fois l'occurrence des événements stressants et le degré de stress perçu par l'individu, tous deux sources de détresse potentielle.

Si certains auteurs le voient plutôt comme un réseau social favorisant la stabilité sociale et le bien-être psychologique des individus (Cohen & Willis, 1985; House, 1981; Gottlieb, 1983; Moos & Brownstein, 1977) ou comme une somme d'interactions agissant dans le contexte d'une situation stressante (Kobasa, 1982), d'autres comme Barrera (1986), le considère insuffisamment explicite et propose de le catégoriser en trois éléments : "l'enchâssement social", en opposition à l'isolement social propre au modèle de l'anomie développé par Durkheim (1986), qui se réfère aux contacts que l'individu entretient avec d'autres personnes significatives à l'intérieur de son environnement social; "le soutien social agi", qui donnent à voir des actions entreprises pour aider un individu ; "le soutien social perçu", soit l'évaluation cognitive que l'individu fait de la disponibilité de son entourage à son égard, ainsi que de l'adéquation des aides fournies à ses propres besoins.

Le soutien au travail

Dans le domaine plus spécifique de l'environnement de travail, Moos et ses collaborateurs ont largement contribué au développement de la connaissance en matière d'écologie sociale, par l'étude rigoureuse de l'impact de ces environnements (physique et social) sur les êtres humains. Des études, réalisées au sein de divers milieux, hospitaliers, scolaires, militaires, communautaires (Gerst & Moos, 1972; Moos, 1968, 1972, 1973; Trickett & Moos, 1973; Insel & Moos, 1972), citées par Moos (1973, p. 657), leur ont permis de conceptualiser trois dimensions du climat social propres à toute organisation : la dimension relationnelle, la dimension de croissance personnelle ainsi que la dimension de maintien et changement des structures. Ces trois dimensions, opérationnalisées par le Work Environment Scale (WES) de Insel et Moos (1974), sont aujourd'hui fréquemment utilisées dans l'étude de l'environnement de travail et notamment dans celui des soins infirmiers. Plus spécifiquement, la dimension relationnelle qui appréhende la nature et l'intensité des relations personnelles dans le cadre du travail, permet la mesure du soutien au travail perçu par les infirmier(e)s. Pour

Insel et Moos (1974), les relations personnelles au travail font référence à la spontanéité, au soutien et à la cohésion. Pour ces auteurs, ce sont les individus et leurs interactions continues dans l'environnement de travail qui forgent l'atmosphère de ce dernier. Ainsi, la dimension relationnelle mesurée par le Work Relationship Index permet la saisie de trois caractéristiques spécifiques soit : l'implication à la tâche qui donne à voir de l'intérêt du groupe manifesté par la créativité ou exprimé par l'enthousiasme au travail ; la cohésion entre les pairs qui correspond à la capacité des travailleurs et ici des infirmier(e)s, à se donner du soutien et à tisser des liens d'amitié ; le soutien du supérieur qui évalue les capacités de ce dernier à encourager l'alliance des pairs et à apporter lui-même du soutien. Rejoignant les propositions d'autres auteurs cités précédemment (House, 1981; Gottlieb, 1983), Insel et Moos (1974) reconnaissent au soutien au travail une fonction d'aides émotionnelle et instrumentale interreliées.

Le rôle du soutien dans la gestion des stressseurs occupationnels et de l'épuisement des professionnels est largement documenté. Ces vingt dernières années, la prolifération des écrits sur l'étude de la santé au travail des infirmier(e)s confirme l'intérêt et la préoccupation de la communauté scientifique pour le sujet (Constable & Russell, 1986; Duquette & al., 1990, 1994, 1995; Harrisson, 1997; Michaud, 1991; Morissette, 1993; Plante, 1993; Saulnier, 1993).

Dans le modèle théorique du stress occupationnel développé par LaRocco, House et French (1980) et testé par Norbeck (1985) auprès d'infirmier(e)s de soins intensifs, le soutien au travail est considéré comme agissant tout à la fois sur le stress perçu au travail, les tensions liées au travail et les résultats en matière de santé ainsi que sur les interrelations entre ces variables. Dans le modèle théorique proposé par McAbee (1991) et validé par Saulnier (1993) auprès d'infirmier(e)s de gérontologie, le soutien au travail apparaît comme significativement relié, tant à la fréquence des stressseurs occupationnels, qu'à l'intensité du stress ressenti. Selon Maddi et Kobasa (1984), le soutien social a un effet médiateur qui encourage une appréciation cognitive optimiste du stressseur ainsi qu'une décision éclairée en vue d'y faire face. Dans leurs écrits, Vézina, Cousineau, Mergler et Vinet (1992) précisent que certains éléments présents

dans l'environnement de travail, tels que l'autonomie décisionnelle et le soutien social, en agissant directement sur les tensions psychiques, seraient des "facteurs de protection" de la santé mentale au travail.

Même si les avis diffèrent quand il s'agit de déterminer quelle est la source de soutien la plus opérante en matière de réduction du stress occupationnel ou des problèmes de santé chez les infirmier(e)s (House & Wells 1978; Jennings, 1987; LaRocco, House & French, 1980; Mohl & al., 1982 ; Parades, 1982), il apparaît que les sources de soutien telles que celles accordées par le supérieur et par les pairs sont les plus significatives à agir sur les effets délétères du stress. L'étude de Jennings (1987) révèle que les taux d'absentéisme et de maladies sont moins élevés dans les milieux où les infirmier(e)s se sentent estimé(e)s par leur administration ou par leur supérieur hiérarchique. D'autres recherches, rapportées par Duquette, Kérouac, Sandhu, et Saulnier (1994) ont démontré qu'une perception élevée du soutien par les pairs ou les supérieurs était significativement reliée à un degré moindre d'épuisement professionnel chez les infirmier(e)s (Fong, 1993; Michaud, 1991; Morissette, 1993; Saulnier, 1993). De façon plus spécifique, Saulnier (1993) démontre dans son étude menée auprès d'infirmier(e)s de gérontologie que le soutien du supérieur agit de façon plus importante sur la fréquence des stressés que la cohésion entre les pairs. Cette relation se répète également avec l'intensité du stress ressenti. Dans une étude corrélacionnelle portant sur le soutien interpersonnel perçu par des infirmier(e)s travaillant dans les unités de psychiatrie, de médecine et de handicap mental de trois hôpitaux généraux (n = 185), les psychologues Firth, McIntee, McKeown et Britton (1986) ont identifié que le "respect personnel" et l'"attention empathique" constituaient deux composantes du soutien offert par le supérieur qui étaient significativement reliées à l'épuisement professionnel des infirmier(e)s.

L'examen des différents écrits proposés par ces auteurs donnent à voir de l'importance de la dimension relationnelle dans le cadre d'un environnement de travail contraignant. Tous reconnaissent l'influence de cet environnement sur la santé ou le bien-être des infirmier(e)s et certains précisent la fonction protectrice que le soutien peut

apporter dans un contexte d'épuisement professionnel, (Constable & Russel, 1986; Parades, 1982; Saulnier, 1993), ou encore son rôle médiateur face aux stressés (Maddi & Kobasa, 1984).

Dans la partie qui va suivre, les études visant à décrire les caractéristiques du soutien au travail en soins infirmiers vont être présentées.

Les études descriptives sur le soutien au travail

Plusieurs études se sont intéressées à décrire les caractéristiques de l'environnement de travail des infirmier(e)s et ce, dans des contextes d'exercice variés. Dans le cadre de leur travaux, nombre de chercheurs ont utilisé le Work Environment Scale (WES) de Moos (1986) qui permet de saisir trois dimensions de l'environnement soit : La dimension relationnelle, la croissance personnelle et le maintien et changement de structures. Les descriptions qui vont suivre, issues de recherches menées sur la précédente décennie, ne prennent en compte que la dimension relationnelle, soit le Work Relationship Index (WRI), sous-échelle du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) qui permet la description des caractéristiques du soutien au travail. Dans un souci de concision, les résultats de ces études sont présentés sous forme de tableaux, puis discutés dans le texte.

Les études référencées au tableau I, font apparaître les scores sous deux formes différentes : bruts (compris entre 0 et 9) ou standards (compris entre 0 et 100, où 50 situe la moyenne). Des scores élevés dans les trois caractéristiques de la dimension relationnelle indiquent une perception positive du soutien au travail. D'emblée, les scores proposés donnent à voir d'une hétérogénéité en regard des différents lieux d'exercice, ceci conforte la thèse développée par Moos (1986) selon laquelle ce sont les individus, de par leurs trajectoires personnelle et collective et leurs interrelations, qui façonnent la personnalité de leur environnement de travail. Ainsi chaque environnement de travail devient spécifique et la perception qu'en ont les acteurs, ici les infirmier(e)s, n'en est que plus différente.

Tableau I : Présentation des scores bruts du Work Relationship Index, sous-échelle du Work Environment Scale, issus de recherches menées auprès d'infirmières de divers lieux d'exercice

ÉTUDES	DIMENSION RELATIONNELLE					
	Implication au travail		Cohésion entre les pairs		Soutien du supérieur	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
Moos (1994) groupe normatif de Professionnels de santé aux Etats-Unis n = 4,879	5,43	2,26	5,24	1,99	4,82	2,21
Avallone & Gibbon (1998) Infirmier(e)s hospitalières n = 53	6,52	2,28	6,54	1,92	5,43	2,10
Baker (1992) Infirmier(e)s n = 209	6,67	2,24	6,11	2,14	4,21	2,50
Duquette et al. (1994) Infirmier(e)s médecine-chirurgie n = 25	5,72	1,40	5,64	1,63	4,68	2,06
Fielding & Weaver (1994) Infirmier(e)s hospitalier(e)s n = 67	6,04		5,7		4,64	
Fielding & Weaver (1994) Infirmier(e)s communautaires n = 55	7,35		5,91		6,04	
Kérouac et al. (1992) Infirmier(e)s médecine-chirurgie n = 31	7,4	1,3	7,3	1,3	6,6	1,3
Long et al. (1995) Professionnels en psychiatrie n = 9	8,7		7,2		6,9	
Margall (1999) Infirmier(e)s hospitalier(e)s n = 213	6,05	1,87	6,52	1,93	4,59	2,17
Morissette (1993) Infirmier(e)s soins intensifs n = 214	7,2	1,3	6,6	1,6	5,3	2,1
Turnipssed (1992) Infirmier(e)s hospitalier(e)s n = 53	5,9	2,4	5,2	2,3	3,9	2,6

Majoritairement les scores bruts indiqués dans le tableau I sont sensiblement plus élevés dans toutes les études référencées en comparaison des résultats du groupe normatif proposés par Moos (1994). Plus spécifiquement, il apparaît que les infirmier(e)s perçoivent une meilleure cohésion entre elles ainsi que davantage d'implication du groupe au travail, que les professionnels de santé (groupe normatif de Moos, 1994).

Par ailleurs, on peut observer que si les caractéristiques propres à l'implication du groupe à la tâche ainsi que la cohésion entre les pairs sont relativement proches pour la majorité des études référencées (tableaux 1. et 2.), il n'en va pas de même pour les scores du soutien du supérieur, sensiblement plus bas. Ces résultats suggèrent d'une part, que les infirmier(e)s qui perçoivent une bonne cohésion dans le groupe semblent manifester un meilleur intérêt au travail et d'autre part que le soutien accordé par les pairs est perçu de façon plus importante que celui offert par le supérieur.

Tableau II : Présentation des scores standards du Work Relationship Index, sous-échelle du Work Environment Scale, issus de recherches menées auprès d'infirmières de divers lieux d'exercice

DIMENSION RELATIONNELLE						
ÉTUDES	Implication au travail		Cohésion entre les pairs		Soutien du supérieur	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
Carlisle et al. (1994) Infirmier(e)s de divers lieux d'exercice n = 180	58,1	13,8	56,7	15,3	46,3	17,5
Dutcher & Adams (1994) Infirmier(e)s soins à domicile n = 70	67,4	6,44	63,9	11,37	63,6	12,66
Michaud (1991) Infirmières hospitalières n = 175	57		60		47	

Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs de santé mentale

Le soutien comme composante de l'environnement de travail dans sa relation à l'épuisement professionnel des infirmier(e)s

En 1986, Constable et Russell ont étudié l'environnement de travail des infirmier(e)s d'un hôpital militaire américain à partir des variables de soutien social et d'épuisement professionnel. La méthode d'échantillonnage retenue a consisté au recrutement de toutes les infirmier(e)s disponibles au temps de l'enquête, soit 391 sujets (taux de participation de 79%). Un questionnaire auto-administré a été distribué aux participantes. Il intégrait trois instruments de mesure : une échelle du soutien social développée par House et Wells (1981); The Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach et Jackson (1981) pour l'évaluation de l'épuisement professionnel; The Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) pour l'évaluation de l'environnement de travail. Les résultats de cette étude révèlent que les facteurs de prédiction tels que, la perception d'un travail peu attrayant, la pression ressentie au travail et le manque de soutien perçu expliquent 53% de la variance de l'épuisement professionnel des infirmier(e)s. Les auteurs concluent que le rôle de soutien exercé par le supérieur semble être un modérateur de l'épuisement émotionnel dans le contexte d'aspects négatifs du milieu de travail.

Michaud (1991) a étudié la relation entre les caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmier(e)s travaillant aux urgences de six hôpitaux universitaires de la région de Montréal, pour lequel un échantillon de convenance de 230 sujets a été constitué (taux de participation de 81%). Un questionnaire auto-administré a été distribué aux participantes. Il intégrait deux instruments de mesure et un questionnaire sociodémographique : une traduction française (Pelletier, 1986) du Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach et Jackson (1981) pour l'évaluation de l'épuisement professionnel ; une traduction française (Michaud, 1991) du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) pour l'évaluation de l'environnement de travail. Les résultats de cette étude démontrent que le soutien du supérieur est une des caractéristiques inhérentes à l'environnement de travail des

infirmier(e)s. Par ailleurs, l'auteure observe une corrélation positive et significative entre le soutien du supérieur et l'intensité de l'accomplissement personnel (dimension de l'épuisement professionnel) ressentie par les infirmier(e)s ($r = 0,15$, $p < 0,05$). Dans cette étude, il appert que les infirmier(e)s qui possèdent moins d'expérience (entre 3 et 5 ans) expriment davantage de manifestations d'épuisement professionnel.

En 1994, Turnipseed analyse l'influence des facteurs de l'environnement de travail, comme modérateurs de l'épuisement professionnel des infirmier(e)s et infirmier(e)s auxiliaires d'un hôpital urbain aux États-Unis. Un échantillon aléatoire de 115 femmes a répondu à un questionnaire auto-administré. Les instruments utilisés pour cette étude sont : The Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) pour l'évaluation de l'environnement de travail et The Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach et Jackson (1981) pour l'évaluation de l'épuisement professionnel. Les analyses de régression démontrent que la cohésion entre les pairs (dimension relationnelle), la clarté (dimension de maintien et changements de structures) et la pression au travail (dimension de croissance personnelle) expliquent 24% de la variance de l'épuisement émotionnel. Par ailleurs, le soutien du supérieur (dimension relationnelle) et l'autonomie au travail (dimension de croissance personnelle) expliquent 17% de la variance de la dépersonnalisation.

Ces quelques études portant sur l'environnement de travail des infirmier(e)s démontrent des liens significatifs entre la dimension relationnelle au travail soit, l'implication, le soutien du supérieur et la cohésion entre les pairs et des caractéristiques prédictives de l'épuisement émotionnel ou professionnel de cette population.

Le soutien au travail et l'épuisement professionnel

En 1993, Plante cherche à déterminer la relation entre le stress occupationnel, l'épuisement professionnel et le soutien professionnel d'infirmier(e)s œuvrant auprès de personnes cancéreuses en fin de vie. Pour cette étude elle a recruté un échantillon de convenance de 112 sujets (taux de participation de 76,5%) auquel elle a distribué un questionnaire auto-administré. En ce qui concerne plus spécifiquement la mesure de

l'épuisement professionnel et le soutien au travail, deux instruments ont été retenus : l'Échelle de l'Épuisement professionnel pour le personnel de la Santé (EEP-PS) traduite et adaptée par Duquette et Kérouac (1992) du Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980) et l'Échelle de Soutien au Travail (EST) traduite et adaptée par Michaud (1991) du Work Relationships Index (WRI) (cohésion entre les pairs et soutien du supérieur) une des trois dimensions du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974). Parmi les résultats rapportés par le chercheur, il appert que le score global du soutien au travail est significativement et négativement relié à l'épuisement professionnel et ce de façon modérée ($r = -0,45$, $p < 0,01$). Plus spécifiquement, les résultats proposés par Plante (1993) démontrent que le soutien du supérieur apparaît plus fortement relié à l'épuisement professionnel ($r = -0,41$, $p < 0,01$) que la cohésion entre les pairs ($r = -0,30$, $p < 0,01$). Cependant dans cette étude, l'existence d'une relation significative entre le soutien professionnel et le stress occupationnel n'a pu être démontrée ($r = -0,185$, $p = 0,05$) ce qui permet au chercheur de conclure que d'autres caractéristiques, telles que les stratégies adaptatives personnelles proposées dans le modèle de McAbee (1991), viennent influencer la perception du stress au travail.

En 1993, Saulnier étudie les relations existantes entre le soutien au travail, le stress, les stressors occupationnels et l'épuisement professionnel des infirmier(e)s franco-qubécoises travaillant en gériatrie ($n = 8409$). Un échantillon aléatoire simple de 1990 sujets a été constitué (taux de participation de 77,6%). L'étude a été conduite par questionnaires auto-administrés. En ce qui concerne plus spécifiquement la mesure du soutien au travail et de l'épuisement professionnel, deux instruments ont été utilisés : l'Échelle de l'Épuisement professionnel pour le personnel de la Santé (EEP-PS) traduite et adaptée par Duquette et Kérouac (1995) du Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980) et l'Échelle de Soutien au Travail (EST) traduite et adaptée par Michaud (1991) de deux dimensions du Work Relationships Index (WRI) (cohésion entre les pairs et soutien du supérieur) une des trois dimensions du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974). De façon générale, les résultats démontrent un faible degré d'épuisement des infirmier(e)s de gériatrie ($\bar{x} = 49,6$),

puisque la moyenne se situe en deçà du 3^e décile de la distribution théorique. Par ailleurs, cette étude donne à voir que le soutien au travail perçu de la part des collègues ($r = -0,39, p < 0,01$) et du supérieur ($r = -0,40, p < 0,01$) est modérément corrélé, significativement et négativement à l'épuisement professionnel. Toutefois, elle ne permet pas de préciser lequel, de la cohésion entre les pairs ou du soutien du supérieur, est le plus fortement associé à l'épuisement professionnel, la différence obtenue entre les deux scores de corrélations étant quasi inexistante.

Ces dix dernières années, plusieurs études ont associé d'autres construits, tels que la *hardiesse* (Kobasa, 1979) ou encore les *stratégies de coping au soutien au travail*, comme autant de caractéristiques explicatives de la santé des infirmier(e)s au travail (Boyle, Grap, Yonger & Thornby, 1991; Duquette et al., 1995; Harrisson, 1997; Morrissette, 1991). Le texte qui suit fait état de quelques unes de ces recherches.

Le soutien social et la hardiesse en relation à l'épuisement professionnel

Morrissette (1993) a étudié, entre autres variables, les relations entre la hardiesse, le soutien au travail et l'épuisement professionnel des infirmier(e)s franco-québécoises de soins intensifs ($n = 1990$). Elle a constitué un échantillon aléatoire de 300 infirmier(e)s (taux de participation de 81%) auquel elle a distribué un questionnaire auto-administré. Parmi les instruments utilisés, on retrouve : l'Échelle de l'Épuisement professionnel pour le personnel de la Santé (EEP-PS) traduite et adaptée par Duquette et Kérouac (1992) du Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980), l'Échelle de Soutien au Travail (EST) traduite et adaptée par Michaud (1991) du Work Relationships Index de Insel et Moos (1974) et une traduction française de la troisième version du Hardiness Scale de Kobasa (1990). Là encore, les résultats démontrent que les infirmier(e)s de soins intensifs se perçoivent comme faiblement épuisées ($\bar{x} = 54,2$) et disent percevoir un soutien relativement élevé dans leur milieu de travail avec un score global de 19,1 correspondant au troisième quartile du score maximum possible de 27. Par ailleurs, les tests effectués donnent à voir d'une corrélation significative modérée et négative entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel ($r = -0,40, p < 0,05$). Plus spécifiquement, le soutien du supérieur est plus

fortement corrélé à l'épuisement professionnel ($r = -0,32$, $p < 0,05$) alors que les corrélations concernant l'implication à la tâche et la cohésion entre les pairs restent plus faibles ($r = -0,29$ et $r = -0,25$, $p < 0,05$). Ces résultats amènent l'auteur à conclure que les infirmier(e)s se percevant moins soutenues sont plus à risque d'épuisement professionnel. Dans cette étude, les analyses de régression multiple indiquent que 54% de la variance de l'épuisement est significativement expliquée par quatre variables soit : "la dimension psychologique de la fréquence des stressseurs" ($\beta = 0,17$, $p = 0,04$); "l'engagement" ($\beta = -0,39$, $p = 0,01$) et "le contrôle" (hardiesse) ($\beta = -0,23$, $p = 0,03$); "l'implication du groupe à la tâche" (soutien) ($\beta = 0,13$, $p = 0,01$), ce qui permet à l'auteure de conclure qu'elles sont les meilleurs indicateurs de l'épuisement professionnel des infirmier(e)s de soins intensifs.

En 1997, Harrisson s'est intéressée aux relations entre la hardiesse¹, le soutien au travail et la détresse psychologique des infirmier(e)s auxiliaires franco-québécoise ($n = 18000$). Les trois variables retenues pour cette étude ont été mesurées à l'aide de traductions françaises : de la troisième version du Hardiness Scale (Kobasa, 1990), du Work Relationships Index (WRI) de Moos (1986) et du Psychiatric Symptom Index de Ilfeld (1976). Un échantillon aléatoire de 300 infirmier(e)s auxiliaires a été constitué avec un taux de participation de 57%. Les questionnaires ont été auto-administrés. Les résultats obtenus démontrent qu'il existe une corrélation significative et positive, bien que faible, entre la hardiesse et le soutien au travail ($r = 0,27$, $p \leq 0,01$), ainsi qu'une corrélation significative négative et faible entre le soutien au travail et la détresse psychologique ($r = -0,21$, $p \leq 0,01$). La hardiesse quant à elle, donne à voir d'une relation significative et modérée en regard de la détresse psychologique ($r = 0,43$, $p \leq 0,01$). L'analyse de régression multiple permet de constater que la hardiesse explique 19 % et le soutien seulement 4 % de la variance de la détresse psychologique. Ces résultats permettent à Harrisson (1997) de conclure que la hardiesse exerce un rôle

¹ - Duquette et col. (1995) propose une définition de la hardiesse, traduction de *hardiness* qui correspond à "une force et une résistance intérieures, une vigueur psychologique. La personne hardie a de la "trempe" présente une robustesse de la personnalité".

médiateur entre le soutien au travail et la détresse psychologique.

Le soutien social, la hardiesse et les stratégies de coping en relation à l'épuisement professionnel

Dans leur étude longitudinale portant sur les déterminants psychosociaux de la santé au travail des infirmier(e)s franco-québécoises œuvrant en gériatrie (n = 8066), Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995) ont constitué un échantillon aléatoire de 1990 sujets (taux de participation de 77,9% au premier temps de l'étude et de 55% au troisième temps pour une durée de douze mois). Le but de cette étude était de vérifier un modèle théorique de relations entre des facteurs psychosociaux tels que, le soutien au travail, la hardiesse ainsi que les stratégies adaptatives et l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel a été mesuré à l'aide du Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980), le soutien au travail a été mesuré par l'Échelle de Soutien au Travail (EST) traduite et adaptée par Michaud (1991) du Work Relationships Index de Insel et Moos (1974), la troisième version du Hardiness Scale de Kobasa (1990) a permis la mesure de la hardiesse et les stratégies adaptatives ont été évaluées par l'outil Indices of Coping Responses (Moos et al., 1986) traduit et adapté par Gagnon (1988). Les résultats donnent à voir d'une corrélation significative positive mais faible entre les scores de soutien au travail et ceux des stratégies de *coping* ($r = 0,18; 0,23; 0,21, p < 0,01$), ainsi qu'une corrélation significative positive et modérée entre les scores de hardiesse et ceux du soutien au travail ($r = 0,32; 0,36; 0,37, p < 0,01$). De plus, les analyses de régression multiple précisent que les deux dimensions du soutien étudiées soit, la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur apparaissent comme des prédicteurs significatifs de l'épuisement professionnel ($\beta = 0,11$ et $0,09, p < 0,01$), permettant aux auteurs de conclure que plus l'infirmière se sent soutenue par ses pairs ou son supérieur, moins elle a tendance à s'épuiser. Ces résultats donnent à voir de relations significatives entre les facteurs contextuels et personnels proposés. Les analyses structurales utilisées dans cette étude, confirment que la hardiesse, le soutien des pairs et du supérieur ainsi que les stratégies de *coping* sont des ressources qui peuvent être mobilisées dans un contexte d'environnement de travail contraignant et servir aux

infirmier(e)s à contrer les effets délétères du stress.

Selon Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991), la hardiesse, le *coping* et le soutien social seraient des prédicteurs de l'épuisement professionnel. Afin de valider cette hypothèse, elles ont conduit une étude auprès de 202 infirmier(e)s de soins intensifs aux États-Unis (taux de participation de 51%). Les chercheuses ont utilisé quatre instruments de mesure soit : le SBS-HP (Staff Burnout Scale for Health Professionals) de Jones (1982) pour l'épuisement professionnel; l'échelle de la hardiesse développée par Kobasa, Maddi et Kahn (1982); The Way of Coping Checklist de Lazarus et Folkman (1984) pour le *coping*; The 13-item House and Wells Social Support Scale de House (1981) pour le soutien social qui permet de mesurer les sources de soutien au travail (supérieur, pairs) mais également celles accordées par le ou la conjoint(e), les amis ou les relations. Les résultats proposés à partir de tests de Pearson et d'analyses multivariées permettent aux chercheuses de confirmer en partie leur hypothèse. Notamment, le soutien social, le *coping* et la hardiesse expliquent 44% de la variance de l'épuisement professionnel, le soutien social, à lui seul, en explique 24%. Plus spécifiquement, les chercheuses démontrent une relation significative et négative entre le soutien social ($r = -0,50$, $p < 0,01$), la hardiesse ($r = -0,43$, $p < 0,01$) et l'épuisement professionnel. Même s'il ne semble pas exister de liens forts et directs entre la hardiesse et le *coping* centré sur le problème ($r = -0,02$, $p < 0,05$), une relation faible et positive a été démontrée entre la hardiesse et le soutien social ($r = 0,28$, $p < 0,01$). Par ailleurs, les auteures identifient que les types de soutien offerts n'agissent pas avec la même intensité sur l'épuisement professionnel. Ainsi, les résultats de cette étude confirment que le soutien offert dans le contexte du travail était un meilleur prédicteur de l'épuisement professionnel ($r = -0,42$, $p < 0,01$) que le soutien offert par les proches ou les relations ($r = -0,35$, $p < 0,01$). Ces conclusions sont en accord avec celles de Constable & Russel (1986), House (1981) et LaRocco et al. (1980) qui donnent à voir, dans leurs études, des effets plus bénéfiques des sources de soutien au travail

comparativement au soutien hors-travail, dans un contexte d'épuisement professionnel².

Les études corrélatives utilisant des indicateurs positifs de santé mentale

Le soutien comme composante de l'environnement de travail dans sa relation au bien-être psychologique des infirmier(e)s

Margall (1999) a étudié les relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmier(e)s espagnoles oeuvrant dans diverses structures de soins. Un échantillon non-probabiliste de 213 sujets a été constitué (taux de participation de 87,7%). Un questionnaire auto-administré a été distribué aux participantes. Il comprenait : la traduction espagnole (Margall, 1999) du Work Environment Scale - form R de Insel et Moos (1974); l'échelle Votre bien-être de l'enquête Santé Québec (BESQ) également traduite par l'auteur en espagnol ainsi qu'un questionnaire sociodémographique. Les résultats de cette étude révèlent que les infirmier(e)s de cet hôpital se considèrent en bonne forme psychologique (72,8%). L'auteur suggère que cette perception est en partie liée à l'environnement et plus spécifiquement à l'aspect relationnel au travail, jugé par les infirmier(e)s espagnoles comme la dimension la plus positive dans le contexte du travail. Les tests de corrélation effectués confirment qu'il existe une relation significative et positive, mais faible entre les trois caractéristiques de la dimension relationnelle au travail ($r = 0,28$, $p < 0,01$ pour l'implication ; $r = 0,22$, $p < 0,01$ pour la cohésion entre les pairs ; $r = 0,22$, $p < 0,01$ pour le soutien du supérieur) et le bien-être psychologique des infirmier(e)s. Par ailleurs, il est à noter des scores identiques obtenus pour les deux formes de soutien (pairs et supérieur). Les analyses de régression multiple effectuées, donnent à voir du caractère prédictif de la cohésion entre les pairs qui explique à elle seule 37,4% de la variance de l'implication au travail ($\beta = 0,42$, $p < 0,01$), alors que le soutien du supérieur n'en explique que 1,2% ($\beta = 0,14$, $p < 0,01$). Ce résultat permet à l'auteur d'affirmer que les infirmier(e)s qui

² - Au vu de ces conclusions, seule la dimension du soutien au travail sera étudiée dans le cadre de la présente recherche.

perçoivent plus de cohésion dans le groupe ressentent plus d'implication au travail. Par ailleurs, les analyses confirment que l'implication du groupe est un prédicteur significatif du bien-être au travail puisqu'il explique 5,6% de la variance ($\beta = 0,24$, $p < 0,01$).

Le soutien au travail en relation avec le bien-être et la santé mentale

Dans une étude portant sur le bien-être d'infirmier(e)s en psychiatrie, Munro, Rodwell et Harding (1998) ont utilisé le Job Strain Model pour examiner les effets du stress occupationnel sur le bien-être, en termes de satisfaction au travail, des infirmier(e)s de cinq unités psychiatriques d'un établissement privé Australien. Ce modèle incluait tout à la fois le soutien au travail et hors-travail et l'impact de ce dernier sur le bien-être. Cinq instruments ont servi à mesurer les dimensions de santé, de satisfaction, de contrôle et d'exigences au travail ainsi que le soutien social. The General Health Questionnaire (GHQ-12) de Golberg et Williams (1988) a permis d'évaluer la perception de santé chez les infirmier(e)s. Les dimensions de satisfaction, contrôle et exigences au travail ont été mesurées par les instruments développés par Warr et al. (1979), Dwyer et Ganster (1991) et The Quantitative Workload Scale de Caplan et al. (1980). Le soutien social, quant à lui, a été mesuré par l'instrument développé par Etzion (1984) dans son étude sur les effets modérateurs du soutien social sur le stress au travail et l'épuisement professionnel et qui permet la mesure du soutien au travail et hors-travail. Un questionnaire auto-administré a été distribué à l'ensemble du personnel infirmier de ces cinq services de soins psychiatriques. Un taux de participation de 60% a été obtenu ($n = 60$). Les résultats de cette étude indiquent que le soutien est significativement corrélé tant à la santé ($r = 0,39$ (soutien au travail), $r = 0,41$ (soutien hors-travail), $p < 0,05$) qu'à la satisfaction au travail de ces infirmier(e)s ($r = 0,66$ (soutien au travail), $r = 0,65$ (soutien hors-travail), $p < 0,05$). Les auteurs soutiennent, par ailleurs, que les infirmier(e)s qui considèrent avoir un bon contrôle au travail ainsi qu'un soutien social tout à la fois au travail et dans leur vie sont en meilleure santé et plus satisfaites. Toutefois cette recherche présente quelques limites, notamment le nombre important de variables et d'instruments à l'étude en regard de la taille de l'échantillon.

En conclusion, il apparaît que nombre de recherches menées au Québec et aux États-Unis, se soient intéressées à expliquer les relations entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel des infirmier(e)s et infirmiers. Les environnements de travail investigués dans le cadre de ces études offrent des perceptions de climats organisationnels dans des contextes d'exercice variés, tels que les services de gériatrie, de médecine-chirurgie, ou encore de soins intensifs ou d'urgence. De façon générale, les échantillons retenus dans le cadre de ces recherches sont consistants (100 à 2000 sujets) avec un taux de participation élevé (75% en moyenne).

À l'exception des études menées par Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991), toutes ont utilisé le Work Relationships Index, sous-échelle du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) qui permet de mesurer la dimension relationnelle au travail. Cette sous-échelle, qui offre d'évaluer notamment, la perception du soutien reçu par les pairs et le supérieur, identifie des formes d'aides telles que, le soutien émotionnel, informationnel et instrumental. De façon générale, les résultats de ces études sont consistants et convergents et présentent une corrélation significative et négative entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel, avec une force de relation variant de faible à modérée ($r = -0,21$ à $r = -0,50$). Par ailleurs, dans la majorité des études rapportées, il appert que le soutien du supérieur perçu est fréquemment associé à un indicateur négatif de la santé au travail, soit l'épuisement professionnel.

Ces dernières années, certaines études se sont intéressées aux indicateurs positifs de la santé au travail. Cependant à notre connaissance, seule la recherche menée par Margall (1999) auprès d'infirmier(e)s espagnoles de diverses unités de soins, a interrogé les trois dimensions de l'environnement de travail, telles que proposées par Moos (1986) en relation avec le bien-être perçu par ces infirmier(e)s. Les résultats de cette étude confirment une relation significative mais faible entre les trois caractéristiques de la dimensionnelle relationnelle et le bien-être au travail. Plus spécifiquement, Margall (1999) suggère que la cohésion entre les pairs incluant l'implication au travail est plus fréquemment associé au bien-être, indicateur positif de la santé au travail. Cette donnée légitime l'intérêt à poursuivre les investigations dans ce sens.

Plus près de notre objet d'étude, une équipe australienne (Munro et al., 1998) a étudié la relation entre le soutien social au travail et hors travail et le bien-être d'infirmier(e)s en psychiatrie, en utilisant l'échelle du soutien développée par Etzion (1984). Bien que cette recherche ait été effectuée auprès d'un échantillon restreint en regard du nombre d'instruments utilisés, il appert qu'il existe une relation modérée entre le soutien au travail et deux indicateurs positifs de santé, soit la satisfaction au travail et la santé mentale.

En somme, la présente recension permet de constater d'une part, l'absence d'étude sur le soutien au travail d'infirmier(e)s français(e)s et d'autre part, le manque de lien clairement établi en ce qui a trait à la force de la relation entre une source de soutien spécifique et un indicateur positif de santé au travail. À notre connaissance, il n'existe pas d'études intégrant les dimensions de soutien et qualité de vie au travail dans le contexte d'un exercice infirmier en psychiatrie, ce constat légitime l'intérêt à poursuivre les investigations dans ce domaine.

Le concept de *coping*

Le concept de *coping* a été élaboré en 1978 par Lazarus et Launier, pour désigner l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique et physique. En 1984, Lazarus et Folkman en précisent la définition en identifiant sous le vocable *coping strategy*, l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Pour Paulhan et Bourgeois (1995), ces stratégies de *coping*, plus connues dans la littérature scientifique française sous le terme de "stratégies d'ajustement", modifient fondamentalement la façon d'appréhender le stress et le type de réponse à ce dernier. Ainsi, l'objectif n'est plus de décrire les réactions au stress en regard des événements auxquels la personne est exposée, mais plutôt la façon dont elle fait face (*to cope*) à la situation. Dans ce contexte, nombre de disciplines se sont intéressées à ces réponses, soit par la description

de la réaction animale, attaque-évitement (Dantzer, 1989a) ou biophysique (Cannon, 1929; Frankenhauser, 1986 ; Selye, 1956), soit en mettant l'accent sur les caractéristiques de la personnalité telles que les mécanismes de défense propres à la théorie freudienne ou encore les traits de personnalité (Bandura, 1977; Kobasa, Maddi & Khan, 1984; Weaton, 1983). Nonobstant l'intérêt de ces différentes approches qui ont largement contribué au développement de la connaissance dans ce domaine, le texte qui suit entend présenter le *coping* comme un processus engageant une transaction entre l'individu et son environnement selon la théorie développée par Lazarus et Folkman (1984). Cette approche sous-entend que les stratégies de *coping* se modifient continuellement sous l'influence des contextes situationnels dans lesquels elles apparaissent (Lazarus, 1993).

Le concept de *coping* selon la théorie de Lazarus et Folkman (1984)

Dans le courant des années quatre-vingt, nombre de travaux ont précisé le caractère polymorphe et la multiplicité des réactions personnelles face aux événements de la vie. Ce constat a permis l'émergence de modèles théoriques multidimensionnels et interactionnistes se substituant aux modèles antérieurs (Billings & Moos, 1982 ; Lazarus, 1981). Cette nouvelle approche qui privilégie le rôle des interactions entre différents facteurs (affectifs, cognitifs, sociaux et physiologiques) considère le stress comme une transaction entre la personne et son environnement, accordant par là même une place prépondérante au *coping*. Des études approfondies des processus cognitifs, notamment la relation transactionnelle qui implique la perception et l'interprétation de la situation (Dantzer, 1989a), ainsi que la capacité de contrôle des événements, dont Folkman (1984) nous dit qu'elle est influencée par l'évaluation faite par la personne de ses ressources internes (*personal resource*) et externes (*social resource*), ont permis à Lazarus et Folkman (1984) d'introduire la notion de processus d'évaluation cognitive comme phénomène central du *coping*.

Le processus d'évaluation cognitive

Selon l'approche *stress-coping* développée par Lazarus et Folkman (1984), le

processus cognitif d'évaluation joue un rôle déterminant dans la transaction entre la personne et son environnement. Ainsi, les caractéristiques personnelles et situationnelles vont apporter des variations, tant au niveau de la confrontation, que de la réaction et des facteurs qui affectent la nature même de cette médiation. Pour ces auteurs, l'évaluation cognitive est une relation unique et changeante qui prend place entre une personne, avec des caractéristiques distinctes (valeurs, engagement, style de perception et réflexion) et un environnement dont les caractéristiques peuvent être prédites et interprétées. C'est à travers ce processus d'évaluation cognitive que la personne évalue la signification de ce que représente l'événement pour son bien-être. Lazarus et Folkman (1984) identifient trois types d'évaluation cognitive : primaire, secondaire et la réévaluation.

L'évaluation primaire concerne le jugement par la personne d'un événement ou d'une situation qu'elle estime sans rapport, bénigne-positive ou stressante. Lorsqu'une confrontation est jugée sans rapport, cela signifie qu'elle ne nécessite aucun investissement de la part de la personne, ici il n'y a rien à perdre n'y à gagner dans la transaction. Dans l'évaluation bénigne-positive, c'est la perspective de préserver son bien-être ou de l'améliorer qui prime, les émotions sont positives et permettent d'exprimer de la joie, du bonheur, de l'allégresse ou encore de la tranquillité. Dans l'évaluation stressante, des sentiments de perte, de menace ou encore de défi s'expriment. Selon Lazarus et Folkman (1984), la nature de l'évaluation contribue là encore, à la qualité et à l'intensité de l'émotion. Ainsi l'évaluation d'un défi est caractérisée par des émotions positives telles que l'excitation, l'euphorie, alors que l'évaluation d'une perte ou d'une menace génère des émotions négatives telles que, la honte, la colère ou la peur. Cependant ces auteurs précisent que, même si les évaluations de menace et de défi sont distinctes, tant par leurs composantes cognitive (jugement de perte versus maîtrise ou gain) qu'affective (émotions négatives versus émotions positives), elles peuvent apparaître simultanément voire même se transformer de l'une à l'autre sous l'effet des efforts de *coping*.

L'évaluation secondaire est un processus évaluatif complexe au cours duquel la personne se questionne sur ce qui peut ou doit être fait pour gérer la situation. Ce

processus oriente le choix des stratégies de *coping* à utiliser, stratégies dont l'objectif est de diminuer la tension émotionnelle sans pour autant annuler le problème (stratégies de *coping* centrées sur l'émotion) ou stratégies qui en modifiant la situation, diminueront la tension émotionnelle (stratégies de *coping* centrées sur le problème).

Le processus de réévaluation quant à lui réfère à une évaluation transformée sur la base de nouvelles informations provenant de l'environnement. Ainsi un sentiment de menace peut-être réévaluée comme injustifié et inversement une situation bénigne peut devenir menaçante, créant par là même, une succession de transformations émotionnelles et évaluatives.

L'influence des caractéristiques personnelles et environnementales sur le processus d'évaluation

Lazarus et Folkman (1984) introduisent le concept de vulnérabilité pour expliquer en quoi une menace potentielle peut devenir active, lorsque ce qui représente de la valeur pour la personne est mis en danger dans une transaction particulière. Il s'agit pour ces auteurs d'une susceptibilité à réagir à un ensemble d'événements stressants en fonction : 1) de facteurs personnels, tels que : l'engagement ou les croyances ; 2) de facteurs situationnels, tels que le contexte d'une nouvelle situation, le caractère prédictif de l'événement ou son incertitude ; 3) de facteurs temporels, tels que l'imminence de l'événement, l'incertitude quant à son apparition ou sa durée.

Pour Lazarus et Folkman (1984), la notion d'engagement et les croyances sont les facteurs personnels qui influencent le plus significativement l'évaluation. De façon plus spécifique, ils considèrent que le contrôle personnel que la personne croit avoir sur les événements joue un rôle majeur dans la modulation de la relation stress-émotion. Cette théorie défendue par Rotter en 1966, est reprise par Nuissier (1994) qui considère le contrôle perçu comme un processus cognitif inaugurant les transactions entre l'individu et la situation stressante. Ainsi, le degré d'influence sur l'événement se caractérise soit par l'"externalité" (les événements sont attribués au hasard, à la chance, au destin ou à autrui), soit par l'"internalité" (ce qui arrive dépend des capacités, des

efforts ou du comportement de la personne). Dans cette perspective, Lazarus et Folkman (1984) s'appuyant sur nombre de travaux, précisent que les personnes qui attribuent ce qui leur arrive à des causes internes, sur lesquelles ils peuvent exercer un certain contrôle, utilisent davantage de stratégies de "coping" centrées sur le problème, que celles qui évaluent l'événement comme externe et incontrôlable.

Selon Paulhan et Bourgeois (1995), d'autres variables environnementales, telles que les ressources sociales ou le soutien social, vont venir influencer tout à la fois l'évaluation de la situation et celle des stratégies de *coping* à adopter. Selon ces mêmes auteurs, tout comme le contrôle perçu et le *coping*, le soutien social agirait comme un modulateur de la relation stress-réaction de stress, facilitant ou freinant chez un individu ses capacités d'ajustement.

L'ensemble des caractéristiques personnelles et environnementales décrites, donnent à voir du lien étroit "personne-environnement" et permet de mieux saisir l'influence du milieu, ainsi que l'aspect interchangeable de l'intensité et/ou de la nature du stress, tels que défini par Lazarus et Folkman (1984). Par ailleurs, Billings et Moos (1981) confirment l'importance des caractéristiques personnelles et environnementales telles que le genre, l'éducation, le statut marital, le nombre d'heures de travail ou encore le revenu et leur influence sur le choix des options de *coping*. Dans ce contexte, il est aisé d'admettre que le *coping* est un processus changeant qui consiste en une riposte qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant.

Les stratégies de *coping*

Lazarus et Folkman (1984) identifient les stratégies de *coping* comme des efforts cognitifs et comportementaux recherchés et fournis par la personne en vue de maîtriser la situation perçue comme stressante. Tout comme l'évaluation cognitive décrite précédemment, elles font partie du processus de médiation dans la relation personne-environnement. À la suite d'entretiens menés auprès d'un grand nombre de sujets confrontés à diverses situations de la vie (familiale, professionnelle) ces auteurs ont identifié une typologie des stratégies de *coping* apparaissant comme des invariants : 1)

les stratégies de *coping* centrées sur le problème (instrumentales), qui représentent les efforts menés à changer son propre comportement ou les conditions environnementales afin de gérer la situation vécue comme stressante (résolution de problème dont la recherche d'informations et l'esprit combatif ou acceptation de la confrontation); 2) les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (palliatives), qui réfèrent aux efforts visant à réduire la détresse émotionnelle et maintenir une santé mentale satisfaisante (prise de distance ou minimisation de la menace, réévaluation positive, auto-accusation, fuite/évitement, recherche de soutien social, maîtrise de soi) (Lazarus, 1993). Toutefois, certains auteurs (Suls & Fletcher, 1985 ; Paulhan & Bourgeois, 1995) n'adhèrent pas totalement à cette classification. Ainsi pour Paulhan (1994), deux types de stratégies de *coping* peuvent modérer la réaction de détresse face à l'événement aversif. Les stratégies "évitantes" qui consistent à faire varier l'attention en la détournant de la source de stress (fuite/évitement, déni, résignation, réévaluation positive...). Comme les stratégies centrées sur l'émotion identifiées par Lazarus et Folkman (1984), elles permettent de réduire la tension émotionnelle. Les stratégies "vigilantes", comparées aux stratégies centrées sur le problème (recherche d'informations, de soutien social, plans d'action...) favorisent l'affrontement de la situation à partir d'efforts cognitifs et comportementaux pour la résoudre (Paulhan, 1992). Cette classification, qui reconnaît aux stratégies de soutien social, une fonction cognitivo-comportementale plutôt que passive est retenue dans cette étude.

Ainsi selon la théorie développée par Lazarus et Folkman (1984) qui a servi d'assise dans nombre de recherches sur les comportements de santé des individus dans des contextes situationnels variés, le *coping* agit comme un protecteur qui modère l'impact du stress. Dans la partie qui va suivre, quelques études visant à déterminer l'efficacité des stratégies de *coping* vis à vis du stress occupationnel ou encore les stratégies privilégiées dans un contexte de stress au travail chez les infirmier(e)s, vont être présentées. Ces études, à l'exception de celle réalisée par Schaefer et Peterson (1992), ont toutes utilisé le modèle transactionnel développé par Lazarus et Folkman (1984) dans sa version originale ou modifiée.

Les stratégies de coping et leur relation avec les stressseurs en milieu de travail infirmier

En 1992, Schaefer, Moore et Peterson ont cherché à déterminer les stratégies de *coping* les plus utilisées par des infirmier(e)s de soins intensifs en comparaison d'infirmier(e)s d'autres unités. Un échantillon randomisé de 209 infirmier(e)s (taux de participation de 60%) a été constitué au sein d'un centre hospitalier aux États-Unis. Les stratégies de *coping* ont été mesurées par l'échelle révisée du Jaloweic Coping Scale (Jaloweic, 1989). Les auteures ne rapportent aucune différence significative entre ces deux groupes en ce qui a trait au choix des stratégies. Elles concluent que, quel que soit l'environnement de travail, les infirmier(e)s utilisent les mêmes types de stratégies pour faire face aux stressseurs au travail. Cependant, elles émettent l'hypothèse que la nature même des stressseurs ainsi que certaines caractéristiques personnelles telles que, la hardiesse pourraient influencer le type de stratégies utilisées, ce qui légitimerait de reprendre l'étude en tenant compte de ces nouveaux éléments.

Beaulieu (1993) a examiné les stratégies privilégiées par des infirmier(e)s travaillant en unité de soins de longue durée au Québec. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon de convenance de 236 infirmier(e)s réparties sur trois centres de soins de longue durée de la région de Montréal (taux de participation de 49%). Les sujets à l'étude ont complété un questionnaire auto-administré comprenant : un profil sociodémographique, une adaptation française (Beaulieu, 1991) du Nursing Stress Scale (NSC) de Gray-Toft et Anderson (1981) ainsi que la version française (Beaulieu, 1991) du Ways of Coping Questionnaire de Folkman et Lazarus (1988). À partir des résultats, l'auteure démontre que la recherche de soutien social est la première stratégie de *coping* utilisée par ces infirmier(e)s ($\bar{x} = 1,45$, $n = 122$), alors que la résolution de problème arrive au second rang ($\bar{x} = 1,33$, $n = 122$). Par ailleurs, la fuite/évitement constitue la stratégie la moins utilisée par ce groupe ($\bar{x} = 0,42$, $n = 122$). Les analyses de relation montrent que les infirmier(e)s à l'étude utilisent davantage l'affrontement pour composer avec les conflits au travail, la maîtrise de soi ainsi que la distanciation sont les stratégies directement associées à l'augmentation de la charge de travail. Dans ses conclusions, l'auteure rapporte que ces infirmier(e)s choisissent en priorité les stratégies

centrées sur le problème (\bar{x} = 1,29, n = 122) plutôt que celles centrées sur l'émotion (\bar{x} = 0,71, n = 122).

L'utilisation de stratégies de *coping* dans le contexte d'un environnement de travail infirmier stressant, a également été abordé sous l'angle de sa relation avec des indicateurs négatif ou positif de santé au travail.

Les stratégies de coping et l'épuisement professionnel

En 1989, Ceslowitz a examiné les relations entre les stratégies de *coping* utilisées par les infirmier(e)s et l'épuisement professionnel. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon randomisé de 500 infirmier(e)s issues de quatre hôpitaux New Yorkais (taux de participation de 40%) auquel un questionnaire auto-administré a été distribué. Les trois aspects de l'épuisement professionnel, soit : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel ont été mesurés par The Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach & Jackson (1981), instrument qui contient 25 items. The Ways of Coping Scale (révisé) de Folkman & Lazarus (1985) qui est un instrument constitué de 66 items a servi à la mesure de chacun des huit modes de *coping* identifiés par ces auteurs. Les résultats de cette recherche ont permis d'identifier des relations significatives entre les stratégies de *coping* utilisées par les infirmier(e)s et la présence d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. Ainsi les stratégies de *coping* telles que la résolution de problème, la réévaluation positive, le contrôle de soi et la recherche de soutien social expliquent 28% de la variance de la diminution du niveau d'épuisement professionnel. Alors que les stratégies de type fuite/évitement, confrontation et maîtrise de soi expliquent 19% de la variance de l'augmentation de l'épuisement professionnel. Plus spécifiquement, le chercheur démontre une relation positive et forte entre l'utilisation de stratégies à type de résolution de problème ($r = 0,88$, $p < 0,05$) ou de réévaluation positive ($r = 0,62$, $p < 0,05$) et la diminution de l'épuisement professionnel ainsi qu'une relation positive et forte entre l'utilisation de stratégies de type fuite/évitement ($r = 0,66$, $p < 0,01$) ou de maîtrise de soi ($r = 0,60$, $p < 0,01$) et l'augmentation de l'épuisement professionnel. Dans

cette étude, il apparaît que les infirmier(e)s qui présentent un bas niveau d'épuisement professionnel utilisent prioritairement des stratégies instrumentales, c'est à dire centrées sur le problème, alors que celles qui manifestent un haut niveau d'épuisement semblent privilégier des stratégies palliatives centrées sur l'émotion. Selon Ceslowitz, ce constat est cohérent avec la théorie de Lazarus et Folkman (1984) selon laquelle un individu utilise prioritairement des stratégies de *coping* centrées sur le problème lorsqu'il perçoit la situation comme susceptible de changement positif, alors que s'il évalue l'événement non modifiable ou dépassant ses propres ressources, il utilisera plus facilement des stratégies à type de fuite/évitement (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Par ailleurs, les résultats de cette étude donnent à voir d'une utilisation importante de comportements à type de fuite/évitement chez les infirmier(e)s qui rapportent le plus d'épuisement, ce qui rejoint, selon l'auteure, les conclusions de Aldwin et Revenson (1987) qui rapportent des symptômes psychologiques associés à ce type de stratégies tels que le déni ou encore l'utilisation de palliatifs telle que, la nourriture, un refuge dans le sommeil ou encore la consommation de drogues ou de cigarettes.

Sullivan (1993) étudie le stress occupationnel dans le domaine spécifique des soins infirmiers psychiatriques. Il cherche notamment à identifier, à partir du cadre théorique proposé par Folkman et Lazarus (1985), les types de stratégies utilisés par ce groupe et les relations existantes entre ces stratégies et l'épuisement professionnel. L'étude est conduite auprès de toutes les infirmier(e)s qualifiées de deux services de santé en Angleterre, œuvrant auprès de patients en crise (n = 78). Un questionnaire auto-administré, comprenant notamment The Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach et Jackson (1986) avec ses trois dimensions, soit : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, ainsi qu'une adaptation du Ways of Coping issue des travaux de Folkman et Lazarus (1985) et Dunkel-Schetter, Folkman et Lazarus (1987), est distribué aux participantes à étude. Parmi les résultats, l'auteur rapporte que ces infirmier(e)s utilisent en priorité la recherche de soutien social (\bar{x} = 18,6, n = 78) et la résolution de problème (\bar{x} = 18,2, n = 78) face aux stressors au travail, alors que les stratégies de distanciation (\bar{x} = 13,8, n = 78) et de fuite/évitement (\bar{x} = 13,7, n = 78) sont les moins utilisées. D'autre part, les tests de corrélation utilisés

donnent à voir d'une relation positive et modérée entre l'épuisement émotionnel et les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ($r = 0,43$, $p < 0,05$) et d'une relation positive et modérée entre l'accomplissement personnel et les stratégies de *coping* centrées sur le problème ($r = 0,43$, $p < 0,05$). Sullivan rapporte que ces résultats sont congruents avec ceux proposés par Ceslowitz (1989) et rejoignent ainsi les propositions développées dans le modèle transactionnel de stress et *coping* de Lazarus et Folkman (1984), rapportées par cette auteure. En conclusion, bien que les résultats soient concordant avec ceux d'une précédente recherche (Ceslowitz, 1989), ils doivent être relativisés par la taille de l'échantillon qui impose des limites quant à la généralisation.

En 1995, Ehrenfeld conduit une étude afin d'examiner les relations entre certaines caractéristiques personnelles et professionnelles d'infirmier(e)s et cinq stratégies de *coping* centrées sur : la résolution de problème, une évaluation positive de la situation, la recherche d'aide, la conduite d'évitement et l'agression. L'étude est conduite auprès de 160 infirmier(e)s israéliennes oeuvrant en soins intensifs à partir d'un questionnaire auto-administré (taux de participation de 80%). Le questionnaire comprenait deux parties soit, un profil sociodémographique incluant l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, des caractéristiques professionnelles telles que, le nombre d'années d'exercice, le niveau d'exercice ainsi que le nombre d'heures hebdomadaires travaillées. Par ailleurs, les enquêtées étaient invitées à préciser leur degré de participation à des activités professionnelles telles que, des conférences ou colloques ainsi que les publications professionnelles lues au cours des six derniers mois. Le questionnaire de *coping* incluant 46 items est issu d'une précédente recherche menée par Ehrenfeld (1990) auprès de 250 infirmier(e)s israéliennes travaillant en unités intensives de cardiologie et s'inspire du modèle transactionnel développé par Lazarus et Folkman (1984). Les résultats de cette étude confirment que les infirmier(e)s les plus expérimentées reconnaissent que les stratégies instrumentales telles que centrées sur le problème ($r = 0,23$, $p < 0,05$) paraissent plus efficaces à contrer une situation stressante. Cependant cette étude rapporte que ces stratégies jugées plus efficaces sont les moins utilisées par cette catégorie d'infirmier(e)s, avec une relation très faible et négative entre le niveau d'exercice professionnel et une stratégie de résolution de problème ($r = -0,09$,

$p < 0,05$). L'auteure conclut que le manque de correspondance entre l'utilisation de stratégies de *coping* actives et la perception de leur efficacité suggère un haut niveau d'épuisement parmi les infirmier(e)s les plus expérimentées.

Les stratégies de coping en lien avec un indicateur positif de la santé au travail

Delmas (1999) a étudié, entre autres, les stratégies de *coping* utilisées par les infirmier(e)s oeuvrant en réanimation, ainsi que les relations existantes entre ces stratégies et la qualité de vie au travail de ces infirmier(e)s. L'étude a été menée auprès d'un échantillon de 229 infirmier(e)s d'un centre hospitalier universitaire français (taux de participation de 60%). Un questionnaire auto-administré a été distribué aux participantes qui comprenait notamment la version abrégée proposée par Bouchard et coll. (1995) à partir de la traduction française effectuée par Mishara (1987) du Ways of Coping Questionnaire (WCQ) élaboré par Lazarus et Folkman (1984) et l'échelle de la qualité de vie au travail élaborée par Elizur et Shye (1990). Les résultats révèlent que les infirmier(e)s de cette étude semblent faire face aux situations stressantes plutôt que de les contourner ou les fuir (réévaluation positive/résolution de problème, $\bar{x} = 1,83$, $n = 137$; recherche de soutien social, $\bar{x} = 1,79$, $n = 137$; distanciation/fuite évitement, $\bar{x} = 0,77$, $n = 137$). Par ailleurs, une caractéristique personnelle semble déterminer le choix de certaines stratégies de *coping* ($p < 0,05$), ainsi les personnes vivant en couple utilisent de façon plus modérée les stratégies à type de distanciation/évitement ($\bar{x} = 0,71$, $n = 137$) que celles vivant seules ($\bar{x} = 0,94$, $n = 137$). Ces résultats sont congruents avec les propositions de Billings et Moos (1981) qui soulignent, dans leurs travaux, l'importance des caractéristiques personnelles et leur influence sur le choix des stratégies de *coping*. En ce qui a trait plus spécifiquement aux relations établies entre les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail, l'auteur démontre un lien significatif positif mais faible entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail ($r = 0,19$, $p < 0,05$) et une relation modérée et positive entre les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et la qualité de vie au travail ($r = 0,31$, $p < 0,01$). Ainsi Delmas (1999) suggère que plus les infirmier(e)s abordent les situations avec un regard positif tout en utilisant un raisonnement pour résoudre le problème, plus la perception

qu'elles ont de leur qualité de vie au travail est bonne.

Les quelques études présentées donnent un exemple de l'utilisation du modèle transactionnel développé par Lazarus et Folkman (1984) et permettent d'appréhender les stratégies de *coping* privilégiées par les infirmier(e)s dans des contextes de travail différents et à partir d'indicateurs positif ou négatif de la santé au travail. Dans l'ensemble, les échantillons retenus sont consistants (à l'exception de l'étude menée par Sullivan, 1993) et révèle un taux de participation de 50% en moyenne. La majorité des études rapportées ont interrogé les ressources personnelles que constituent les stratégies de *coping*, soit sous l'angle de leur effet direct sur les stressseurs (Beaulieu, 1993 ; Schaefer et al., 1992), soit sous celui de leur fonction protectrice dans un contexte d'épuisement professionnel au travail (Ceslowitz, 1989 ; Sullivan, 1993). Les auteurs suggèrent que les stratégies instrumentales, à type de résolution de problème sont fréquemment privilégiées par les infirmier(e)s dans un contexte de stress au travail. Par ailleurs, ces stratégies centrées sur la résolution de problème sont également majoritairement associées à une diminution de l'épuisement professionnel avec une force de relation allant de modérée à forte ($r = 0,43$ à $r = 0,88$), alors que celles centrées sur l'émotion (palliatives) sont plus fréquemment rapportées dans un contexte d'épuisement professionnel augmenté avec une force de relation modérée ($r = 0,43$ à $r = 0,66$).

Par ailleurs, à notre connaissance, seule l'étude de Delmas (1999) menée auprès d'infirmier(e)s françaises de soins intensifs, a interrogé les différentes stratégies de *coping* en relation avec un indicateur positif, soit la qualité de vie au travail. Les résultats de cette étude confirment des relations significatives, allant de faibles à modérées, entre certaines stratégies de *coping* telles que la recherche de soutien social ou les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et la qualité de vie au travail ($r = 0,19$ à $r = 0,31$).

L'échelle de Paulhan et al. (1994) qui propose une version révisée du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) n'a encore jamais été utilisée auprès d'infirmier(e)s d'unités psychiatriques. De plus, la validation française du

"Questionnaire de *coping*" classifie la recherche de soutien social dans les stratégies "vigilantes", au même titre que la résolution de problème, contrairement à l'échelle originale de Lazarus et Folkman (1984) où cette stratégie figure parmi les stratégies palliatives en opposition aux stratégies instrumentales de type résolution de problème. Dans ce contexte, il devient pertinent de confronter ces deux approches et d'identifier, à partir de cet instrument, une typologie des stratégies de *coping* utilisées par les infirmier(e)s de la présente étude.

Le concept de qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est un phénomène central et un problème majeur auxquels font face nombre de pays industrialisés à ce jour. Depuis les trente dernières années, scientifiques et gestionnaires ont développé un intérêt commun pour ce concept ainsi que pour les facteurs susceptibles de l'influencer. Ainsi, il existe aujourd'hui un consensus à reconnaître que l'amélioration de la qualité de vie au travail, générant une plus grande satisfaction chez les individus, a une incidence directe sur l'efficacité, l'adaptabilité, l'efficacité des organisations et la performance (Elizur et Shye, 1990).

Approches conceptuelles de la qualité de vie au travail

Actuellement, le concept de qualité de vie au travail reste complexe à définir tant par la multiplicité des facettes qui le caractérisent que par l'intérêt multidisciplinaire qu'il suscite (Davis & Cherns, 1975; Lee & Kanungo, 1984; Mirvis & Lawler, 1984). En 1995, Kierman et Marrone appuient ce constat en répertoriant des définitions divergentes tant dans les domaines de la sociologie que de la psychologie ou encore du management. Ainsi, si certains psychologues (Loscocco & Roschelle, 1991) ou gestionnaire (Zeffane, 1994) considèrent la qualité de vie au travail, comme un phénomène de satisfaction de l'employé à l'intérieur de l'entreprise, Havlovic (1991) quant à lui, la considère plutôt comme un résultat visant à augmenter la participation des travailleurs à la dynamique de l'entreprise et leur propre contrôle de l'environnement de travail. Pour Kierman et Knutson (1990) les besoins personnels des travailleurs, ainsi

que leurs attentes quant à leur rôle dans l'entreprise, font partie intégrante de la qualité de vie au travail. Enfin, Sashkin et Burke (1987) soutiennent que la dynamique sociale du travail constitue l'axe central de la qualité de vie au travail.

Dans le contexte spécifique des environnements de soins, O'Brien-Pallas, Baumann, et Villeneuve (1994) considèrent que ce sont tout à la fois des facteurs internes et externes à l'organisation qui influencent la qualité de vie au travail des infirmières. Ainsi dans leur modèle, les facteurs individuels, opérationnels et administratifs, l'environnement social, les caractéristiques contextuelles qui font référence aux influences internes ainsi que les demandes spécifiques du client, les politiques en matière de soins de santé, ainsi que la charge de travail propres aux facteurs externes, sont autant d'éléments qui interviennent dans la perception de la qualité de vie au travail. Pour ces auteurs, l'ensemble de ces caractéristiques est teinté de perceptions individuelles, où se conjuguent les besoins personnels des soignantes et les rapports indissociables entre la vie familiale et la vie professionnelle.

L'ensemble de ces considérations théoriques donne à voir de l'extrême complexité à définir le concept de qualité de vie au travail, qui peut être, tantôt abordé et donc mesuré sous l'angle de la satisfaction au travail ou encore sous celui de l'environnement de travail ou bien encore, sous l'angle de la qualité de vie en général, en considérant l'influence de l'environnement de travail sur cette dernière (Elizur & Shye, 1990).

Selon Elizur et Shye, 1990, les conditions environnementales au travail, telles que les conditions physiques (structures, technologie, matériels, situation géographique), les conditions économiques (salaires, bénéfices, services) ou encore les conditions organisationnelles (structure organisationnelle, conception du travail, conditions sociales, y compris le soutien au travail), sont autant de paramètres aux effets complexes, qui peuvent venir affecter la signification de la qualité de vie au travail des individus.

La qualité de vie au travail selon l'approche d'Elizur et Shye (1990)

L'approche d'Elizur et Shye (1990) fondée sur l'analyse de " facettes " permet une vision élargie du construit " qualité de vie au travail " en lui reconnaissant tout à la fois un aspect multidimensionnel et un lien significatif avec la qualité de vie en général vue sous l'angle de la théorie de l'action.

De façon plus précise, ces auteurs considèrent que la qualité de vie au travail est un phénomène multidimensionnel qu'ils définissent comme un haut niveau d'efficacité de la personne dans quatre dimensions : physique, psychique, sociale et culturelle. Cette définition s'appuie sur les travaux de Shye (1979, 1985a) à partir d'une approche " système action " de la qualité de vie, qui considère l'être humain comme un système organique interactif à l'intérieur duquel des composants fonctionnels agissent. Ainsi pour Elizur et Shye (1990), la qualité de vie au travail fait référence aux interactions d'un individu avec son environnement de travail où le maintien, l'harmonisation, l'actualisation et le développement des potentiels individuels au plan biopsychosocial et culturel sont recherchés. Deux hypothèses sont à la base de cette approche d'une part, un événement, en relation avec un système action possède deux modalités, l'émergence de cette dernière (l'origine de l'événement) ainsi que son actualisation (sa manifestation), d'autre part un événement, dans chaque modalité, peut être identifié dans l'un ou l'autre des systèmes interne ou externe. Cette conceptualisation s'appuie sur une analyse de recherches antérieures menées sur le sujet, ainsi que sur des données recueillies par ces auteurs auprès d'un échantillon constitué de 540 employés d'une industrie hongroise. La cohérence conceptuelle de la qualité de vie au travail proposée par Elizur et Shye (1990) a été validée par des analyses statistiques réalisées auprès de l'échantillon constitué.

Elizur et Shye (1990) ont identifié deux facettes interdépendantes et distinctes de la qualité de vie au travail, les facettes A et B dans lesquelles se répartissent également 32 items.

La "facette A" constitue le champ des interactions de l'individu avec son environnement. Dans ce contexte sont mises en scènes des actions visant le maintien de la stabilité, de l'équilibre ainsi que le développement de capacités personnelles pour lesquelles Elizur et Shye (1990) identifient quatre modalités : a) conservatrice, qui se rapporte aux valeurs sociétales; b) expressive, qui concerne les propres valeurs et croyances de la personne; c) adaptative, où l'individu va négocier un équilibre entre la réalité et son environnement; d) intégrative où ce sont les différents aspects de la personnalité de la personne qui vont devoir s'équilibrer.

La "facette B" permet à l'individu d'interroger son fonctionnement ainsi que son efficacité à partir de quatre dimensions : a) la dimension physique, qui intègre les capacités et qualités physiques de la personne; b) la dimension psychologique qui caractérise les différentes facettes de la personnalité; c) la dimension sociale, où les relations et besoins d'appartenance sociale s'expriment, d) la dimension culturelle, qui donne à voir des valeurs et croyances véhiculées par l'identité culturelle.

Ainsi, selon l'approche proposée par Elizur et Shye (1990), l'être humain est un système général doté de modes de fonctionnement (conservateur, expressif, adaptatif et intégratif), influencé par un système de valeurs sociétales dans lequel il évolue en fonction de ses propres croyances. Selon Shye (1985) le caractère unique de chaque individu, modelé par ses propres croyances (mode expressif) est souvent en lutte ou en opposition avec les valeurs fondamentales, idéologiques et morales véhiculées par la société (mode conservateur). On peut donc reconnaître que le modèle de qualité de vie au travail proposé par Elizur et Shye (1990) revêt une fonction multidimensionnelle et transactionnelle, à l'intérieur de laquelle la personne va négocier des ajustements personnels et sociaux.

À partir d'analyses statistiques Elizur et Shye (1990) proposent une visualisation du modèle dans l'espace sous la forme d'une structure conique dont la base circulaire plus large représente la qualité de vie en général et le sommet, la qualité de vie au travail. La satisfaction au travail apparaît à un stade intermédiaire. Un axe perpendiculaire à la structure (facette C) permet de faire le lien entre les deux domaines (figure 1).

La définition de la qualité de vie au travail proposée par Elizur et Shye (1990) tient compte des aspects multidimensionnels du concept, puisqu'elle situe le niveau d'efficacité perçue par la personne à l'intérieur de dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle selon quatre modes conservateur, expressif adaptatif et intégratif, qui représentent les différentes modalités d'interactions de la personne avec son environnement. En outre selon cette approche, l'être humain est considéré comme un tout (dimension holistique) en interaction constante avec son environnement, capable d'actions et de décisions en vue de maintenir ou améliorer ses fonctions physique, psychologique, sociale et culturelle dans un contexte de travail ou hors travail.

Cette définition conceptuelle justifie le choix de cette approche pour la présente étude dans laquelle, les infirmier(e)s sont considéré(e)s comme des acteurs ou des actrices en interaction constante avec un environnement de travail changeant qui nécessite des transactions et négociations et où l'identité personnelle qui les caractérise, est mise en scène. Reprenant les assises théoriques proposées par Moos (1973) et Lazarus (1993), il est possible d'admettre que tout à la fois les caractéristiques personnelles (stratégies de *coping*) et le contexte environnemental (soutien au travail) vont influencer la perception que ces infirmier(e)s ont de leur qualité de vie au travail. Par ailleurs, cette conceptualisation de la qualité de vie au travail où le maintien, l'harmonisation, l'actualisation et le développement des potentiels individuels sont recherchés est congruente avec la notion de santé au travail.

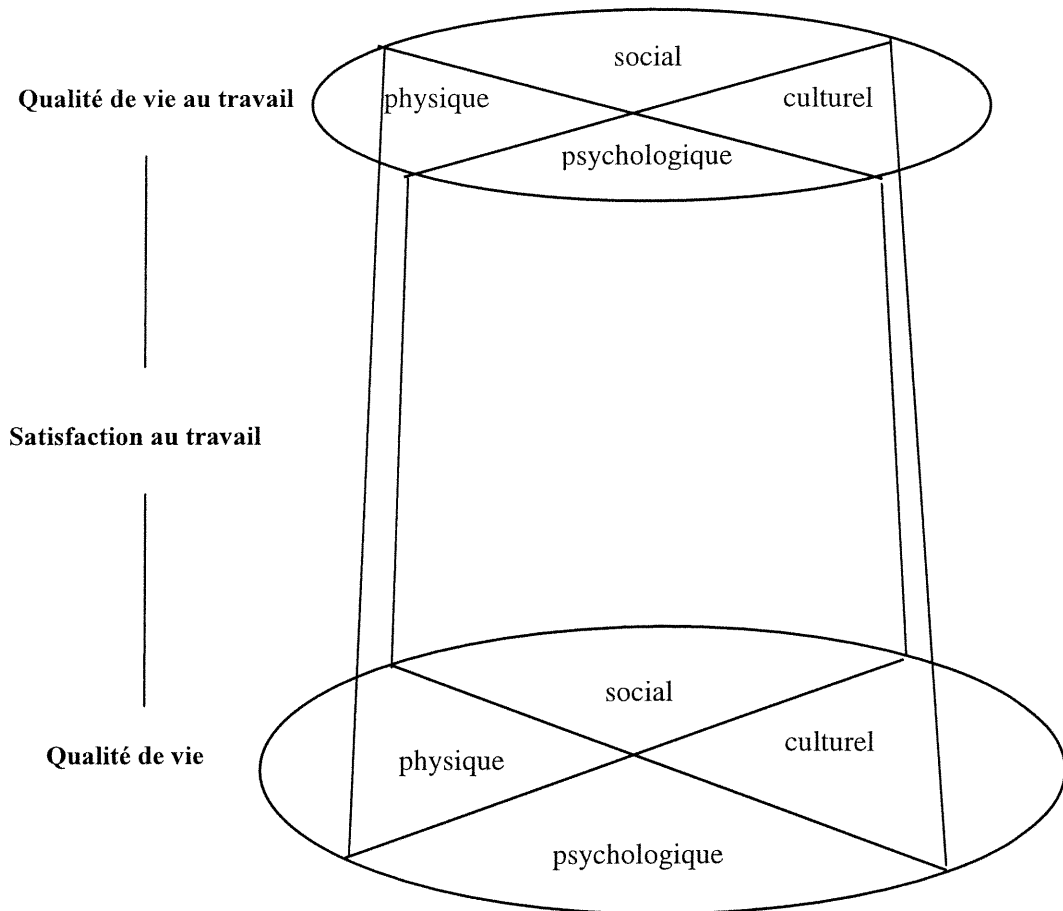


Figure 1 : Représentation de la structure conique de la qualité de vie au travail (QWL) et de la qualité de vie (QOL), extraite de Elizur D. & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology : An International Review*, 39(3), p. 287.

L'étude de la qualité de vie au travail des infirmier(e)s

Pour l'essentiel, la qualité de vie au travail des infirmier(e)s a surtout été investiguée sous l'angle de la satisfaction au travail (Blegen, 1993; Peddicord-Withey & Putzier, 1994) ou du bien-être psychologique au travail (Savignac, 1993).

En 1993, Blegen a effectué une méta-analyse portant sur 48 recherches étudiant la satisfaction au travail d'infirmier(e)s oeuvrant dans 173 hôpitaux aux États-Unis et au Canada. L'auteure répertorie 13 variables mesurant la qualité de vie au travail, sans toutefois préciser les instruments utilisés. Les résultats de cette méta-analyse font apparaître des liens négatifs et modérés entre le stress ($r = - 0,61$, $p < 0,01$) et la satisfaction au travail ainsi qu'une relation positive et modérée entre l'engagement ($r = 0,52$, $p < 0,01$) et la satisfaction au travail. L'auteure conclut que le stress et l'engagement abordés sous l'angle de la satisfaction au travail sont des indicateurs pertinents à la mesure de la qualité de vie au travail.

Peddicord-Withey et Putzier (1994) ont étudié la qualité de vie au travail des infirmier(e)s sous deux aspects : la satisfaction au travail et la qualité de l'environnement de travail. L'étude a été menée auprès de 245 infirmier(e)s américaines oeuvrant en soins aigus. L'échelle Work Quality Index (WQI) développée par Mueller et McCloskey (1990) a servi à mesurer la qualité de vie au travail. Elle intègre six dimensions : l'environnement de travail; l'autonomie dans la pratique; la valeur du travail pour soi et les autres; les relations professionnelles incluant le soutien par les pairs et le supérieur; la promotion du rôle professionnel; les bénéfices. Les résultats de cette étude rapportent que l'environnement de travail est le premier indicateur de la satisfaction au travail ($r = 0,87$, $p < 0,01$) exprimé par les infirmier(e)s à l'étude, suivi par l'autonomie professionnelle ($r = 0,84$, $p < 0,01$) et les relations professionnelle ($r = 0,80$, $p < 0,01$). Les liens entre ces indicateurs et la satisfaction au travail s'expriment de manière très forte. Les auteures concluent que les infirmier(e)s à l'étude expriment un besoin de travailler dans un environnement où elles se sentent valorisées, appréciées pour leurs compétences et reconnues par leurs collègues de travail.

Nonobstant l'intérêt qu'offrent les résultats de ces deux recherches, elles démontrent une vision linéaire et pour le moins réductrice de la qualité de vie au travail, où notamment, les caractéristiques personnelles qui peuvent influencer sur la dynamique du travail sont exclues. Les deux recherches suivantes intègrent cette dimension en mettant en lien une caractéristique de la personnalité, la hardiesse, avec un indicateur positif de la santé au travail, le bien-être psychologique ou la qualité de vie au travail.

En 1993, Savignac étudie le bien-être psychologique des infirmier(e)s en relation avec une caractéristique individuelle, la hardiesse dans un contexte de stress infirmiers. L'échelle Votre Bien-être issue de l'enquête Santé Québec (1987) a servi à la mesure du bien-être psychologique tandis que l'échelle Des Points de Vue Personnels traduite en langue française par Kérouac et Duquette (1992) du Hardiness Scale (Kobasa et al., 1990) mesurait la hardiesse. L'étude a été réalisée auprès de 140 infirmier(e)s réparties sur 13 unités de soins de longue durée d'un hôpital québécois (taux de participation de 62%). Les résultats donnent à voir d'un niveau de bien-être psychologique relativement élevé chez ces infirmier(e)s ($\bar{x} = 3,12$ pour un maximum de 4,00) que l'auteure argumente en partie par le fait que les infirmier(e)s à l'étude reconnaissent travailler dans un environnement qui leur procure soutien et formation. Dans cette étude l'auteure relève que la relation du bien-être avec la hardiesse est positive et significative ($p \leq 0,01$) avec une relation modérée d'un point de vue statistique entre l'indice du bien-être psychologique et l'indice partiel de l'engagement ($r = 0,49$). De même, les résultats en score total entre la hardiesse et le bien-être donnent à voir d'une relation statistiquement significative et modérée entre ces deux indices. Ainsi selon Savignac (1993) il semble que les infirmier(e)s les plus hardies montrent un niveau de bien-être plus élevé que les infirmier(e)s qui le sont moins.

À notre connaissance, seule l'étude de Delmas (1999), décrite précédemment a examiné la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s françaises de réanimation à partir de l'échelle proposée par Elizur et Shye (1990). Cette étude suggère notamment que les infirmier(e)s qui témoignent d'un haut niveau de qualité de vie au travail sont plus enthousiastes et expriment plus de motivation à l'égard d'un travail qui leur permet

réalisation et épanouissement. Par ailleurs, il semble selon Delmas (1999) que des traits de personnalité, comme la hardiesse ou certaines stratégies de *coping* agissent comme des prédicteurs de la qualité de vie au travail.

L'échelle de mesure de la qualité de vie au travail proposée par Elizur et Shye (1990) a été traduite et validée en version française par Delmas, Escobar et Duquette (2000) à partir d'une étude réalisée par Delmas (1999) auprès d'infirmier(e)s françaises oeuvrant en soins intensifs ($n = 137$). La procédure statistique conduite a permis de confirmer, de façon générale, la structure conceptuelle du modèle proposé par Elizur et Shye. Par ailleurs, les tests de validité et fidélité ont permis d'asseoir la bonne consistance interne de l'échelle traduite (stabilité temporelle, test-retest de 0,90, coefficient de cohérence interne pour l'ensemble de l'échelle de 0,91). Les auteurs rapportent que la version française donne de bons résultats psychométriques pour l'ensemble de l'instrument. Il appert donc que l'échelle de la qualité de vie au travail (Elizur & Shye, 1990) dans sa version française constitue un outil de mesure valide et fidèle, applicable à la présente étude. Utilisée en deuxième intention, cet échelle de mesure doit trouver à optimiser sa validité et son instrumentalisation.

D'autres facteurs viennent encourager le choix de cet indicateur pour notre propre étude. D'une part, les recherches effectuées dans le domaine de la qualité de vie au travail des infirmier(e)s sont encore peu nombreuses. D'autres part, il ne semble pas exister d'étude sur cet indicateur positif de la santé au travail en relation avec un exercice infirmier psychiatrique en France. Enfin, à notre connaissance il n'existe pas de recherches ayant étudié la relation entre cette variable, une ressource organisationnelle de l'environnement de travail (le soutien au travail) et des ressources personnelles (les "stratégies de *coping* ").

Dans l'ensemble, la recension des écrits proposée dans ce chapitre a permis de développer l'angle théorique des différents construits à l'étude et de les situer dans leur contexte empirique. Les modèles du "soutien au travail" et des "stratégies de *coping*" ont majoritairement été étudiés en lien avec un indicateur négatif de la santé au travail, l'"épuisement professionnel" et plus rarement en lien avec un indicateur positif, la

"satisfaction au travail" ou le "bien-être psychologique. Actuellement, il semble que seule l'étude de Delmas (1999) ait mis en relation les "stratégies de *coping* " et la "qualité de vie au travail" à partir d'une caractéristique personnelle la "hardiesse" auprès d'infirmier(e)s français(e)s. Ce constat légitime le choix des variables retenues pour cette étude soit : le "soutien au travail", les "stratégies de *coping* " et la "qualité de vie au travail" que la partie suivante contextualise selon une perspective infirmière.

Le cadre de référence

Dans une perspective de développement des connaissances théoriques contribuant à l'avancement de la science infirmière (Fawcett, 1995), il est nécessaire de placer les études empiriques à l'intérieur de la discipline infirmière (Donaldson et Crowley, 1978). Pour formaliser ce lien nécessaire entre la discipline et l'objet de cette étude, le modèle d'adaptation de Roy (Andrews & Roy, 1991) qui vise la promotion de l'adaptation des individus ou des groupes, a été retenu. Ce modèle inspiré de la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968) et de la théorie des niveaux d'adaptation de Helson (1964), est basé sur des hypothèses philosophique et scientifique reflétant, l'holisme, la mutualité, les processus de contrôle, l'activité, la créativité, les buts et valeurs. Selon Fawcett (1995) les quatre concepts du métaparadigme sont définis dans le modèle de Roy (Andrews & Roy, 1991) où : 1) la personne est vue comme un système adaptatif ouvert (holistique) comprenant deux processus majeurs de contrôle (cognitifs et régulateurs); 2) l'environnement correspond à l'ensemble des stimuli (intrants) qui vont influencer le comportement de la personne; 3) la santé d'abord comme "état" qui correspond à l'adaptation dans les quatre modes et la santé comme "processus" qui constitue l'effort constant fourni par la personne pour atteindre son potentiel maximum d'adaptation. Enfin le soin, qui correspond à l'intervention infirmière visant à promouvoir l'adaptation de la personne (actions sur les stimuli contextuels) (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994).

L'adaptation est la caractéristique centrale et le concept clé du modèle de Roy (Andrews & Roy, 1991). Ce dernier permet de décrire comment l'individu ou les

groupes interagissent avec leur environnement et explique comment ce dernier peut influencer leurs réponses adaptatives positivement ou négativement, influençant par là même leur niveau de santé. Selon Fawcett (1995), le modèle d'adaptation de Roy (Andrews & Roy, 1991) rend une contribution significative à la connaissance en sciences infirmières. Aujourd'hui, son utilité sociale est largement documentée en recherche, éducation, administration et pratique clinique. Les nombreuses recherches effectuées avec ce cadre de référence, ont permis non seulement de développer des instruments de travail (Pepin, Ducharme, Kérouac, Lévesque, Ricard & Duquette, 1993), mais également de mesurer les effets des interventions de soins sur l'adaptation des personnes ou des groupes confrontés à un environnement changeant (Ducharme, 1994; Duquette et al., 1995; Lévesque, Cossette & Laurin, 1995; Ricard, Fortin & Bonin, 1995).

L'ensemble de ces éléments est en concordance avec la problématique et le but poursuivi dans cette étude, et rend légitime le choix du modèle d'adaptation de Roy (Andrews, & Roy, 1991) comme cadre de référence pour cette recherche.

Le modèle conceptuel de Roy (1991) en lien avec les concepts à l'étude

Les phénomènes d'intérêt du modèle conceptuel de Roy (Andrews, & Roy, 1991) sont constitués de quatre éléments : les intrants, le contrôle, les extrants et la boucle de rétroaction.

Les intrants regroupent eux-mêmes, trois catégories de stimuli : le stimulus focal qui représente ce qui confronte immédiatement la personne, ici les stressors au travail ; les stimuli contextuels qui sont tous les autres stimuli présents dans la situation qui contribuent à l'effet du stimulus focal, dans ce cas, le soutien au travail ; et les stimuli résiduels constitués des valeurs, croyances et expériences antérieures individuelles qui selon Andrews et Roy (1991) se prêtent difficilement à la mesure. Selon ces auteures, l'ensemble des stimuli intègre un processus dynamique dans le contexte d'un environnement changeant, ainsi, ce qui est focal à un moment, peut devenir contextuel ou résiduel lorsque la situation change.

Roy (Andrews & Roy, 1991) identifie deux processus de contrôle utilisés par le système adaptatif (personne), appelés sous-systèmes régulateur et cognitif. Ils sont définis comme des "mécanismes de *coping*" innés ou acquis, utilisés par la personne pour répondre aux changements environnementaux internes ou externes (stimuli). Ces auteurs précisent que les mécanismes de *coping* innés (régulateurs) sont des processus automatiques génétiquement déterminés alors que les mécanismes de *coping* acquis (cognitifs) sont délibérés et conscients et agissent à travers des canaux cognitifs-émotifs tels que, le traitement de l'information, l'apprentissage, le jugement et l'émotion, initiés par les stratégies de *coping*. Cependant Roy (Andrews & Roy, 1991) utilise le concept de *coping* de façon différente selon qu'il intègre les ressources personnelles de la personne (stimuli contextuels) ou qu'il concerne les sous-systèmes de contrôle régulateur et cognitif (système de contrôle) ou encore la réponse de l'organisme aux stimuli. Dans la perspective de cette étude, c'est l'approche portant sur le processus cognitif du traitement de l'information qui est retenu, soit les efforts cognitifs et comportementaux développés par la personne pour faire face au stimulus focal.

Cette activité régulatrice et cognitive va se manifester sous la forme de réponses (extrants) ou d'adaptation comportementale qui donnent à voir de l'intégrité physique de la personne face aux stimuli environnementaux (mode physiologique) en fonction des valeurs et croyances qu'elle a d'elle-même, influencées par les autres (concept de soi), qui vont lui permettre d'atteindre un degré d'accomplissement personnel et d'intégrité sociale (fonction de rôle) et favoriser un équilibre affectif dans ses relations interpersonnelles (interdépendance). Bien que dans le modèle de Roy (1991), les modes d'adaptation soient présentés individuellement, ils sont interreliés et peuvent avoir un effet sur, ou agir comme un stimulus sur un ou tous les autres modes. Il s'agit donc d'un processus circulaire défini par Roy (Andrews & Roy, 1991) comme un processus de rétroaction.

Ce cadre de référence permet donc l'examen de la problématique liée à l'adaptation du groupe cible de cette étude (les infirmier(e)s) exposé aux stimuli de l'environnement de travail. À l'analyse, il appert que le stimulus contextuel (le soutien

au travail) va influencer le stimulus focal (la perception des stressors organisationnels) lequel agira sur le système de contrôle de l'infirmière (stratégies de *coping* personnelles) pour générer un comportement de santé adapté ou non (qualité de vie au travail). Par ailleurs, selon le principe de circularité du modèle, les réponses d'adaptation et les stratégies de *coping* vont également teinter la perception du stress et du soutien. Cette proposition est également retenue par Duquette, Ducharme, Ricard, Lévesque, Bonin (1996) et développée dans son article sur l'élaboration d'un modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé du modèle de Roy.

À l'analyse du modèle conceptuel de Roy (Andrews & Roy, 1991), il appert qu'il permet d'intégrer l'ensemble des construits à l'étude à partir des cadres théoriques qui les définissent. Ainsi la circularité du modèle qui donne à voir d'une dynamique et d'un processus en perpétuel remaniement est conforme aux définitions proposées en ce qui a trait au soutien au travail (Moos, 1986) aux stratégies de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) ainsi qu'à la qualité de vie au travail (Elizur & Shye, 1990).

En clair, le climat social au travail, dont Insel et Moos (1974) considèrent qu'il se forge dans la somme d'interactions continues que l'individu en tant qu'acteur, initie avec son environnement, rejoint la conception de Roy qui considère ce dernier comme un stimulus susceptible d'influencer les comportements et de fait, la santé des individus. Ainsi, le stimulus contextuel que représente le soutien au travail, opérationnalisé dans la présente étude par l'instrument Work Relationship Index (WRI) (Insel & Moos, 1974) dans sa version française, intègre une perspective de recherche infirmière.

De la même façon, le modèle transactionnel de *coping* proposé par Lazarus et Folkman (1984) qui privilégie le rôle des interactions entre différents facteurs (affectifs, cognitifs, sociaux et physiologiques) et accorde une place prépondérante à la relation transactionnelle entre la personne et son environnement, trouve un écho dans le modèle d'adaptation de Roy (Andrews, & Roy, 1991). Par ailleurs, les mécanismes acquis, décrits dans ce modèle rejoignent la théorie développée par Lazarus et al. qui considèrent que le processus cognitif d'évaluation joue un rôle déterminant dans la transaction entre la personne et son environnement. Cette association théorique est

instrumentalisée par l'utilisation d'une version française de l'échelle du *coping* adaptée (Paulhan & Bourgeois, 1994) du Ways of Coping Scale de Vitaliano, Russo, Carr, Mairu et Becker (1985), version abrégée du Ways of Coping Chech-List de Lazarus et Folkman (1984).

En dernier lieu, le modèle de la qualité de vie au travail développé par Elizur et Shye (1990) rejoint les concepts centraux de la discipline infirmière, puisqu'il intègre les dimensions bio-psychosociale et culturelle de la personne en interaction constante avec son environnement. Selon Fawcett (1995), ces concepts de personne, santé et environnement sont conceptuellement définis dans le modèle de l'adaptation de Roy. Par ailleurs la définition de la qualité de vie au travail, telle que proposée par Elizur et Shye (1990) peut être considérée comme un indicateur positif de la santé au travail. Dans ce contexte, elle rejoint la caractéristique centrale du modèle de Roy (1991), l'adaptation dans les quatre modes qui prône la promotion de la santé et par là même, la qualité de vie, appréhendée ici dans le cadre du travail. Dans le contexte de cette étude, la qualité de vie au travail est opérationnalisée par l'utilisation de l'Échelle de la qualité de vie au travail (QWL) de Elizur et Shye (1990)

En résumé, le modèle de l'adaptation développé par Roy qui identifie la personne comme un système adaptatif, permet de décrire, expliquer voire prédire des comportements individuels influencés par les facteurs environnementaux. Dans cette perspective, l'adaptation s'accomplit à travers l'action de mécanismes de *coping* régulateur et cognitif. Cette conception est donc pertinente avec le présent objet qui vise à étudier la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s à partir de la mise en saillance des construits "soutien au travail" et "stratégies de *coping*".

Les hypothèses de recherche

L'analyse et l'examen des construits au plan théorique et empirique, ainsi que la présentation du cadre de référence infirmier permettent la formulation des hypothèses retenues pour cette étude, illustrées schématiquement en page cinquante-neuf.

Il existe :

1. une relation positive et significative entre la cohésion entre les pairs et la qualité de vie au travail
2. une relation positive et significative entre la cohésion entre les pairs et la stratégie de résolution de problème
3. une relation positive et significative entre la cohésion entre les pairs et la stratégie de recherche de soutien social
4. une relation positive et significative entre la cohésion entre les pairs et la stratégie de réévaluation positive
5. une relation positive et significative entre le soutien du supérieur et la qualité de vie au travail
6. une relation positive et significative entre le soutien du supérieur et la stratégie de résolution de problème
7. une relation positive et significative entre le soutien du supérieur et la stratégie de recherche de soutien social
8. une relation positive et significative entre le soutien du supérieur et la stratégie de réévaluation positive
9. une relation négative et significative entre la cohésion entre les pairs et la stratégie d'évitement avec pensée positive
10. une relation négative et significative entre la cohésion entre les pairs et la stratégie d'auto-accusation
11. une relation négative et significative entre le soutien du supérieur et la

stratégie d'évitement avec pensée positive

12. une relation négative et significative entre le soutien du supérieur et la stratégie d'auto-accusation
13. une relation positive et significative entre la stratégie de résolution de problème et la qualité de vie au travail
14. une relation positive et significative entre la stratégie de recherche de soutien social et la qualité de vie au travail
15. une relation positive et significative entre la stratégie de réévaluation positive et la qualité de vie au travail
16. une relation négative et significative entre la stratégie d'évitement avec pensée positive et la qualité de vie au travail
17. une relation négative et significative entre la stratégie d'auto-accusation et la qualité de vie au travail

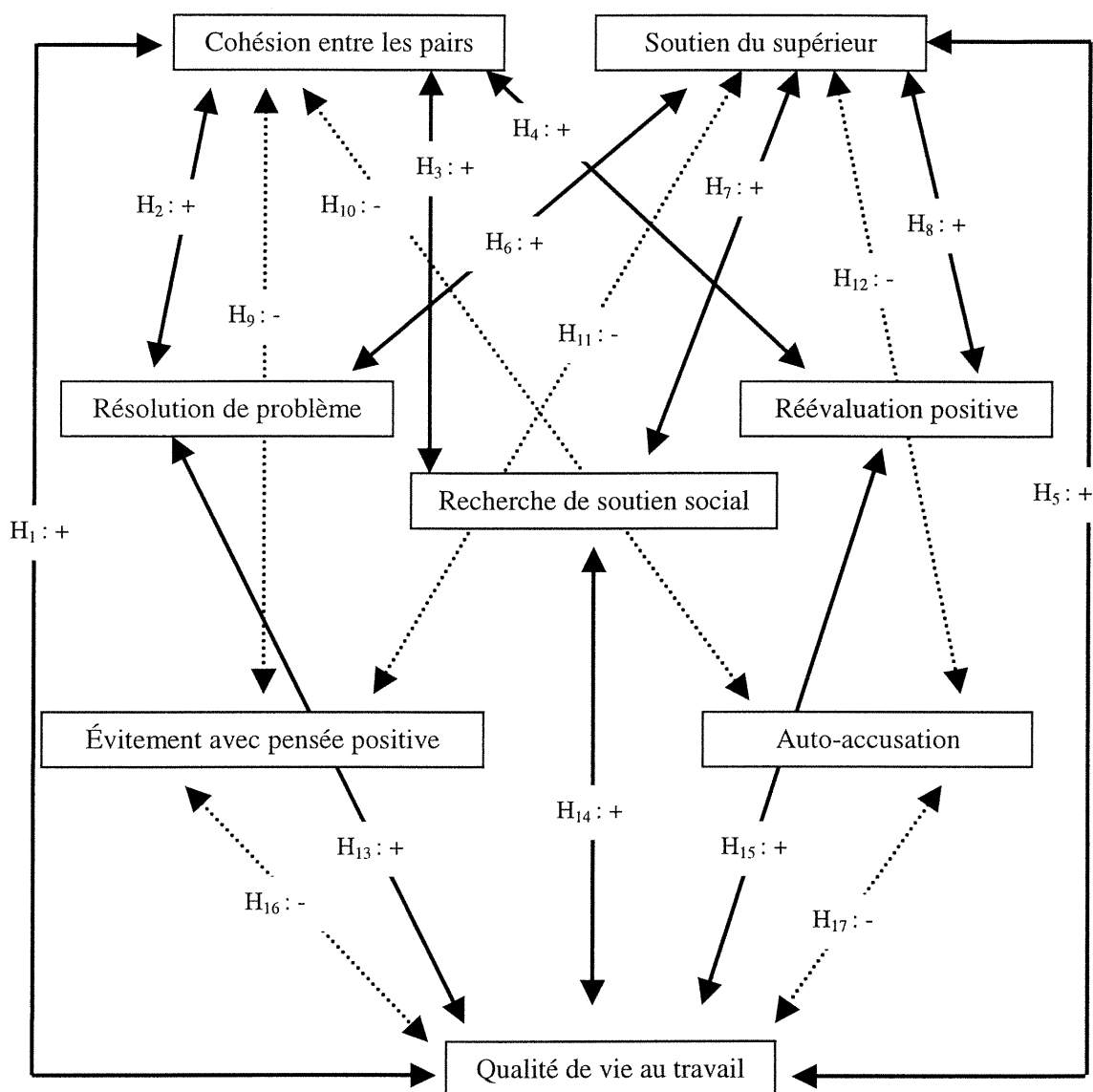
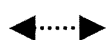


Figure 2 : Illustration des hypothèses de recherche



Indique la relation positive attendue entre les variables à l'étude



Indique la relation négative attendue entre les variables à l'étude

Chapitre troisième

La méthode de recherche

Ce chapitre présente la méthode retenue pour répondre aux questions de recherche et confirmer ou infirmer les hypothèses formulées précédemment. Il se décompose comme suit: la présentation du devis de recherche, la définition des trois variables retenues pour cette étude, la description des instruments de mesures correspondants, la population cible et l'échantillon retenu, les différentes étapes de la collecte des données, les considérations éthiques, les limites méthodologiques de l'étude et le plan de l'analyse des données.

Le devis de recherche

Cette étude utilise un devis descriptif corrélationnel qui a permis, dans un premier temps, de décrire les niveaux de qualité de vie et de soutien au travail ainsi que d'identifier les stratégies de *coping* utilisées par des infirmier(e)s d'unités de soins psychiatriques et, dans un deuxième temps, d'examiner les relations entre le soutien au travail, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s œuvrant en unités de soins psychiatriques.

La définition des variables à l'étude

Le soutien au travail

Dans le quotidien de travail de l'infirmière, les sources de soutien les plus fréquemment mobilisées sont celles accordées par les pairs et le supérieur (Morissette, 1993; Plante, 1993; Saulnier, 1993). Insel et Moos (1974) identifient que le soutien au travail revêt une fonction d'aides émotionnelle et instrumentale interreliées. En 1986, Moos propose une structure tridimensionnelle du soutien au travail qui appréhende la nature et l'intensité des relations personnelles dans le cadre du travail à partir de trois

éléments : 1) l'implication du groupe à la tâche¹; 2) le soutien du supérieur; 3) la cohésion parmi les pairs. Pour la présente étude, seuls deux facteurs seront considérés : la cohésion entre les pairs qui correspond à la capacité des travailleurs et dans le cas présent des infirmier(e)s, à se donner du soutien et à tisser des liens d'amitié ; le soutien du supérieur qui évalue les capacités de ce dernier à encourager l'alliance des pairs et à apporter lui-même du soutien.

La variable du soutien au travail a été mesurée par l'échelle *dimension relationnelle au travail*, traduction et adaptation française (Michaud,1991) du Work Relationship Index (WRI) qui correspond à une des trois dimensions du Work Environment Scale (WES) élaboré par Moos (1986).

Les stratégies de coping

Selon Lazarus et Folkman (1984), les stratégies de *coping* se définissent comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Ces mêmes auteurs leurs reconnaissent une fonction médiatrice de la relation événement stressant-détresse émotionnelle. Lazarus et Folkman (1984) ont, à partir de résultats d'analyses factorielles portant sur un grand nombre d'individus, identifiés deux types de stratégies de *coping* utilisées dans la plupart des situations stressantes: les stratégies instrumentales (centrées sur le problème) et les stratégies palliatives (centrées sur l'émotion).

En 1994, Paulhan, Nuissier, Quintard, Cousson, et Bourgeois, proposent une adaptation française du Ways of coping Check-List de Lazarus et Folkman (1984), à partir d'une version abrégée proposée par Vitaliano, Russo, Carr, Mairu et Becker (1985).

¹ - Cette sous-dimension n'a pas été retenue dans la présente étude car les qualités métrologiques qu'elle présente, notamment les corrélations propres à sa consistance interne, se sont avérées faibles dans des études antérieures.

Dans cette version française les concepteurs ont retenu cinq types spécifiques de stratégies de *coping*. Il s'agit, des facteurs de "résolution de problème", à partir de l'évaluation de la situation, la personne développe des stratégies actives de résolution de problème; "d'évitement avec pensée positive", la personne déplace son attention vers des activités cognitives en maintenant des émotions positives face à la situation; de "recherche de soutien social" où la personne va chercher de l'appui ou des conseils auprès de personnes significatives dans son environnement; de "réévaluation positive" où les aspects positifs de l'expérience stressante sont évaluées par la personne; "d'auto-accusation" où la personne exprime sa part de responsabilité dans l'apparition du problème.

Dans la présente étude le questionnaire de *coping* de Paulhan et al.(1994) adaptation française de The Ways of Coping Check-List de Vitaliano et al. (1985) a été retenu, afin d'examiner les stratégies de *coping* utilisées par les infirmier(e)s à l'étude.

La qualité de vie au travail

Elizur et Shye (1990) définissent la qualité de vie au travail comme un haut niveau d'efficacité d'une personne dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle qui s'articulent à l'intérieur de quatre modes de fonctionnement: conservateur, expressif, adaptatif et intégratif. La qualité de vie au travail a été opérationnalisée par ces auteurs selon l'approche du système action qui met en scène les perceptions individuelles et leurs interactions avec l'environnement dans le but de développer, d'actualiser, d'harmoniser et de maintenir les dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles d'un individu. Le mode conservateur représente les interactions entre les normes sociales et la personne. Le mode expressif représente les interactions entre la personnalité de l'individu et son environnement. Le mode adaptatif représente les interactions de la personne avec le monde physique en regard de ses réalités biophysiques. Enfin le mode intégratif fait référence aux interactions sociales et interpersonnelles qui résultent du choix de vie que la personne fait en regard de ses réalités biophysiques.

Pour mesurer le niveau de qualité de vie au travail perçu par les infirmier(e)s constituant cet échantillon, l'échelle de la qualité de vie au travail de Elizur et Shye (1990) traduite en langue française par Delmas (1999), a été utilisée.

Les instruments de mesure

Trois instruments de mesure et un questionnaire sociodémographique constituent le questionnaire principal (voir appendices A, B, C et D). Les autorisations concernant l'utilisation des instruments de mesure ont été obtenues auprès des intéressés (voir appendice E).

La mesure du soutien au travail

L'instrument de mesure de la dimension relationnelle au travail traduit et adapté par Michaud (1991), comporte 27 items présentés sous la forme d'affirmations (voir appendice A). Celles-ci capturent les trois dimensions du Work Relationship Index (WRI) de Moos (1986) qui regroupent chacune neuf items. Pour les besoins de cette étude, deux dimensions ont été retenues : le soutien du supérieur (items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18); la cohésion entre les pairs (items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17). Afin de favoriser l'étendue des réponses, une échelle de type Likert à quatre positions de «pas vrai du tout» à «complètement vrai», déjà utilisée par Duquette et Kérouac (1995), a été préférée à l'échelle dichotomique originelle proposée par Moos (1986) et Michaud (1991).

La version originelle de Moos (1986) a obtenu des indices psychométriques satisfaisants avec un coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'instrument à 0,84 et des valeurs de 0,69 pour le soutien du supérieur et 0,48 pour le soutien entre les pairs (n = 4,879). La traduction et adaptation française de Michaud (1991) proposaient des valeurs plus consistantes, soit respectivement de 0,69 et 0,77 (n = 175).

La version en langue française utilisée depuis lors dans nombre de recherches, présente également de bons résultats psychométriques. Dans leur étude sur les déterminants psychosociaux de la santé au travail des infirmier(e)s de gériatrie (n = 1990), Kérouac et Duquette (1995) observent un coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'instrument à 0,84 et des valeurs de 0,82 pour le soutien du supérieur et 0,70 pour la cohésion entre les pairs. L'étude sur les stress occupationnel, l'épuisement et le soutien professionnel des infirmier(e)s oeuvrant auprès de personnes en phase terminale de cancer (n = 112) menée par Plante (1993), obtenait respectivement un score de 0,82 pour le soutien du supérieur et de 0,70 pour la cohésion entre les pairs. Quant à Morissette (1993), dans son étude sur les facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmier(e)s francophones travaillant aux soins intensifs (n = 214), elle obtenait des scores de 0,69 pour le soutien du supérieur et 0,49 pour la cohésion entre les pairs.

La mesure des stratégies de *coping*

De nombreuses échelles ont été élaborées dans le but d'évaluer les stratégies de *coping* selon les deux dimensions proposées par Lazarus et Folkman (1984), la plus utilisée reste le The Ways of Coping Check-List proposée par ces mêmes auteurs qui se compose de 67 items répartis en huit sous-échelles. En 1985, une version abrégée de cette échelle plus spécifique au contexte de la maladie a été validée par Vitaliano et al. The Ways of Coping Check-List qui révèle les cinq facteurs suivants: résolution du problème, auto-accusation, réévaluation positive, recherche de soutien social et évitement. En France, une adaptation française du questionnaire de *coping* proposé par Vitaliano et al. (1985) a été élaborée par le laboratoire de recherche en psychologie de la santé de l'Université de Bordeaux II (Paulhan, Nuissier, Quintard, Cousson et Bourgeois, 1994) (voir appendice B). La traduction française a été réalisée par le laboratoire de langues de l'université de Bordeaux II. Après analyse factorielle avec rotations varimax, une échelle à 29 items a été retenue et permet la mesure de cinq dimensions spécifiques de *coping*: 1) résolution de problème (items 1, 4, 6, 13, 16, 18, 24, 27); 2) évitement avec pensée positive (items 7, 8, 11, 17, 19, 22, 25); 3) recherche de soutien social (items 3, 10, 15, 21, 23); 4) réévaluation positive (items 2, 5, 9, 12, 28);

5) auto-accusation (items 14, 20, 26, 29) (Paulhan et al. 1994). Les 29 énoncés sont présentés sous la forme d'une échelle de type Likert à quatre propositions de «non» à «oui».

La validité interne de la version française du questionnaire de *coping* de Paulhan et al. (1994) a été testée par une analyse en composantes principales (ACP), où les variables actives correspondaient aux items du questionnaire initial de Vitaliano et al. (1985) distribué à un échantillon de 501 adultes étudiants et salariés (172 hommes et 329 femmes avec une moyenne d'âge de 27 ans). L'analyse en Composantes Principales a permis de dégager un facteur général de *coping* qui regroupe des stratégies centrées sur le problème et sur l'émotion (12% Variance Totale: V.T) (Paulhan et al., 1994). D'autre part, l'analyse factorielle après rotation varimax confirme l'existence de cinq types spécifiques de stratégies de *coping* (35 % V.T.) : il s'agit des facteurs de "résolution de problème" (9,4% V.T.) ; d'"évitement avec pensée positive" (7,5% V.T.) ; de "recherche de soutien social" (6,5% V.T.) ; de "réévaluation positive" (5,9% V.T.) et d'"auto-accusation" (5,7% V.T.) (Paulhan et al., 1994).

La mesure de la qualité de vie au travail

L'instrument de mesure de la qualité de vie au travail traduit et adapté par Delmas (1999) (voir appendice C) comporte 16 items permettant l'analyse de deux facettes distinctes (A et B), identifiées par Elizur et Shye (1990). La facette A concerne les interactions de la personne avec son environnement dans les modes : expressif (items 1, 5, 9, 13) ; adaptatif (items 2, 6, 10, 14) ; intégratif (items 3, 7, 11, 15) ; et conservateur (items 4, 8, 12, 16) alors que la facette B précise la perception que la personne a de son fonctionnement dans les dimensions : physique (items 5, 6, 7, 8) ; psychologique (items 1, 2, 3, 4) ; sociale (items 9, 10, 11, 12) et culturelle (items 13, 14, 15, 16). Les énoncés sont présentés sous la forme interrogative et induisent des réponses réparties sur une échelle de type Likert de « en très grande partie » à « très peu ».

La version originale de la qualité de vie au travail (Elizur & Shye, 1990) testée auprès d'un échantillon de 540 travailleurs industriels hongrois, a obtenu des indices psychométriques très satisfaisants avec un coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'instrument à 0,93.

La version française proposée par Delmas (1999) et testée auprès d'infirmières françaises de réanimation (n = 229), indique également une cohérence interne très satisfaisante avec un coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'instrument de 0,91. Par ailleurs, la validation d'une version française de l'échelle de la qualité de vie (Elizur et Shye, 1990) réalisée par Delmas, Escobar et Duquette (2000) donne à voir d'une bonne homogénéité interne de l'instrument à travers chacune des dimensions de la facette A, avec respectivement un alpha de Cronbach de : $r = 0,73$ pour le mode adaptatif; $r = 0,72$ pour le mode conservateur; $r = 0,71$ pour le mode intégratif. Seul le mode expressif obtient un score plus bas de 0,58. En ce qui a trait à la facette B, les indices d'homogénéité sont également élevés avec un alpha de Cronbach de : $r = 0,88$ pour la dimension culturelle; $r = 0,85$ pour les dimensions physique et psychologique; $r = 0,76$ pour la dimension sociale.

Les caractéristiques sociodémographiques

Le questionnaire sociodémographique (voir appendice D) proposé dans le cadre de cette étude permet un descriptif de la population ciblée. Il regroupe des caractéristiques personnelles telles que : l'âge, le sexe, la situation familiale, le nombre d'enfants et de personnes à charge et des caractéristiques professionnelles comme : le statut d'emploi, la formation initiale, le nombre d'années d'expérience professionnelle comme infirmier(e)s, ainsi que le nombre d'années d'expérience de travail dans la même unité de soins, le quart et le temps de travail.

Les pré-tests des différents instruments proposés

Les instruments utilisés dans la présente étude sont des traductions françaises réalisées soit au Québec (Instruments de la mesure du soutien au travail (Michaud, 1991) et de la qualité de vie au travail (Delmas, 1999) soit en France (questionnaire de *coping* (Paulhan et al., 1994). Un pré-test de compréhension de l'ensemble du questionnaire a donc été réalisé auprès de 10 infirmier(e)s d'unités psychiatriques et de dix infirmier(e)s œuvrant dans d'autres départements de soins. Dans l'ensemble les consignes et items ont été bien compris, seuls quelques mots moins usités par les infirmier(e)s françaises ont été remplacés. Ainsi le mot "infirmière chef" a été remplacé par "cadre infirmier"; l'item : "les infirmier(e)s socialisent rarement après le travail" (item 7 de l'échelle du soutien au travail) a été remplacé par "les infirmier(ère)s se côtoient rarement après le travail"; l'item, "en général les infirmier(e)s se sentent à l'aise pour demander une augmentation de salaire" (item 12 de l'échelle du soutien) a été remplacé par "en général, les infirmier(ère)s se sentent à l'aise pour demander des améliorations matérielles dans leur environnement de travail"; l'item "souvent les infirmier(e)s déclenchent des chicanes en parlant dans le dos des autres" (item 17 de l'échelle du soutien) a été remplacé par "souvent les infirmier(e)s provoquent des conflits en parlant dans le dos des autres", l'item "l'infirmière chef s'attend à beaucoup trop des infirmier(e)s" a été remplacé par "le cadre infirmier(ère) attend beaucoup trop des infirmier(ères)".

Le milieu

La présente étude s'est déroulée en France, dans un établissement public de santé de l'Ile de France qui a pour vocation la dispensation de soins aux personnes présentant une affection mentale. Cet établissement comporte dix-sept secteurs d'hospitalisation soit, quatorze secteurs de psychiatrie adulte et trois intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, conformément au plan de sectorisation départementale instauré par la circulaire

du 15 mars 1960 (Cognet, 1998). Ce découpage inclut trente-trois communes d'un des départements de l'Ile-de-France pour un total de 1141761 habitants².

Les quatorze secteurs de psychiatrie adulte composés d'une à deux unités de soins temps plein chacun, constituent notre terrain d'enquête.

La population et l'échantillon retenus

Le recensement de la population a été effectué par la direction du service de soins infirmiers de cet établissement. Les critères d'inclusion retenus concernent les infirmier(e)s travaillant auprès d'adultes hospitalisés à temps plein. Ainsi les infirmier(e)s des soixante-dix-sept structures de soins dites extra-hospitalières, réparties dans les communes du département (Cognet, 1998) constituent un critère d'exclusion de l'étude. Les infirmier(e)s des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont également été exclu(e)s de cette étude, en regard de l'aspect organisationnel particulier du travail dans ces structures.

Il s'agit donc de la population accessible qui regroupe l'ensemble des infirmier(e)s d'un établissement public de santé d'Ile-de-France, œuvrant auprès d'adultes atteints d'affection mentale en hospitalisation temps plein (n = 431).

Le déroulement de l'étude

La collecte des données a respecté un processus à plusieurs étapes. Dans un premier temps, un pré-projet de recherche a été transmis au Directeur de l'établissement et à la Directrice du service infirmier, dans lequel les points principaux de la problématique, le but et l'intérêt de cette recherche pour la santé des infirmier(e)s au travail, étaient énoncés. Dans un second temps, un déplacement en France a été nécessaire afin de préciser un certain nombre de points. Une première rencontre avec les

² - Source INSEE, recensement de 1990.

deux parties a permis d'obtenir une autorisation d'enquête sur le site et l'appui d'une aide concrète sur le terrain, puis de préciser les modalités du déroulement de la collecte des données. Une deuxième rencontre, cette fois avec les cadres supérieurs infirmiers, puis avec les cadres infirmiers, initiée par la Directrice du service infirmier a été utile à la présentation du protocole de recherche (voir appendice F). Ce dernier a été mis à la disposition de chaque cadre pour consultation par les équipes infirmières. Les questionnaires comprenant les trois échelles de mesure et le questionnaire sociodémographique ont été adressés aux infirmier(ère)s par la Direction du service infirmier en collaboration avec les cadres supérieurs et cadres infirmiers de chaque secteur. Le retour anonyme des questionnaires sous enveloppe scellée a été effectué selon le même principe. Le délai de réponse aux questionnaires a été fixé à deux semaines (14 jours) avec une stratégie de rappel initiée par la direction du service infirmier, sous la forme d'une note de service adressée à chaque unité de soins, une semaine (7 jours) après la distribution initiale. Un taux de réponse de 30% a été obtenu, soit 133 questionnaires retournés.

Les considérations éthiques

Au plan scientifique et éthique, l'autorisation formulée par le Directeur de l'établissement et par la Directrice du service infirmier, ainsi que le certificat d'éthique délivré par le Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal (voir appendice G) témoignent du respect des procédures éthiques propres à la recherche. Chaque questionnaire adressé aux infirmier(e)s a été accompagné d'une lettre stipulant la nature du projet, le caractère volontaire de leur participation et le respect de l'anonymat en regard de leur identité et des informations recueillies au cours de l'enquête. Par le fait même, une réponse aux questionnaires constitue le consentement implicite des répondant(e)s. Une personne ressource nommée pour la recherche s'est rendue disponible autant que de besoin et a fourni toute information supplémentaire au sujet de l'étude. Par ailleurs, le codage des individus lors du montage de la matrice SPSS9. a assuré le respect de leur anonymat au moment du traitement des données.

Les limites méthodologiques

Contrairement aux études longitudinales, cette recherche transversale qui s'inscrit dans un laps de temps limité, ne permet pas de saisir l'évolution de la relation entre les variables dans le contexte d'un environnement de travail que l'on sait changeant. En outre, il ne semble pas que d'autres recherches menées en France n'aient étudié la relation entre le soutien au travail, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s françaises travaillant dans des unités de soins psychiatriques, ce qui rend toute comparaison à plus grande échelle impossible.

En ce qui concerne les limites imposées par les instruments de mesure, il appert que les énoncés des questionnaires sur les trois variables à l'étude induisent des réponses ayant trait aux perceptions subjectives de la part des infirmier(e)s interrogées. Ceci ne permet donc pas d'évaluer objectivement la qualité de vie au travail des infirmier(e)s d'unités psychiatriques. Par ailleurs, l'utilisation pour la première fois du questionnaire de *coping* de Paulhan et al. (1994) dans ce type d'étude impose également des limites quant aux résultats proposés.

Le plan de l'analyse des données

Pour le traitement des données de cette étude, le choix s'est porté sur l'utilisation de deux types de tests statistiques : descriptif et corrélationnel. Dans un premier temps, les statistiques descriptives, incluant les distributions de fréquence, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion, ont permis de décrire le profil de l'échantillon auprès duquel les données ont été recueillies. Dans un second temps, les tests de corrélation effectués ont vérifié la consistance interne des différents instruments de mesure utilisés dans cette étude (corrélations de l'alpha de Cronbach) et ont confirmé ou infirmé les hypothèses de recherche proposées, soit les relations entre les différentes variables à l'étude et leur force (corrélations de Pearson et analyse de régression de Baron et Kenny, 1986).

Chapitre quatrième

La présentation des résultats

Ce chapitre expose les résultats de l'étude. De façon chronologique, ce sont d'abord les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondant(e)s qui sont exposées. Dans un second temps les scores globaux et par dimension obtenus pour les trois variables d'intérêt sont présentés. Ils sont suivis de la vérification de relations possibles entre les variables démographiques et ces mêmes variables d'intérêt. Dans un troisième temps, les analyses de corrélation permettent de confirmer ou infirmer les hypothèses de recherche. Enfin des corrélations complémentaires sont présentées afin de rechercher l'effet médiateur de certaines variables sur la qualité de vie au travail des infirmier(e)s.

Les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondant(e)s

Au total, 133 individus ont participé à l'étude sur une population accessible¹ de 431 personnes. Ces dernières représentent l'ensemble des infirmières et infirmiers œuvrant dans les structures de soins psychiatriques d'un établissement hospitalier en France, à l'exclusion des services de pédopsychiatrie. Le taux de participation de 30%, bien que faible correspond aux standards communément retenus dans le cadre de questionnaires gérés à distance (Burns & Grove, 1993; Fortin, 1996). Seuls 2 questionnaires insuffisamment complétés n'ont pu être exploités dans le cadre de cette étude. L'échantillon de 131 personnes était composé de 104 femmes et 26 hommes, un individu n'a pas complété le questionnaire sociodémographique.

La plupart des répondant(e)s sont âgé(e)s entre 30 et 50 ans, avec une moyenne légèrement au-dessous de 37 ans (36,83 ans). Il est à noter une différence d'âge entre les hommes et les femmes, la moyenne pour les premiers étant d'un peu plus de 39 ans, alors que pour les femmes, elle se situe autour de 36 ans. est de 1,31 enfants. Enfin, près de 10% ont des personnes à charge (autres que les enfants).

¹ - Les caractéristiques personnelles et professionnelles concernent uniquement les individus de l'échantillon, des données sur la population accessible n'étant pas disponibles.

Tableau III : Distribution des répondant(e)s selon leurs caractéristiques personnelles

Variables	n =131	%	\bar{x}
Sexe des répondants			
Femmes	104	79,4	
Hommes	26	19,8	
Total	130	99,2	
Non réponse	1	0,8	
Groupes d'âge			36,83
22 à 25	12	9,2	
26 à 30	28	21,4	
31 à 40	43	32,8	
41 à 50	40	30,5	
51 à 55	5	3,8	
Total	128	97,7	
Non réponse	3	2,3	
Vivre en couple			
Non	50	38,2	
Oui	77	58,8	
Total	127	96,9	
Non réponse	4	3,1	
Nombre d'enfants			1,31
Pas d'enfant	53	40,5	
1 ou 2 enfants	62	47,3	
3 et plus	12	9,2	
Total	127	96,9	
Non réponse	4	3,1	
Personnes à charge			
Oui	11	8,4	
Non	116	88,5	
Total	127	96,9	
Non réponse	4	3,1	

Près de 60 % de ces personnes vivent en couple. On enregistre 1 ou 2 enfants par famille, la moyenne pour l'ensemble. En ce qui concerne les caractéristiques professionnelles (Tableau : IV), plus de la moitié des répondant(e)s (58 %) ont un diplôme d'infirmier(e) de secteur psychiatrique, ce qui signifie qu'ils(elles) ont moins de

mobilité professionnelle que ceux et celles diplômé(e)s depuis 1995². Un peu plus du quart (28,2 %) a un diplôme d'état obtenu depuis 1995. Une forte majorité des répondant(e)s est titulaire (84 %), 3 % sont en contrats à durée indéterminée, ce qui correspond aux très jeunes diplômés (moins de 6 mois d'exercice professionnel). Quatorze personnes (environ 10 % de l'échantillon) sont des stagiaires. Presque tous les répondants travaillent à temps plein (90%). Leur expérience professionnelle comme infirmier(e) se situe autour de 12 ans, les hommes ayant en moyenne une année d'expérience de plus que les femmes (environ 12,5 ans contre 11,5 ans). La distribution montre deux sommets pour la période 4 à 8 ans et pour la période 12 à 20 ans, avec un creux relatif pour la période 8 à 12 ans. Si le nombre d'années d'exercice en psychiatrie correspond sensiblement à celui de l'expérience professionnelle infirmière (11 ans en moyenne), on note cependant une mobilité professionnelle à l'intérieur de l'établissement, puisque le temps de travail dans la même unité est beaucoup plus restreint (5 ans en moyenne). Cette constatation est cependant à relativiser. En effet, les restructurations engagées dans nombre d'établissements depuis la réforme hospitalière de 1991, conduisent au déplacement de certains secteurs d'hospitalisation et par là même du personnel qui les compose, sans que ce dernier n'ait, pour autant, fait le choix de cette mobilité.

² - L'arrêté du 23 mars 1992, concernant la réforme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, intègre la polyvalence d'exercices et conduit par le fait même à l'abrogation de l'arrêté du 16 février 1976 modifié, instaurant un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Ce dernier, distinct de la formation en soins généraux restreignait généralement l'exercice infirmier aux seules unités psychiatriques.

Tableau IV : Distribution des répondant(e)s selon leurs caractéristiques professionnelles

Variables	n = 131	%	\bar{x}
Type de diplôme			
Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique	76	58,0	
Diplôme d'infirmier d'état avant 1995	8	6,1	
Diplôme d'infirmier d'état 1995 et plus	37	28,2	
Diplôme d'infirmier d'état par équivalence	7	5,3	
Non réponse	3	2,3	
Statut d'emploi			
Titulaire	110	84,0	
Stagiaire	14	10,7	
Contrat à durée indéterminé	4	3,1	
Non réponse	3	2,3	
Temps plein ou partiel			
Temps plein	118	90,1	
Temps partiel	10	7,6	
Non réponse	3	2,3	
Expérience professionnelle infirmière			11 ans et 8 mois
1 an et moins	19	14,5	
] 1 à 2 ans]	9	6,9	
] 2 à 4 ans]	5	3,8	
] 4 à 8 ans]	30	22,9	
] 8 à 12 ans]	16	12,2	
] 12 à 20]	30	22,9	
] 20 et plus	21	16,0	
non réponse	1	0,8	
Expérience professionnelle en psychiatrie			10 ans et 11 mois
1 an et moins	23	17,6	
] 1 à 2 ans]	8	6,1	
] 2 à 4 ans]	5	3,8	
] 4 à 8 ans]	30	22,9	
] 8 à 12 ans]	18	13,7	
] 12 à 20 ans]	26	19,8	
] 20 ans et plus	20	15,3	
Non réponse	1	0,8	
Expérience comme infirmier(e) dans la même unité			5 ans et 6 mois
1 an et moins	35	26,7	
] 1 à 2 ans]	11	8,4	
] 2 à 4 ans]	20	15,3	
] 4 à 8 ans]	39	29,8	
] 8 à 12 ans]	11	8,4	
] 12 à 20 ans]	8	6,1	
] 20 ans et plus	5	3,8	
Non réponse	2	1,5	

Les valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure

Dans cette section sont exposés les scores obtenus par les répondant(e)s en regard des 3 variables d'intérêt retenues dans le cadre de cette étude. Pour rappel, les instruments de mesure utilisés sont : l'échelle de la dimension relationnelle au travail (Michaud, 1991) qui permet la mesure du soutien au travail, le questionnaire de Coping (Paulhan et Bourgeois, 1994) pour ce qui concerne les stratégies de *coping* et enfin l'échelle de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990) dans sa version traduite et adaptée en français (Delmas, 1999). En premier lieu sont présentés le score global du soutien au travail ainsi que ceux de ses sous-dimensions (cohésion entre les pairs et soutien du supérieur). Les scores obtenus ont ensuite été catégorisés en faible, moyen et fort et présentés en distribution de fréquence. En second lieu, les scores captés au niveau des cinq dimensions de stratégies de *coping* sont présentés. Enfin le score global de la qualité de vie au travail perçue par les répondant(e)s est proposé.

Le soutien au travail

Le tableau V montre que le score moyen de la dimension relationnelle au travail est de 2,66 pour une valeur maximale de 4. L'écart type, les valeurs d'étendue ainsi que les coefficients de variation indiquent que les résultats sont moyennement dispersés. En ce qui concerne les dimensions prises une à une, la cohésion entre pairs, obtient une moyenne de 2,74 alors que le soutien du supérieur donne à voir d'une moyenne plus faible (2,57) sur une échelle de 1 (tout à fait faux) à 4 (tout à fait vrai). Les deux scores se situent dans le 5^{ème} décile de la distribution théorique, avec une valeur proche du 6^{ème} décile pour la cohésion entre les pairs. Ceci suggère un soutien au travail modéré.

Tableau V : Moyennes, écart-types, étendues et coefficients de variation du soutien au travail (n = 131)

Variables	\bar{x}	s	Étendue (min – max)		Coefficient de variation	Valeurs possibles
Cohésion entre les pairs	2,74	0,42	1,22	3,67	15 %	1 - 4
Soutien du supérieur	2,57	0,46	1,00	3,67	18 %	1 - 4
Score global	2,66	0,32	1,39	3,50	12 %	1 - 4

Si on regroupe les scores en trois catégories : 1) appui faible : se situant sur l'échelle entre 1 et 2 (excluant 2); 2) appui moyen : se situant entre 2 et 3 (excluant 3); 3) appui fort : se situant à 3 ou au-dessus, on obtient les résultats présentés sur le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau VI : Distribution des répondant(e)s selon les scores aux deux dimensions du soutien au travail

Variables	n = 131	%
Cohésion entre les pairs (3 catégories)		
Faible	9	6,9
Moyenne	95	72,5
Forte	27	20,6
Soutien supérieur (3 catégories)		
Faible	15	11,5
Moyenne	98	74,8
Forte	18	13,7

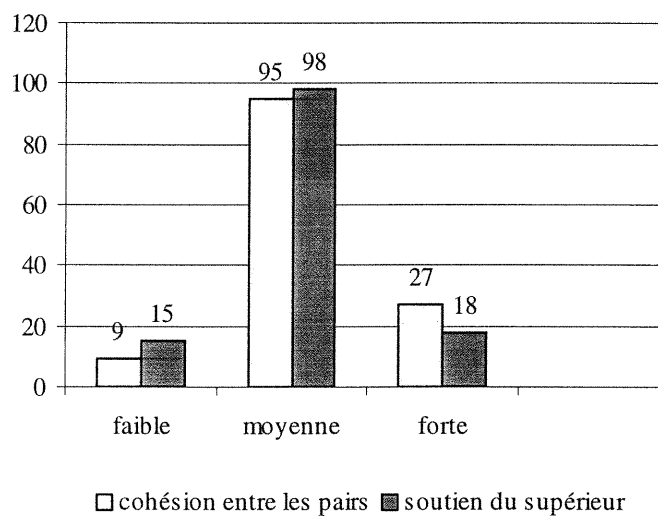


Figure 3 : Distribution des répondant(e)s par catégorie selon les scores obtenus aux deux dimensions de soutien

La distribution en catégories confirme les résultats proposés au tableau V. Ainsi, l'appui du supérieur est perçu comme moins élevé que la cohésion parmi les pairs. En effet, alors que près de 7 % des répondants perçoivent une faible cohésion parmi leurs pairs, ce pourcentage est de 11,5 % pour l'appui du supérieur. Inversement, alors que 20,6 % des répondant(e)s perçoivent un niveau élevé de cohésion dans le groupe, seulement 13,7 % expriment un niveau de soutien équivalent de la part de leur supérieur. Ces observations sont confirmées par le test *t* de Student effectué sur les différences des moyennes pour les deux variables qui donnent à voir d'un niveau de signification de $p < 0,01$.

Le stress et les stratégies de *coping*

Les tableaux VII, VIII et XIV exposent les résultats obtenus par les répondant(e)s soumis(es) à une situation de stress au travail. Ils décrivent dans un premier temps les scores correspondant à l'intensité du stress ressenti de façon générale, puis combinés aux types d'événements stressants décrits et enfin, mis en lien avec certaines variables d'intérêt. Dans un second temps, le tableau X décrit les scores attribués aux cinq dimensions de *coping*.

Tableau VII : Distribution des répondant(e)s en fonction de l'intensité du stress ressenti

Indicateurs	n = 131	%
Pas de stress	6	4,6
Peu de stress	7	5,3
Stress moyen	40	30,5
Stress élevé	76	58,0
Non réponse	2	1,5

Une majorité de répondant(e)s (près de 60 %) a ressenti un stress élevé dans un contexte d'événement stressant au travail, alors qu'un peu moins du tiers estimait que le stress perçu était de moyenne intensité. Six personnes déclarent ne pas avoir perçu de situation de stress, et elles n'ont donc pas répondu aux questions relatives aux stratégies de *coping* utilisées. Après vérification, il s'agit pour la plupart de jeunes diplômés

(moins d'une année d'exercice professionnel) qui précisent n'avoir pas rencontré de situations stressantes depuis leur affectation.

Le tableau suivant présente les types d'événements stressants exprimés par les répondant(e)s, regroupés en quatre catégories ainsi que le niveau d'intensité qui leur est associé³. Le rôle professionnel concerne les dimensions spécifiques du rôle infirmier en psychiatrie, soit le rapport à la loi et les différentes mesures coercitives accompagnant les modalités de prise en charge des patients. La violence regroupe, quant à elle toutes les situations d'agressions physiques et/ou verbales des patients à l'endroit du personnel infirmier. Les conflits professionnels intègrent les rapports conflictuels entre collègues de travail, avec la hiérarchie infirmière ou encore avec l'autorité médicale. Enfin les conditions de travail font référence aux horaires, à la charge de travail ainsi qu'aux différents facteurs environnementaux tels que le bruit ou l'agencement des locaux.

Tableau VIII : Distribution des répondant(e)s en fonction de l'intensité du stress ressenti reliée au type d'événement stressant (n = 123)

%	Catégories	Peu de stress	Stress moyen	Stress élevé
18,9 %	Rôle professionnel	4,3 %	39,1 %	56,5 %
38,5 %	Violence	2,1 %	29,8 %	68,1 %
35,2 %	Conflits professionnels	9,3 %	25,6 %	65,1 %
7,4 %	Conditions de travail	11,1 %	55,6 %	33,3 %

Dans un contexte d'événements stressants au travail, les situations faisant référence à la violence (38,5 %) et aux conflits professionnels (35 %) sont les plus fréquemment rapportées par les répondant(e)s. Ces données croisées avec l'intensité du stress permettent de confirmer que l'un et l'autre de ces événements génèrent un stress élevé pour une forte majorité des infirmier(e)s. L'intensité du stress en regard du rôle professionnel est également fortement exprimée, puisque parmi les 19 % qui décrivent

³ La procédure retenue est une analyse de contenu selon les règles de l'analyse thématique qui, à partir d'une grille, établit des relations entre plusieurs série de thèmes (Ghiglione, Beauvois, Chabrol, Trognon, 1980).

une situation directement en lien avec leur rôle professionnel, 56,5 % l'associe à un stress élevé.

Des tests de corrélations de Pearson ont été utilisés afin d'examiner les liens possibles entre l'intensité de la situation stressante exprimée et les variables d'intérêt de cette étude. Le tableau suivant expose les résultats statistiquement significatifs obtenus avec une seule dimension du soutien au travail, soit le soutien du supérieur, et la qualité de vie au travail (score global). Par ailleurs, aucune relation statistiquement significative n'apparaît entre la cohésion entre les pairs et l'intensité du stress. Cette absence d'association se répète également avec les cinq types de *coping*.

Tableau IX : Corrélation de *Pearson* entre l'intensité du stress, le soutien du supérieur et la qualité de vie au travail

	Intensité du stress		
	n	r	p
Soutien du supérieur	129	-0,20	0,05
Qualité de vie au travail	127	-0,20	0,05

Aux vues des résultats exposés, il appert que l'intensité du stress est négativement corrélée et ce de façon significative, tout à la fois au soutien du supérieur ($r = - 0,20, p < 0,05$) et à la qualité de vie au travail ($r = - 0,20, p < 0,05$).

Tableau X : Moyennes, écart types, étendues et coefficients de variation des stratégies de *coping*

Catégories	n	\bar{x}	s	Étendue (min – max)		Coefficient de variation	Valeurs possibles
Résolution de problèmes	118	2,62	0,65	1,00	4,00	24,81 %	1 - 4
Évitement avec pensée positive	122	2,03	0,64	1,00	3,71	31,53 %	1 - 4
Recherche de soutien social	118	3,00	0,65	1,00	4,00	21,67 %	1 - 4
Réévaluation positive	117	2,50	0,66	1,00	3,80	26,4 %	1 - 4
Auto-accusation	117	1,81	0,66	1,00	4,00	36,46 %	1 - 4

Les écarts-types, étendues et coefficients de variation du tableau précédent donnent à voir d'une bonne dispersion des résultats obtenus. Les résultats les plus saillants concernent les deux extrêmes des stratégies de *coping* utilisées. En effet, c'est la recherche de soutien social qui se révèle être la plus utilisée ($\bar{x} = 3$; $n = 118$) alors que l'auto-accusation représente la stratégie la moins mobilisée ($\bar{x} = 1,81$; $n = 117$). Ceci permet de suggérer, qu'en situation de stress perçu, quelle que soit l'intensité du stress perçu. Les infirmier(e)s de cette étude privilégient des stratégies actives (émotionnelles) telles que la recherche de soutien social ou la résolution de problème (cognitives) ($\bar{x} = 2,62$; $n = 118$) pour contrôler la situation.

La qualité de vie au travail

Le tableau XI expose les moyennes, écart-types, étendues et coefficients de variation de la qualité de vie au travail, ainsi que ses dimensions à l'intérieur de leurs facettes respectives.

Tableau XI : Moyennes, écart-types, étendues et coefficients de variation de la qualité de vie au travail et ses dimensions

Variabiles	n	\bar{x}	s	Étendue (min – max)		Coefficient de variation	Valeurs possibles
Qualité de vie (score global)	129	3,16	0,97	1	6	31 %	1 - 6
Facette A							
Conservateur	129	3,37	1,03	1	6	31 %	1 - 6
Expressif	131	3,08	0,99	1	6	32 %	1 - 6
Intégratif	129	3,14	0,98	1	6	31 %	1 - 6
Adaptatif	130	3,09	1,06	1	6	34 %	1 - 6
Facette B							
Psychologique	130	3,42	0,93	1	6	27 %	1 - 6
Physique	129	3,16	1,14	1	6	36 %	1 - 6
Culturel	131	3,23	1,18	1	6	36 %	1 - 6
Social	129	2,88	1,04	1	6	36 %	1 - 6

Dans l'ensemble les résultats sont relativement bien dispersés avec des coefficients de variation qui oscillent entre 27 et 36 %. Les infirmier(e)s qui ont participé à cette étude obtiennent un score global sur une échelle de type Likert de 1 à 6 de 3,16 (n = 129). Ce qui correspond au 4^{ème} décile de la distribution théorique. La dimension psychologique obtient le score moyen le plus haut ($\bar{x} = 3,42$) alors que le plus bas concerne la dimension sociale ($\bar{x} = 2,88$). De façon générale, la facette A révèle des moyennes qui oscillent entre 3,08 et 3,37 alors que l'écart entre les moyennes pour la facette B est plus sensible (2,88 et 3,42). L'ensemble de ces résultats peut être comparé avec ceux obtenus par Delmas (1999) dans l'investigation qu'il a menée auprès d'infirmières françaises de réanimation (n = 137) avec le même instrument de mesure. Globalement les scores moyens obtenus étaient légèrement plus élevés et ce tant pour le score global que pour ceux de chacune des dimensions, bien que se situant également au 4^{ème} décile de la distribution théorique. De la même façon, il obtient le score moyen le plus élevé à la dimension psychologique ($\bar{x} = 3,56$) et le plus bas à la dimension sociale ($\bar{x} = 3,09$). Ces résultats suggèrent que les infirmier(e)s de la présente étude perçoivent un niveau de qualité de vie au travail modéré qui se situe légèrement en dessous de celui obtenu par Delmas (1999) lors de son étude menée auprès d'infirmières françaises de réanimation.

Les relations entre les variables sociodémographiques et le soutien au travail

Des tests de *t* de Student, d'analyses de variance (ANOVA) et de corrélations de Pearson ont été utilisés afin d'examiner les liens possibles entre les caractéristiques sociodémographiques des répondant(e)s et la variable du soutien au travail en score global et dans ses deux dimensions. Même si de faibles différences ont parfois été notées en regard du sexe, de l'âge, du type de diplôme ou encore du statut d'emploi aucune des différences observées n'étaient statistiquement significatives. Ces résultats permettent de constater que dans cette étude, les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondant(e)s ne sont pas associées à leur perception du soutien au travail.

Les relations entre les variables sociodémographiques et les stratégies de *coping* utilisées

La vérification reproduite sur la variable "stratégies de *coping*" a, quant à elle, révélée des différences significatives entre deux des cinq dimensions et une seule des caractéristiques sociodémographiques, le genre. Les tableaux XII et XIII présentent ces résultats.

Tableau XII : Moyennes et écart-types de deux types de stratégies de *coping* en fonction du genre

Catégories	\bar{x}	s	n	Genre des répondant(e)s
Recherche de soutien social	3,10	0,65	93	Femmes
	2,70	0,58	24	Hommes
Auto-accusation	1,90	0,69	92	Femmes
	1,60	0,46	24	Hommes

Tableau XIII : Test de *t* de Student et seuils de signification entre deux types de stratégie de *coping* et le genre

Catégories	<i>t</i>	<i>p</i>
Recherche de soutien social	2,98	0,01
Auto-accusation	2,27	0,05

La lecture des deux tableaux précédents permet de visualiser que les femmes obtiennent une moyenne plus élevée aux dimensions de recherche de soutien social et auto-accusation que les hommes. La différence apparaît comme significative avec respectivement une marge d'erreur de 0,01 pour la recherche de soutien social et 0,05 pour l'auto-accusation. Ces résultats suggèrent que les femmes de cette étude utilisent de façon plus importante la recherche de soutien social ou l'auto-accusation que les hommes, dans un contexte d'événement stressant au travail.

Les relations entre les variables sociodémographiques et la qualité de vie au travail

L'ensemble des tests effectués pour les deux variables d'intérêt précédentes a été reconduit pour examiner l'association possible entre certaines caractéristiques

personnelles ou professionnelles et la qualité de vie au travail. Les résultats ne révèlent aucun lien significatif, les probabilités d'erreur étant, pour chacune des caractéristiques, bien plus élevées que le 5 % conventionnel. Toutefois, il est pertinent de relever des différences systématiques pour chacune des dimensions ainsi que pour le score global entre les hommes et les femmes. Ces dernières, percevant un niveau de qualité de vie au travail globalement plus élevé ($\bar{x} = 3,21$; $n = 103$) que les hommes ($\bar{x} = 2,95$; $n = 25$). Même si ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs, cette répétition systématique dans chacune des dimensions mériterait une investigation plus poussée lors d'études ultérieures.

La vérification des hypothèses de recherche

La présente étude proposait dix-sept hypothèses statistiques qui ont été vérifiées par l'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson. Le seuil de signification retenu pour les tests statistiques autorise une marge d'erreur inférieure à 5 % ($p < 0,05$). En ce qui a trait à la force de la relation mesurée entre les variables à l'étude, Norusis, dans le manuel SPSS (1990) propose la classification suivante : 1) faible si le coefficient de corrélation est inférieur à 0,30 ($r \leq 0,30$); 2) modérée si le coefficient de corrélation se situe entre les valeurs 0,30 et 0,70 ($0,30 \leq r \leq 0,70$); 3) forte si le coefficient est égal ou au dessus de 0,70 ($r \geq 0,70$).

Au total, sept hypothèses ont été confirmées ($H_1, H_3, H_5, H_6, H_7, H_8, H_{14}$) et dix infirmées ($H_2, H_4, H_9, H_{10}, H_{11}, H_{12}, H_{13}, H_{15}, H_{16}, H_{17}$). Le détail des corrélations significatives obtenues est présenté aux tableaux suivants.

Le tableau XIV présente les résultats des corrélations présumées entre le soutien du supérieur et les stratégies de *coping* au travers de leurs cinq dimensions. Au total, une relation positive, significative mais faible est confirmée entre le soutien du supérieur et trois dimensions : la résolution de problème (H_6), la recherche de soutien social (H_7) et la réévaluation positive (H_8).

Tableau XIV : Corrélations de *Pearson* entre les scores de trois types de stratégie de *coping* et le soutien du supérieur

	Soutien du supérieur		
	n	r	p
Résolution de problème	118	0,22	0,05
Recherche de soutien social	118	0,22	0,05
Réévaluation positive	117	0,19	0,05

En ce qui concerne la cohésion entre les pairs, seule la recherche de soutien social confirme une relation positive, significative mais faible entre ces deux variables (H3).

Tableau XV : Corrélations de *Pearson* entre les scores d'un type de stratégie de *coping* et la cohésion entre les pairs

	Cohésion entre les pairs		
	n	r	p
Recherche de soutien social	118	0,20	0,05

Le tableau suivant présente les corrélations positives et significatives entre les deux dimensions du soutien au travail, une stratégie de *coping* et la qualité de vie au travail. Ces résultats suggèrent que le soutien du supérieur ainsi que la cohésion entre les pairs sont significativement corrélés, et ce de façon modérée à la qualité de vie au travail, alors que la recherche de soutien social l'est plus faiblement. Ceci confirme donc les hypothèses H₁, H₅ et H₁₄.

Tableau XVI : Corrélations de *Pearson* entre les scores des deux dimensions du soutien au travail, la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail

	Qualité de vie au travail		
	n	r	p
Cohésion entre les pairs	129	0,34	0,01
Soutien du supérieur	129	0,58	0,01
Recherche de soutien social	116	0,23	0,05

Au total, les résultats obtenus aux tests de corrélation de Pearson permettent de confirmer sept des dix-sept hypothèses retenues. Pour l'essentiel, nous retiendrons que les deux dimensions du soutien au travail, soit la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur s'avèrent être les variables les plus fortement corrélées à la qualité de vie au travail et ce de façon significative ($p < 0,01$). Parmi les stratégies de *coping* utilisées, seule la recherche de soutien social apparaît comme significativement reliée tout à la fois aux deux caractéristiques du soutien au travail ($p < 0,05$) et à la qualité de vie au travail ($p < 0,01$). La figure 4., présentée à la page suivante schématise les corrélations obtenues à partir des hypothèses proposées dans le cadre de cette étude.

Enfin, aucune des associations négatives postulées, entre les dimensions du soutien au travail et les stratégies de *coping* passives (évitantes), n'ont été confirmées (H_9 , H_{10} , H_{11} , H_{12}). Cette absence de relation négative supputée se répète avec la variable de la qualité de vie au travail (H_{16} , H_{17}).

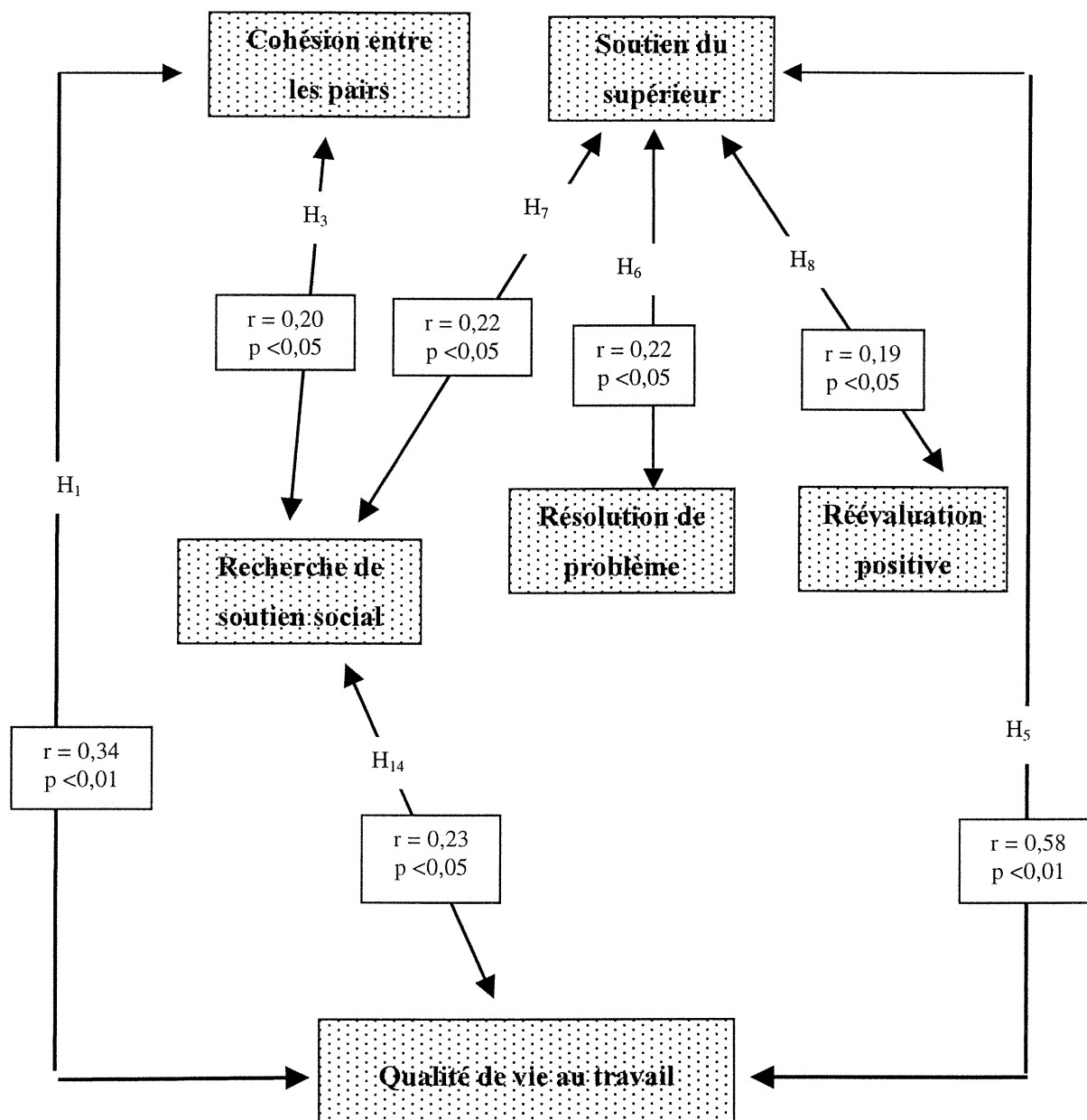


Figure 4 : Représentation graphique de la validation des hypothèses de recherche

Analyses complémentaires

En seconde intention, une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée afin d'identifier l'effet prédictif des variables significativement corrélées à la qualité de vie au travail des infirmier(e)s qui ont participé à cette étude. Les tests statistiques ont été réalisés sur le score global de la qualité de vie au travail, sur les deux dimensions du soutien au travail, soit la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur, ainsi que sur une stratégie de *coping*, la recherche de soutien social. En préalable à l'analyse multivariée une vérification des exigences requises pour ce type de procédure a été réalisée, soit l'existence de relations linéaires fortes entre les variables indépendantes (multicollinéarité). Cette mesure, estimée par la "tolérance" qui doit être proche de 1 pour chacune des variables indépendantes est représentée au tableau suivant.

Tableau XVII : Test de "tolérance" entre les variables indépendantes à l'étude

Variables indépendantes	Collinéarité statistique
	Tolérance
Cohésion entre les pairs	0,959
Soutien du supérieur	0,946
Recherche de soutien social	0,924

Qualité de vie au travail : variable dépendante

Le tableau XVIII montre que sur les trois variables significativement corrélées à la qualité de vie au travail, deux ont un effet prédictif significatif et expliquent 45 % de la variance de la qualité de vie au travail des infirmier(e)s de cette étude. Parmi ces variables, le soutien du supérieur est le principal prédicteur de la qualité de vie au travail, expliquant à lui seul 33% de la variance ($\beta = 0,54$; $p < 0,01$), alors que la cohésion entre les pairs n'en explique que 12% ($\beta = 0,31$; $p < 0,01$). Autrement dit, les infirmières qui perçoivent un bon soutien de la part de leur supérieur présentent une meilleure qualité de vie au travail que leurs collègues qui s'expriment dans le sens d'une bonne cohésion dans le groupe.

Tableau XVIII : Analyse de régression linéaire multiple entre la qualité de vie au travail , les dimensions du soutien et une stratégie de *coping* (n = 116)

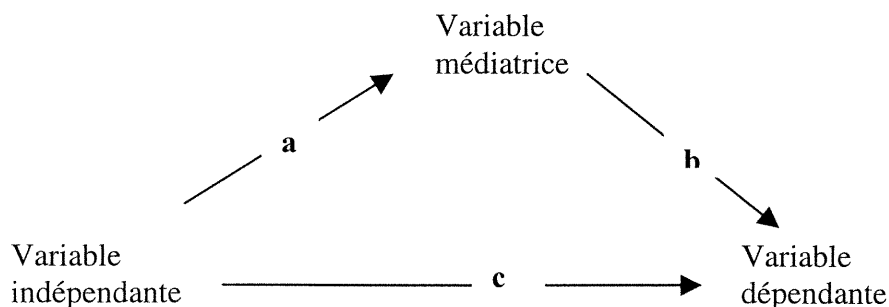
Variables explicatives	B	β	R ²	R ² cumulatif	p
Constante	- 1,792				
Cohésion entre les pairs	0,687	0,307	0,12		0,01
Soutien du supérieur	1,099	0,541	0,33		0,01
Recherche de soutien social	0,073	0,050	0,05		0,494
				0,45	

Dans ce modèle, la relation significative entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail disparaît contrairement aux résultats présentés au tableau XV. Ceci n'explique pas une absence de liens entre cette stratégie de *coping* et la qualité de vie au travail. Il faut plutôt considérer que l'effet de la recherche de soutien social, déjà pris en considération par le soutien du supérieur et par la cohésion entre les pairs (corrélation significative avec chacune de ces deux dimensions du soutien mais pas assez pour violer les conditions relatives à la collinéarité), n'ajoute pas grand chose à la prédiction de la qualité de vie au travail. Cette constatation va être confirmée par les analyses complémentaires détaillées dans la prochaine partie, et qui examine l'effet médiateur des deux dimensions du soutien sur la qualité de vie au travail de la population étudiée.

Les analyses développées précédemment permettent de proposer une certaine séquence dans les relations entre les variables à l'étude. Plus spécifiquement, l'effet médiateur d'une, voire, des deux dimensions du soutien sur la qualité de vie au travail peut être interrogé. La partie suivante entend développer cet axe à partir du modèle statistique développé par Baron et Kenny (1986).

Selon Baron et Kenny (1986), une variable médiatrice joue un rôle organique dans le processus même de causalité entre une variable dépendante et une variable indépendante. Elle est médiatrice dans le sens où c'est par son entremise que la variable indépendante influence la variable dépendante. Ces auteurs ont caractérisé cette

situation en spécifiant les règles procédurales nécessaires à la vérification de l'effet médiateur d'une variable telle que schématisé sur le diagramme suivant.



"A variable functions as a mediator when it meets the following conditions : (a) variations in levels of the independent variable significantly account for variations in the presumed mediator (i.e., Path a), (b) variations in the mediator significantly account for variations in the dependent variable (i.e., Path b), and (c) when Paths a and b are controlled a previously significant relation between the independent and dependent variables is no longer significant, with the strongest demonstration of mediation occurring when Path c is zero" (p.1176).

Ainsi, pour vérifier l'effet médiateur d'une variable (VM) entre une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD), trois équations de régression doivent être obtenues.

Équation 1 : régression de VM sur VI

Équation 2 : régression de VD sur VI

Équation 3 : régression de VD sur VI et VM

Les critères déterminés pour obtenir la médiation sont :

Critère I : la relation entre VM et VI doit être significative dans l'équation 1

Critère II : la relation entre VD et VI doit être significative dans l'équation 2

Critère III : la relation entre VD et VM doit être significative dans l'équation 3 de régression multiple, et la force de VI diminuer par rapport à l'équation 2. Cette

diminution peut se manifester par un coefficient de régression plus petit ou encore par une absence de signification ($p > 0,05$) (Baron et Kenny, 1986).

Au vu des résultats de l'analyse multivariée effectuée précédemment, deux propositions de médiation ont été retenues et vont être présentement exposées.

Effet médiateur de la cohésion entre les pairs (VM) entre la recherche de soutien social (VI) et la qualité de vie au travail (VD)

Tableau XIX : Analyse de régression linéaire multiple entre la qualité de vie au travail (VD), la cohésion entre les pairs (VM) et la recherche de soutien social (VI) (n = 116)

Équations	Variables explicatives	B	β	p
n°1	Constante	2,35		
	Recherche de soutien social	0,13*	0,20*	0,03
	Variables explicatives			
n°2	Constante	2,14		
	Recherche de soutien social	0,33*	0,23*	0,01
	Variables explicatives			
n°3	Constante	0,30		
	Cohésion entre les pairs	0,78*	0,35*	0,01
	Recherche de soutien social	0,23	0,16	0,07

*significatif si $p < 0,05$

l'analyse de régression donne :

n° 1 : cohésion entre les pairs = $2,35 + 0,13 * \text{recherche de soutien social}$, $p < 0,01$

n° 2 : qualité de vie au travail = $2,14 + 0,33 * \text{recherche de soutien social}$, $p < 0,01$

n° 3 : qualité de vie au travail = $0,30 + 0,78 * \text{cohésion} + 0,23 * \text{recherche de soutien social}$,
 $p < 0,01$ (cohésion), et $p > 0,05$ (recherche de soutien social)

La procédure statistique effectuée confirme l'effet médiateur de la cohésion entre les pairs qui explique près de 17% de la variance de la qualité de vie au travail ($R^2 = 0,17$)⁴ alors que la recherche de soutien social n'a plus de lien significatif ($p > 0,05$) avec la qualité de vie au travail.

Effet médiateur du soutien du supérieur (VM) entre la recherche de soutien social (VI) et la qualité de vie au travail (VD)

Tableau XX : Analyse de régression linéaire multiple entre la qualité de vie au travail (VD), le soutien du supérieur (VM) et la recherche de soutien social (VI) (n = 116)

Équations	Variables explicatives	B	β	p
n°1	Constante	2,11		
	Recherche de soutien social	0,15*	0,22*	0,02
	Variables explicatives			
n°2	Constante	2,14		
	Recherche de soutien social	0,33*	0,23*	0,01
	Variables explicatives			
n°3	Constante	-0,26		
	Soutien du supérieur	1,15*	0,56*	0,01
	Recherche de soutien social	0,15	0,10	0,18

*significatif si $p < 0,05$

l'analyse de régression donne :

n° 1 : soutien du supérieur = $2,11 + 0,15 * \text{recherche de soutien social}$, $p < 0,01$

n°2 : qualité de vie au travail = $2,14 + 0,33 * \text{recherche de soutien social}$, $p < 0,01$

n°3 : qualité de vie au travail = $-0,26 + 1,15 * \text{soutien du supérieur} + 0,15 * \text{recherche de soutien social}$,
 $p < 0,01$ (soutien du supérieur) et $p > 0,05$ (recherche de soutien social)

⁴ - Le logiciel SPSS. 9 intègre le calcul du R^2 dans un tableau général dont les composantes ne sont pas utiles à l'explication de la procédure de Baron et Kenny (1986), se faisant, les variances sont introduites directement dans le texte.

Dans cette démonstration, le rôle médiateur joué par le soutien du supérieur est également confirmé. Ce dernier explique 35% de la variance de la qualité de vie au travail ($R^2 = 0,35$). Par ailleurs, la recherche de soutien social n'a plus de lien significatif avec la qualité de vie au travail ($p > 0,05$).

En conclusion, les résultats empiriques obtenus dans le cadre de cette recherche permettent de proposer une illustration du rôle médiateur joué par les deux dimensions du soutien au travail entre la stratégie de recherche de soutien social et la qualité de vie au travail, selon la procédure statistique de Baron et Kenny (1986).

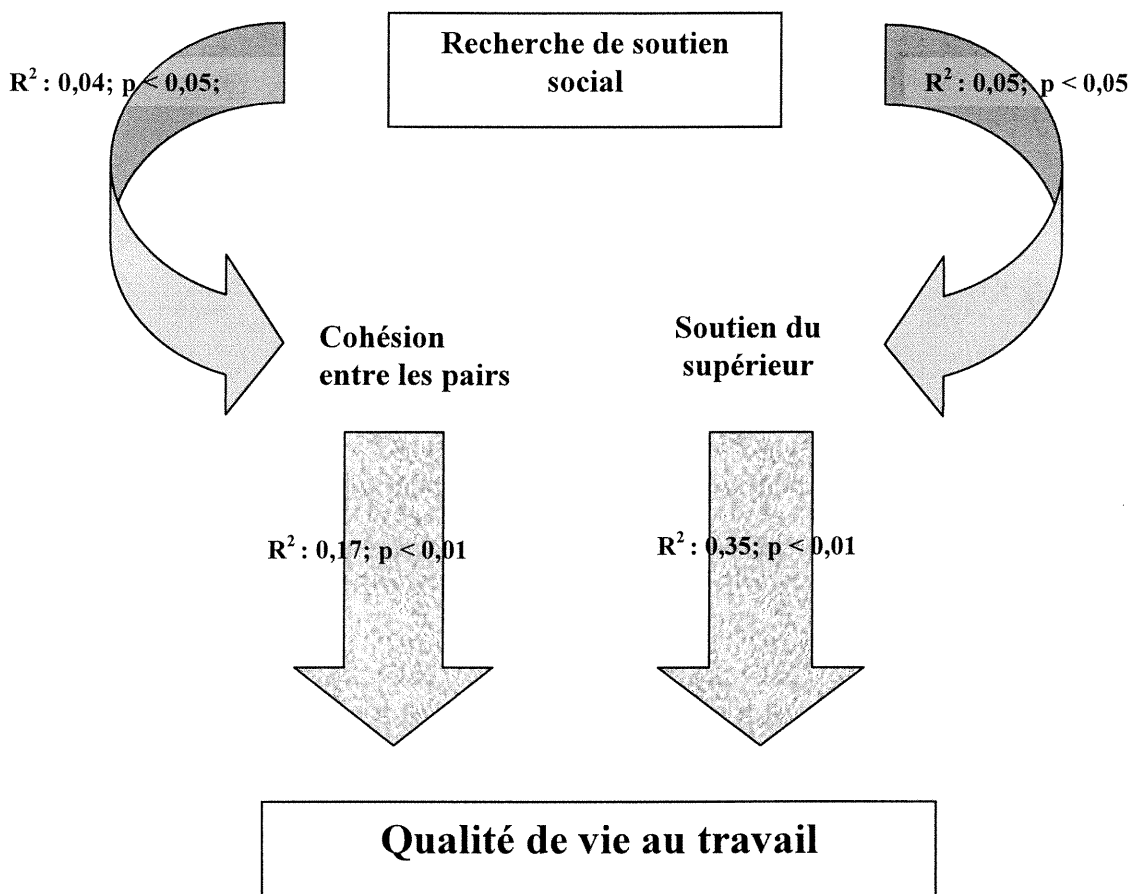


Figure 5 : Illustration de l'effet médiateur des deux dimensions du soutien au travail entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail

Chapitre cinquième

La discussion

Le cinquième chapitre aborde la partie interprétation et discussion des résultats. Il s'agit d'abord d'interroger l'authenticité des résultats de la recherche à travers une lecture attentive des différents facteurs susceptibles d'introduire des biais. Dans un second temps, la discussion porte sur le niveau de qualité de vie au travail exprimé par ces infirmier(e)s ainsi que sur la perception qu'ils(elles) ont du niveau de soutien disponible dans leur environnement de travail. La mobilisation de ressources internes et plus spécifiquement les types de stratégies de *coping* privilégiés par ces infirmier(e)s dans un contexte d'événement stressant au travail est également abordée. Enfin les résultats empiriques obtenus sur l'effet prédictif du soutien et de la recherche de soutien social sur la qualité de vie au travail, ainsi que sur la fonction médiatrice jouée par les deux dimensions du soutien en regard de la recherche de soutien social, concluent ce point. Dans la dernière partie de ce chapitre, un élargissement de la perspective de cette étude vers un questionnement des modèles de gestion interrogés sous l'angle de la pratique et de la recherche en sciences infirmières est introduit.

L'authenticité des résultats de la recherche

Nombre de manuels traitant de méthodologie de la recherche mettent en garde le chercheur sur un certain nombre de facteurs pouvant influencer les résultats d'une étude (Burns & Grove, 1993; Fortin, 1996). Dans le contexte de la présente recherche, il s'agit d'examiner certaines caractéristiques propres au devis quantitatif, soit l'échantillon, les qualités métrologiques des instruments de mesure, la méthode retenue pour la collecte des données, le contrôle des variables étrangères sur les variables d'intérêt ainsi que les méthodes d'analyses statistiques retenues. Par ailleurs, il est de bon ton d'interroger la pertinence du cadre de référence retenu, soit sa cohérence à initier les hypothèses de recherche.

Le taux de participation des infirmier(e)s de cet hôpital, bien qu'apparemment faible (30%)¹, correspond aux standards pour ce type de recherche par questionnaire

¹ - Ici, la comparaison est faite en regard des taux de participation infirmière dans les études québécoises. Deux éléments peuvent en partie expliquer cette différence. D'une part, les études québécoises portant sur la santé au travail des infirmières nécessitent une autorisation de l'ordre infirmier, ce qui favorise

auto-administré géré à distance (Burns & Grove, 1993). Se faisant, la généralisation des résultats à l'ensemble de la population infirmière de cet hôpital ne peut être retenue. Par ailleurs, la restriction de l'étude à un seul établissement hospitalier français réserve l'extrapolation des résultats obtenus à d'autres populations.

Le choix d'une collecte de données par questionnaires auto-administrés représente une des limites de cette recherche. En effet, même si un certain nombre de stratégies ont été développées pour garantir une passation adéquate avec, entre autres, la présentation du protocole de recherche au sein de l'établissement et la nomination d'une personne ressource aux différents temps de l'enquête, certains éléments restent incontrôlables. Ainsi, des questionnaires insuffisamment complétés, remplis collectivement ou par des personnes étrangères à l'étude, sont autant de risques possibles. Toutefois, sur les 133 questionnaires distribués, seuls deux d'entre eux se sont avérés inexploitable.

En ce qui concerne les qualités métrologiques des instruments utilisés dans cette recherche, la fidélité de ces derniers, soit la précision et la consistance des résultats qu'ils fournissent, doit être démontrée. Il s'agit là d'une propriété essentielle à la crédibilité des résultats énoncés. Les trois instruments de mesure utilisés présentent dans l'ensemble, une bonne consistance interne. L'échelle WRI, sous-échelle du WES (Insel & Moos, 1974) révèle une bonne fidélité avec un Alpha de Cronbach de 0,70 tant dans sa dimension "soutien du supérieur" que pour celle concernant la "cohésion entre les pairs". Ces résultats, comparés au groupe normatif (1045 travailleurs de disciplines professionnelles variées) de Moos (1986) s'équivalent en ce qui concerne le "soutien du supérieur" ($r : 0,69$) mais apparaissent nettement plus élevés en ce qui a trait à la "cohésion entre les pairs" ($r : 0,48$). Ceci peut en partie être expliqué par l'homogénéité du groupe à l'étude dans la présente recherche. De fait, les résultats avancés par Michaud (1991) dans son adaptation française de l'instrument, utilisée dans cette même étude, s'avèrent plus proches de ceux obtenus par nous ($r : 0,69$ pour le soutien du

a posteriori, la participation de ce corps professionnel. D'autre part, en France, la population infirmière est peu habituée à ce type de recherche quantitative par questionnaire auto-administré, ce qui peut entraîner une réticence à participer.

supérieur, $r : 0,77$ pour la cohésion entre les pairs ; $n = 230$). L'échelle du questionnaire de *coping* (Paulhan et al., 1994), présente également des corrélations de fidélité tout à fait satisfaisantes, au niveau des cinq types de stratégies de *coping* déterminés ($r : 0,78$ pour la recherche de soutien social ; $r : 0,73$ pour l'évitement avec pensée positive ; $r : 0,66$ pour la recherche de soutien social ; $r : 0,66$ pour la réévaluation positive ; $r : 0,64$ pour l'auto-accusation). En l'état, la comparaison des corrélations obtenues avec d'autres études s'est révélée impossible. D'une part, les concepteurs de l'échelle ont utilisé un test statistique différent pour mesurer la validité interne de l'échelle. D'autre part, nous n'avons pu obtenir connaissance de l'existence potentielle de recherches antérieures utilisant ce même instrument. En dernier lieu, l'échelle de la qualité de vie au travail (Elizur & Shye, 1990) propose des corrélations de fidélité très satisfaisantes avec un Alpha de Cronbach de 0,90 pour l'échelle globale et des corrélations s'étendant de 0,76 à 0,90 pour l'ensemble des dimensions des facettes A et B. En ce qui a trait au score global, ces résultats sont proches de ceux proposés par Elizur et Shye (1990) dans leur étude menée auprès de 540 métallurgistes hongrois ($r : 0,93$), ainsi que de ceux obtenus par Delmas (1999) avec la version française de l'instrument ($r : 0,91$, $n = 229$).

En ce qui a trait aux analyses statistiques effectuées, le nombre satisfaisant de participant(e)s a permis le respect de toutes les procédures envisagées et pertinentes aux fins de la présente recherche. Par ailleurs, aux vues des écart-type, étendue et coefficient de variation des variables d'intérêt, il est licite de penser que les données sont relativement bien distribuées. Enfin, l'ensemble des procédures statistiques a été soumis à la consultation d'un statisticien.

Une force de cette étude est le contrôle d'un grand nombre de variables sociodémographiques en regard de leur influence sur les variables d'intérêt. Ainsi, aucune variable socioprofessionnelle n'est reliée au soutien au travail, aux stratégies de *coping* ou à la qualité de vie au travail. Parmi les variables personnelles, seul le genre est significativement associé à deux des cinq dimensions de *coping*, la recherche de soutien social et l'auto-accusation.

Le modèle d'adaptation de Roy (Andrews et Roy, 1991), cadre de référence de cette étude, a été utile à l'établissement de relations linéaires entre les variables d'intérêt. Par ailleurs, le principe de circularité du modèle a été utile à la démonstration de l'effet médiateur des deux dimensions du soutien entre la stratégie de recherche de soutien social et la qualité de vie au travail des infirmier(e)s de cette étude.

L'ensemble des considérations exposé précédemment, bien qu'il précise les limites propres à cette étude, témoigne de l'authenticité des résultats proposés dans le cadre d'un devis descriptif-corrélationnel.

Les infirmier(e)s expriment une qualité de vie au travail modérée

Cette dernière décennie a vu l'émergence d'un intérêt croissant pour l'étude des phénomènes liés à la santé au travail selon une approche positive, telle que le bien-être psychologique ou la qualité de vie au travail (Delmas, 1999 ; Harrison, 1995 ; Margall, 1999 ; Savignac, 1993), traditionnellement abordée sous des aspects négatifs tels que l'épuisement professionnel ou la détresse émotionnelle. Incontestablement, il s'agit là d'un tournant dans l'appréhension des phénomènes contextuels de la santé mentale des infirmières au travail. Dans la présente étude, la qualité de vie au travail selon l'approche d'Elizur et Shye (1990) est utilisée en deuxième intention auprès d'infirmier(e)s français(e)s d'unités psychiatriques. La recherche précédente fut réalisée par Delmas (1999) auprès d'infirmières françaises de réanimation.

Les infirmier(e)s ayant participé à cette étude expriment une qualité de vie au travail modérée. En effet, le score moyen de ce groupe est de 3,16 pour une valeur maximale de 6, ce qui le situe au 4^{ème} décile de la distribution théorique. Cela signifie que globalement, les conditions de travail actuelles offrent moyennement la possibilité aux infirmier(e)s d'exprimer leur personnalité, de maintenir leurs capacités physiques et psychiques ainsi que d'affirmer leurs valeurs culturelles et sociétales. Dans son étude, Delmas (1999) obtenait un score légèrement plus élevé ($\bar{x} = 3,32$). Ces différences se répètent pour l'ensemble des modes et dimensions des facettes A et B. De façon plus spécifique, il appert que la dimension sociale présente le score le plus bas en regard des autres dimensions soit le 3^{ème} décile de la distribution théorique et comparativement aux

résultats obtenus par Delmas (4^{ème} décile de la distribution théorique). Ainsi, les infirmier(e)s de la présente étude expriment que ce sont les besoins d'appartenance et de rôles sociaux qui semblent les plus difficiles à équilibrer dans le cadre de leur travail.

Cette perception d'une qualité de vie au travail modérée peut être attribuée à plusieurs caractéristiques propres à l'environnement de travail. Ainsi, les stressseurs spécifiques à l'exercice infirmier en psychiatrie, la perception du soutien offert à l'intérieur du collectif de travail, ainsi que les stratégies déployées pour faire face, sont autant d'éléments qui peuvent teinter l'appréciation que les infirmier(e)s de cette étude ont de leur qualité de vie au travail. Ces éléments rejoignent la conception du modèle d'adaptation de Roy (Andrews & Roy) qui reconnaît que l'environnement est source de nombreux stimuli, susceptibles d'influencer les réponses d'adaptation et par là même, la santé des individus.

La violence : quotidien de travail de l'infirmier(e) en psychiatrie

Une forte majorité des infirmier(e)s interrogé(e)s (60%) rapporte une situation stressante au travail qualifiée de très intense. Sur l'ensemble des répondant(e)s, deux individus sur cinq mentionnent la violence comme type d'événement stressant (38,5%). Parmi eux(elles), 68% qualifie cette situation vécue comme très stressante. Cette constatation fut également rapportée par Carson et al. (1995), Sullivan (1993) dans leurs études auprès de populations infirmières identiques, où la violence apparaissait comme une source majeure de stress dans l'environnement de travail de l'infirmier(e) en psychiatrie. Selon la sociologue M. Monceau, la violence physique ou verbale à l'endroit du personnel infirmier en psychiatrie met en scène des registres relationnels subtils. Ainsi, s'il est communément admis qu'être violenté constitue une expérience existentielle éprouvante « être malmené par celui que l'on veut aider représente une épreuve non ordinaire. » (Santé mentale, 1999, p.17). Cette vulnérabilité soignante trouve d'ailleurs écho dans l'augmentation significative des accidents de travail déclarés par contact avec des patients agités au sein de l'établissement (de plus de 42% en 1998). En ce sens, les confrontations violentes, sources de stress intense pour le personnel infirmier se posent comme un enjeu institutionnel majeur dans cet établissement.

En second lieu, ce sont les conflits professionnels (35% des situations rapportées) et plus spécifiquement les rapports à la hiérarchie infirmière et médicale ou entre collègues qui sont générateurs de stress intense à 65%. Ce constat, qui peut être mis en lien avec la perception d'un soutien modéré au travail, peut trouver de multiples causes. Notamment, il est licite de penser que le contexte de rationalité économique actuelle, qui s'accompagne d'une restructuration importante au sein de l'établissement, puisse contribuer à cet état de fait. Ainsi, la rationalisation du flux des patients, la standardisation des procédures de soins en vue de l'accréditation, l'informatisation des systèmes, l'intensification du travail administratif au détriment de la dimension relationnelle du soin, sont quelques uns des éléments qui fragilisent l'*ethos* professionnel. À l'instar de O. Dembinski (2000), il est licite de parler d'une "industrialisation de l'activité des établissements hospitaliers" caractérisée entre autres, par une compression "du travail vivant" qui peut dès lors, augmenter les tensions et conflits.

Enfin 19% des situations rapportées font référence au rôle professionnel et sont considérées comme très stressantes pour 56% d'entre-elles. Le plus souvent, ce sont les recours aux mesures coercitives telles que la contention physique ou thérapeutique, le rapport à l'hospitalisation sous contrainte et la privation de certains droits et libertés l'accompagnant, qui se révèlent être très éprouvants pour le personnel infirmier. L'ensemble de ces procédures où le rapport au maintien de l'ordre et aux valeurs soignantes sont étroitement imbriqués, constitue une certaine forme de violence générée par l'organisation institutionnelle avec laquelle l'infirmier(e) doit composer. Il s'agit là d'une dimension très spécifique de l'engagement soignant-soigné dans le contexte de la maladie mentale auquel l'infirmier(e) est constamment confronté(e).

Les corrélations de *Pearson* effectuées sur l'intensité attribuée à l'événement stressant en lien avec certaines variables d'intérêt, donnent à voir de résultats intéressants. En effet, on postule que moins le soutien du supérieur est perçu, plus l'intensité du stress est élevée ($r = -0,20, p < 0,05$), par ailleurs, plus l'intensité reconnue au stress se révèle prégnante et plus la qualité de vie au travail est moindre ($r = -0,20, p < 0,05$). Même si la force de ces relations reste faible, il n'en demeure pas moins qu'elle

confirme l'effet direct du soutien au travail sur la santé et le bien-être, tel que postulé par Rasclé (1994). Rappelons que selon cet auteure, quelle que soit l'intensité du stress, les individus qui bénéficient d'un soutien important ont un sentiment plus fort d'affiliation et d'estime de soi. Dans cette perspective, le soutien devient bénéfique pour la santé indépendamment des expériences de stress vécues par la personne. Cette affirmation peut être mise en lien avec le principe de circularité du modèle de Roy (Andrews & Roy, 1991). Dès lors, il peut être présumé que les infirmier(e)s qui expriment une bonne qualité de vie au travail, ressentent un meilleur soutien de la part de leur supérieur et donc perçoivent les situations stressantes avec moins d'intensité. À l'inverse, celles et ceux qui ressentent peu de qualité de vie au travail, sont moins perceptibles au soutien de leur supérieur et donc manifestent un stress plus intense face aux situations rencontrées dans leur quotidien de travail.

Une perception du soutien au travail modérée

Dans le contexte de cette étude, les infirmier(e)s se perçoivent moyennement soutenu(e)s dans leur environnement de travail ($\bar{x} = 2,66$ soit le 5^{ème} décile de la distribution théorique). De façon générale, ils ou elles expriment une meilleure cohésion dans le groupe ($\bar{x} = 2,74$) près du 6^{ème} décile de la distribution théorique, comparativement au soutien du supérieur ($\bar{x} = 2,57$, 5^{ème} décile de la distribution théorique). Ainsi, alors que près de 21% des répondant(e)s considèrent que le soutien entre les pairs est élevé, seulement près de 14% expriment un niveau équivalent à l'endroit du soutien perçu de la part de leur supérieur. À l'inverse, alors qu'une perception faible du soutien du supérieur atteint 12%, ce constat apparaît nettement plus faible, soit 7% chez les pairs. Ces résultats sont proches de ceux obtenus dans d'autres études menées auprès de populations infirmières de divers secteurs d'activités et qui donnaient à voir d'une cohésion plus élevée parmi les pairs comparativement au soutien perçu de la part du supérieur (Duquette et al., 1995; Margall, 1999; Morissette, 1993; Harrison, 1997; Tunipssed, 1992). De façon générale, il appert que les infirmier(e)s à l'étude travaillent dans une atmosphère modérément satisfaisante où la manifestation d'un intérêt mutuel, l'établissement de relations amicales, l'aide apportée à un nouvel arrivant dans l'équipe, ou encore la discussion autour de problèmes personnels sont

partagés. En comparaison, le soutien du supérieur, soit ses capacités à encourager la critique, à valoriser les idées originales, à féliciter les actions entreprises ou encore à soutenir son équipe, est moins perçu par les infirmier(e)s de cette étude. Ce constat peut être mis en lien avec les hypothèses postulées précédemment à partir du modèle de Roy et qui proposaient une séquence de circularité entre les variables d'intérêts. Ainsi, tant la réorganisation managériale actuelle qui redistribue les missions des cadres infirmiers vers une logique gestionnaire, que les retombées de ces restructurations sur la pratique infirmière, peuvent expliquer une perception modérée du soutien du supérieur.

Lazarus et Folkman (1984) postulent que ce n'est pas tant la nature du ou des stressseurs qui peut affecter la santé, mais plutôt la façon dont les individus jugent la situation potentiellement stressante (évaluation primaire) ainsi que les ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Pour nombre d'auteurs, ces stratégies de *coping* plus connues en France sous le vocable "stratégies d'ajustement" (Dantchev, 1989 ; Paulhan 1992) vont être modelées, non seulement par la perception du soutien disponible, mais également par le sentiment de contrôle de la situation.

Des stratégies actives pour faire face aux stressseurs au travail

Majoritairement, ce sont les stratégies de recherche de soutien social ($\bar{x} = 3,00$) se situant au 6^{ème} décile de la distribution théorique, qui sont le plus souvent mobilisées par les répondant(s) dans le contexte d'un événement stressant au travail. À l'opposé, les stratégies d'auto-accusation et d'évitement avec pensée positive sont les moins rapportées avec des scores respectifs de 1,81 et 2,03, soit le 2^{ème} et 3^{ème} décile de la distribution théorique. En seconde intention ce sont les stratégies de résolution de problème ($\bar{x} = 2,62$) puis de réévaluation positive ($\bar{x} = 2,50$), soit le 5^{ème} décile de la distribution théorique, qui sont privilégiées.

Ces résultats postulent que ce sont des stratégies actives dites "vigilantes" qui sont privilégiées face aux situations stressantes rencontrées dans l'environnement de travail. Parmi celles-ci, la recherche de soutien social est la plus fréquemment utilisée. À ce stade, on peut présumer que la spécificité de l'exercice en psychiatrie, où l'axe central du soin se situe dans un espace relationnel soignant-soigné, incite plus volontiers

à ce type de stratégie. Par ailleurs, la notion même d'imprévisibilité dans un contexte de violence (stresseur le plus fréquemment rapporté), génératrice de peur chez les soignant(e)s, conduit plus volontiers les victimes à la verbalisation. Ainsi, on peut reconnaître que la recherche d'informations pour mieux comprendre la situation, l'acceptation de la sympathie ou la compréhension de ses collègues de travail ou de son supérieur, ou encore la verbalisation de ses émotions, sont autant d'actions susceptibles de contrer les effets délétères du stresseur.

Autre stratégie "vigilante", la résolution de problème apparaît en second choix dans les stratégies actives mobilisées par les infirmier(e)s à l'étude. Ainsi, il appert que la recherche de solution, la mise en place de plan d'action, le jugement de l'événement sans précipitation, le fait de contrôler la situation et de savoir quoi faire, peuvent être initiés face aux stressseurs. Bien que les résultats de cette étude ne puissent valider ce présumé, il peut être postulé à l'instar de plusieurs auteurs (Lazarus & Folkman, 1984 ; Nuissier, 1994) que l'"internalité" reconnue à l'événement, soit la possibilité d'attribuer ce qui arrive à des causes internes, donc susceptibles d'un certain contrôle, puissent favoriser l'utilisation de ce type de stratégies.

Bien qu'il puisse être noté que les stratégies passives dites "évitantes" telles que l'auto-accusation ou l'évitement avec pensée positive soient peu investies, la réévaluation positive quant à elle semble constituer une ressource pour les infirmier(e)s de cette étude. Ainsi, il appert qu'en situation stressante, une activité cognitive "évitante" visant à altérer la signification subjective de l'événement puisse être instruite. Se faisant, souhaiter être plus fort(e) face à la situation, reconnaître un changement positif dans son attitude, se sentir grandi de l'expérience ou encore modifier quelque chose en soi pour mieux supporter la situation, constituent autant de possibilités susceptibles de diminuer la tension émotionnelle induite par l'événement. Tout comme pour la recherche de soutien social, il peut être postulé que le choix de cette stratégie réponde au contexte spécifique de l'exercice infirmier en psychiatrie.

Même si l'utilisation d'instruments de mesure différents, voire de terrains d'investigation, autorisent difficilement la comparaison avec d'autres études, certaines

tendances peuvent être rapportées. De fait, Beaulieu (1993) dans son étude sur les stressés en soins de longue durée, Ceslowitz (1989), Sullivan (1993) Delmas. (1999) dans leur recherche sur la santé au travail d'infirmières hospitalières, rapportent également que les stratégies passives sont moins utilisées par leur population à l'étude, comparativement aux stratégies actives. Dans leurs recherches cependant, ce sont les stratégies de résolution de problème qui sont les plus fréquemment rapportées, alors que dans le cadre de cette recherche, les infirmier(e)s favorisent plutôt la recherche de soutien social en première intention.

Dans la présente étude, on peut donc conclure que lors de la mise en saillance de stressés au travail, les infirmier(e)s vont prioritairement chercher à verbaliser leurs difficultés ou leurs émotions auprès de personnes ressources susceptibles de leur apporter de l'information ou un soutien émotionnel. Selon une perspective infirmière (Andrews & Roy, 1991), ces "mécanismes de coping" référant ici au sous-système de contrôle cognitif, influencent les comportements de la personne en vue d'une adaptation dans les quatre modes rejoignant le concept de qualité de vie au travail.

Le genre : une donnée à prendre en compte

Dans le contexte de cette recherche, le taux de participation des hommes est conséquent (20%) comparativement à nombre d'études menées auprès de population infirmière en Amérique du Nord (Duquette et al, 1995 ; Harrison, 1997 ; Morissette, 1993 ; Plante, 1993), en France (Delmas, 1999) ou en Espagne (Margall, 1999) où la représentation masculine est en moyenne inférieure à 8%. Ce constat autorise quelques commentaires sur le poids du genre en regard de certaines des variables à l'étude.

Lors du contrôle des variables étrangères sur les variables d'intérêt, il est apparu une relation significative entre deux stratégies de *coping* et le genre. À l'analyse, il apparaît que les femmes utilisent de façon plus importante, la recherche de soutien social ($\bar{x} = 3,10$, $p < 0,01$) dans un contexte de situation stressante au travail, que les hommes ($\bar{x} = 2,70$, $p < 0,01$). Par ailleurs, même si elle se révèle faiblement utilisée par les participant(e)s à l'étude, l'auto-accusation est une stratégie plutôt privilégiée par les

femmes ($\bar{x} = 1,90$, $p < 0,05$) en comparaison des hommes ($\bar{x} = 1,60$, $p < 0,05$). En l'état, il est difficile d'analyser le poids réel du genre, dans la mobilisation de stratégies spécifiques, cette donnée n'ayant pas été intégrée comme postulat de départ dans la présente recherche. Par ailleurs, parmi les études recensées, aucune n'établissait de relation significative entre le genre et les types de stratégies optées.

La discussion des hypothèses de recherche

Les analyses de corrélation effectuées confirment sept des dix-sept hypothèses de recherche proposées (cf. figure 4.).

Le soutien associé à la qualité de vie au travail

Les résultats suggèrent que la perception que les infirmier(e)s de cette étude ont du climat relationnel au sein de leur organisation est directement liée à leur qualité de vie au travail. Plus précisément, le soutien du supérieur représente la caractéristique la plus fortement corrélée à la qualité de vie au travail comparativement à la cohésion entre les pairs. Ces résultats apportent une contribution importante à la recherche en matière de santé au travail. En effet, nonobstant l'étude de Margall (1999) sur l'environnement de travail d'infirmières espagnoles à partir des dix caractéristiques du Work Environment Scale associés à un indicateur positif de la santé mentale, aucune autre étude n'a utilisé le WRI (sous-échelle du WES) en relation avec un indicateur positif de la santé au travail. Ainsi, toutes les études antérieures ont utilisé cette sous-échelle en lien avec un indicateur négatif de la santé au travail tel que l'épuisement professionnel ou la détresse émotionnelle. Il paraît donc pertinent de comparer certains résultats des recherches antérieures avec ceux de la présente étude.

Dans la continuité de l'étude de Margall, notre recherche confirme que la dimension relationnelle peut être associée tout à la fois à un indicateur négatif et positif de la santé au travail. Plus spécifiquement, cette auteure démontrait que la cohésion entre les pairs en favorisant l'implication du groupe à la tâche assurait le bien-être psychologique des infirmières. Dans la présente étude, bien que la cohésion entre les infirmier(e)s soit significative à maintenir une qualité de vie au travail, il appert que

c'est la perception du soutien du supérieur qui contribue le plus à cet équilibre. Ce constat valide ainsi le présupposé postulé dans la problématique, qui présumait du rôle majeur du soutien du supérieur à l'endroit de la qualité de vie au travail des infirmier(e)s à l'étude. Ces résultats, comparés aux recherches antérieures sur l'épuisement professionnel ou la détresse émotionnelle, confirment que le cadre infirmier occupe une place stratégique dans la perception de la santé au travail des infirmier(e)s quel que soit l'indicateur mobilisé.

Une association confirmée entre les dimensions du soutien et certaines stratégies de *coping*

Les corrélations de *Pearson* conduites sur les deux dimensions de soutien, soit la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur en lien avec les cinq types de stratégies de *coping*, permettent d'observer certaines associations et de confirmer le rôle joué par ces stimuli contextuels sur l'activité régulatrice et cognitive (Andrews et Roy, 1991). Ainsi, une relation positive et significative mais faible est confirmée entre le soutien du supérieur et trois types de stratégies de *coping*, soit la recherche de soutien social, la résolution de problème et la réévaluation positive. En ce qui a trait à la cohésion entre les pairs, seule la recherche de soutien social atteste d'un lien positif mais faible, avec cette variable. On peut donc d'ores et déjà présumer que lors d'un événement stressant au travail, les infirmier(e)s de cette étude qui perçoivent un soutien efficace de la part de leur supérieur et une bonne cohésion dans le groupe, adopteront plutôt un comportement actif de recherche de soutien social pour affronter la situation.

En second lieu, il appert que le soutien offert par le supérieur puisse favoriser d'autres types de stratégies, soit "vigilantes" (résolution de problème) soit "évitantes" (réévaluation positive). Ainsi, ce dernier peut aider à la recherche de solutions, la mise en place de plans d'action, favoriser un jugement éclairé et sans précipitation de l'événement, ou encore faciliter la prise de conscience d'un certain contrôle de la situation et des moyens adaptés pour y faire face. Par ailleurs, par l'entremise de son soutien, il peut faciliter une réévaluation positive de la situation et permettre à l'infirmier(e) de se sentir plus optimiste et plus fort(e) face à la situation, ou encore de

modifier son comportement pour mieux la supporter.

Ce résultat est particulièrement intéressant car à notre connaissance, aucune recherche jusqu'alors, n'est descendue à ce niveau d'analyse. En effet, même si dans leur étude longitudinale menée auprès d'infirmières en gériatrie, Duquette et ses collaborateurs (1995) soulignaient une relation significative entre le soutien au travail et les stratégies actives de *coping*, leurs résultats ne permettaient pas de distinguer le rôle joué par chacune des deux dimensions du soutien, dans le choix des stratégies retenues. Notre étude en revanche, permet cette distinction, en reconnaissant au soutien du supérieur une fonction à initier tout à la fois des stratégies résolument actives (vigilantes) telles que la recherche de soutien social ou la résolution de problème, mais également une stratégie passive (évitante) la réévaluation positive qui, en altérant la signification émotionnelle de l'événement, rend ce dernier plus surmontable. La cohésion entre les infirmier(e)s quant à elle, ne favorise que la recherche de soutien social.

Par ailleurs, aucune des hypothèses qui présumaient un lien négatif et significatif entre les deux dimensions du soutien et les stratégies "évitantes", comme l'auto-accusation ou l'évitement avec pensée positive, n'ont été validées. De fait, on ne peut établir de lien entre un manque présumé de soutien et l'utilisation de stratégies passives "évitantes" dans le contexte de cette étude.

La recherche de soutien social est associée à la qualité de vie au travail

Parmi les cinq hypothèses qui présumaient une relation entre les types de stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail, une seule s'est révélée statistiquement significative. Par ailleurs, aucune des relations négatives postulées entre les stratégies "évitantes" et la qualité de vie au travail ne se démontre.

La recherche de soutien social apparaît faiblement corrélée à la qualité de vie au travail. Selon le modèle de Roy (Andrews & Roy, 1991), on peut présumer que plus les infirmier(e)s de cette étude ont recours au soutien informatif ou émotionnel auprès de leurs pairs ou leur supérieur et plus leur réponse d'adaptation favorise une bonne qualité

de vie au travail. Ces résultats peuvent être comparés à ceux proposés par Delmas (1999), dans son étude sur la qualité de vie au travail d'infirmière françaises de réanimation, bien que l'auteur ait utilisé une adaptation différente de l'échelle de *coping* de Lazarus et Folkman (1984). Ainsi, dans son étude ce sont les stratégies centrées sur la résolution de problème qui donnent à voir d'une force de relation plus importante en regard de la qualité de vie au travail, comparativement à la recherche de soutien social. Ce constat, peut être mis en lien avec les particularités propres à l'exercice en psychiatrie déjà abordées dans le contexte de cette étude et qui le distingue singulièrement du rôle de l'infirmière en réanimation. Ceci permet d'envisager que face aux situations stressantes retenues, la recherche de soutien social constitue la stratégie la plus efficace à contrer les effets délétères du stress pour le personnel infirmier œuvrant en psychiatrie.

Les études antérieures qui ont généralement abordé les stratégies de *coping* en lien avec un indicateur négatif de la santé au travail, montrent des similitudes avec la présente recherche. Ainsi, Ceslowitz (1989), Duquette et al.(1995), Sullivan (1993) observent que les infirmières qui présentent un faible niveau d'épuisement professionnel utilisent prioritairement des stratégies de *coping* actives. Ces résultats, en lien avec ceux de la présente recherche et à l'instar des conclusions de Delmas (1999) confirment que les stratégies de *coping* actives qui étaient jusqu'alors communément associées à un indicateur négatif de la santé au travail, peuvent également être mises en relation avec une caractéristique positive, telle que la qualité de vie au travail. De plus, dans cette étude, aucune association n'a été confirmée entre des stratégies passives "évitantes" et la qualité de vie au travail.

Les résultats discutés précédemment montrent que la cohésion entre les pairs, le soutien du supérieur et la recherche de soutien social sont positivement associés à la qualité de vie au travail des infirmier(e)s à l'étude et peuvent être considérés comme des déterminants de l'adaptation selon le cadre conceptuel de Roy (Andrews & Roy, 1991). Les analyses de régression multiple effectuées confirment que le soutien perçu dans l'environnement de travail expliquent 45% de la variance de la qualité de vie au travail. De plus, le soutien du supérieur se révèle être le prédicteur le plus significatif, puisqu'il

explique, à lui seul, 33% de cette variance. Autrement dit, plus l'infirmier(e) perçoit un soutien élevé de la part de son supérieur, plus sa qualité de vie au travail est élevée. Dans cette démonstration statistique, il appert que la stratégie de recherche de soutien social, significativement corrélée à la qualité de vie au travail lors des analyses bivariées, ne l'est plus en multivariée. Dès lors, et en conformité avec le principe de circularité du modèle de Roy qui considère l'adaptation comme un processus dynamique, susceptible de remaniement, d'autres hypothèses peuvent être avancées. Ainsi, la proposition selon laquelle les deux dimensions du soutien, soit la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur exerceraient un rôle médiateur entre cette stratégie de *coping* et la qualité de vie au travail, peut être postulée.

Le soutien du supérieur et la cohésion entre les pairs exercent un rôle médiateur entre la recherche de soutien social et la qualité de vie au travail

La mise en lumière du rôle médiateur exercé par le soutien du supérieur et de façon moindre par la cohésion entre les infirmier(e)s dans un environnement de travail contraignant, constitue la principale contribution de cette étude à la recherche. Le modèle de régression de Baron et Kenny (1984) qui a servi à la démonstration statistique, nous permet de développer cette observation dans la partie suivante.

Les analyses effectuées ont permis de confirmer le rôle médiateur du soutien du supérieur qui explique 35% de la variance de la qualité de vie au travail. Ainsi, lors de la confrontation à une situation stressante au travail, l'infirmier(e) qui bénéficie de la compréhension et de la sympathie de son supérieur, qui peut attendre de lui certaines informations pour mieux comprendre la situation, ou encore qui bénéficie de sa part d'une écoute attentive face à la verbalisation de ses émotions, exprime une meilleure qualité de vie au travail. Dans une moindre mesure, la cohésion, soit la collaboration et le soutien mutuel entre les pairs sollicités en tant que de besoin, joue également un rôle dans la qualité de vie au travail. Elle explique 17% de la variance de cette dernière et confirme que l'entraide infirmière est indissociable d'un bon climat de travail.

En résumé, plusieurs éléments peuvent être retenus en conclusion de cette discussion. Tout d'abord, les infirmier(e)s qui ont participé à cette étude perçoivent leur

qualité de vie au travail comme moyennement satisfaisante. Certaines caractéristiques comme le climat relationnel au travail ou encore la spécificité de l'exercice en psychiatrie semblent contribuer à cet état de fait. Ainsi le soutien au travail, dont Moos (Insel & Moos, 1984) nous dit qu'il est constitué d'aides émotionnelles et instrumentales interreliées, n'est que moyennement perçu par les infirmier(e)s de cet établissement. Plus spécifiquement, c'est le soutien du supérieur, soit les capacités de ce dernier à encourager les alliances entre les pairs et à apporter lui-même du soutien qui semble le moins bien perçu, comparativement à la cohésion entre les infirmier(e)s, mieux ressentie par la population à l'étude.

Parmi les stressseurs spécifiques à l'exercice infirmier en psychiatrie, la violence est le phénomène le plus fréquemment rapporté par les infirmier(e)s qui ont contribué à cette étude. Ces faits sont corroborés par les chiffres établis par la médecine du travail de l'établissement qui indiquaient une augmentation de plus de 42% des accidents de travail en lien avec ce type d'événement pour l'année 1998. À cette violence exprimée au travers des actes hétéroagressifs des patients envers le personnel soignant, s'ajoute celle plus institutionnelle liée au mandat psychiatrique qui confronte la loi et le soin.

Face à ces situations parfois extrêmes, ce sont les stratégies de recherche de soutien social, soit l'expression de ses émotions ou de son ressenti, le besoin de ne pas s'isoler, l'acceptation de la sympathie ou de la compréhension d'autrui, le besoin d'informations sur la situation qui sont privilégiées. Enfin, cette étude permet de confirmer le rôle important que le supérieur joue dans l'environnement de travail soignant, puisqu'il explique à lui seul, 35 % de la qualité de vie au travail des infirmier(e)s de cet étude.

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

La discussion menée à partir des résultats principaux de cette recherche, invite à quelques suggestions à l'endroit des organisations professionnelles dans un souci d'amélioration des pratiques et de développement de la recherche en sciences infirmières.

La gestion en soins infirmiers : un nouveau mode à définir

Nombre d'études en psychologie et psychopathologie du travail, en ergonomie et bien sûr en sociologie de la santé s'intéressent de plus en plus au travail comme élément déterminant de la santé. Pour Carpentier-Roy (1995) cet environnement qui constitue le terreau où s'expriment les rapports sociaux, mais aussi les différentes formes de stress liées aux contraintes du travail, occupe les deux tiers de l'existence d'un individu. Le contexte de rationalité économique et de contrôle budgétaire instauré en France depuis les années quatre-vingt a profondément modifié le paysage hospitalier et par là même, l'organisation du travail qui s'y rattache. Cette réforme structurelle forgée dans une logique quantitative, "faire plus avec moins", intègre désormais le "soin" dans une logique comptable et contribue *ipso facto*, à la perte d'un certain nombre de repères tant parmi le personnel infirmier, qu'au sein de l'encadrement direct. Ainsi, selon Dembinski (2000) le cadre infirmier, considéré comme responsable de l'opérationnalisation de la rationalisation des services hospitaliers par le haut encadrement (infirmières générales, direction des ressources humaines, direction générale) a vu l'ensemble de ses missions, le contenu de ses tâches, ainsi que ses méthodes de travail, se transformer ses quinze dernières années.

Plus que jamais, à l'aune de ces restructurations, l'encadrement général et direct doit recentrer un certain nombre de ses mandats sur les besoins du personnel infirmier. Ainsi dans la situation qui nous occupe, la perception d'un soutien suffisant à garantir une qualité de vie au travail optimum chez les infirmier(e)s doit constituer une priorité parmi les cadres gestionnaires. Favoriser l'esprit d'équipe et l'aide mutuelle en stimulant la collaboration et l'émulation à l'intérieur de l'équipe est un des objectifs à atteindre. Exploiter les ressources de formation continue, notamment dans le souci de mieux armer les infirmier(e)s face à la peur et à la culpabilité qu'engendrent les actes délictueux des patients à leur endroit, est également fondamentale. Enfin, il est primordial que le gestionnaire saisisse toute l'influence que la restructuration hospitalière actuelle exerce sur l'identité soignante. La transformation rapide des prises en charge, la désinstitutionnalisation, l'individualisation des actes de soins, sont autant d'éléments qui, s'ils augmentent l'autonomie des patients et des soignants, n'en fragilisent pas

moins les repères institutionnels. Il paraît donc indispensable de recréer, à l'intérieur du collectif dans son ensemble, cet "espace de parole" nécessaire, dont Carpentier-Roy (1995) dit qu'il inscrit les paroles devenues actions, relais essentiels à leur visibilité. On le voit, il s'agit d'une réflexion profonde qui doit s'engager tant au niveau des équipes et de leur hiérarchie notamment autour d'une redéfinition de leurs tâches respectives, que de l'organisation hospitalière qui tout en étant gestionnaire ne doit pas moins en rester humaine.

La pratique infirmière : un espace de relation

Les résultats avancés dans la présente étude, donnent à voir de l'importance de la communication à l'intérieur du collectif infirmier. Ainsi, la dimension relationnelle apparaît indiscutablement associée à la qualité de vie au travail. Dans ce contexte, il est inutile de répéter ce qui a été dit précédemment, mais plutôt d'insister sur le renforcement nécessaire de l'activité relationnelle entre collègues infirmiers. Cette dernière doit privilégier, outre l'aide à la quête d'informations et l'accompagnement émotionnel dans les situations difficiles, la valorisation entre les pairs, ciment nécessaire à la construction identitaire et au sentiment d'appartenance.

La recherche en sciences infirmières : des pistes à explorer

La présente recherche a permis de décrire et relier certains phénomènes propres à l'adaptation du personnel infirmier à son environnement de travail. Cette étude quantitative, bien qu'elle livre un certain nombre de données objectives n'a pas permis d'aborder d'autres aspects, tels que le discours subjectif des intéressés en situation de travail. Il nous paraît donc nécessaire de poursuivre la recherche sur les effets délétères du travail selon une approche qualitative. Cette perspective permettrait par ailleurs, de réintroduire certaines questions comme le poids du genre dans les rapports au travail du soin, soit les savoir-faire transférés de l'espace domestique aux tâches professionnelles. Enfin la recherche, parce qu'elle suit la pensée de celui ou celle qui la guide, est constamment nourrie et donc perpétuellement en action.

Conclusion

Cette étude, aboutissement d'un long travail de réflexion, prend place à l'intérieur d'un cheminement professionnel d'infirmière puis de cadre infirmier en service psychiatrique.

La qualité de vie au travail est sans conteste une préoccupation centrale de cette réflexion. Ainsi, s'il est couramment admis que le travail exercé par les infirmier(e)s comporte une lourde charge mentale et psychologique génératrice de stress et susceptible d'entraîner un épuisement professionnel, peu d'études ont jusqu'alors abordé ces environnements "stressogènes", sous l'angle plus positif de la qualité de vie au travail. Interrogée cette dernière c'est reconnaître son incidence non seulement sur le climat de travail, mais également sur la santé mentale des infirmier(e)s.

De façon générale, les infirmier(e)s qui ont participé à cette étude ressentent une qualité de vie au travail moyennement satisfaisante. De l'ensemble des caractéristiques évaluées, il appert que ce sont les besoins d'appartenance et de rôles sociaux qui soient les plus difficiles à équilibrer dans le cadre de leur travail.

Parmi les éléments qui préfigurent cette perception, les stressseurs spécifiques à leur exercice professionnel tels que la violence des patients à leur endroit, ou encore les procédures coercitives dans le cadre des contraintes à l'hospitalisation, constituent des confrontations stressantes majeures. Les conflits professionnels, bien que non spécifiques à ce type d'exercice, sont également perçus avec une forte intensité par les répondant (e)s.

Le climat relationnel est un facteur déterminant de la qualité de vie au travail de ces infirmier(e)s. Ainsi, la cohésion entre les pairs et surtout le soutien du supérieur, bien que moyennement perçus sont des prédicteurs significatifs de la qualité de vie au travail. Plus spécifiquement, c'est par leur intermédiaire que la recherche de soutien social va agir à l'endroit des stressseurs perçus. Ces résultats confirment que le soutien au travail, bien qu'il ne soit pas le seul déterminant de la santé des infirmier(e)s, agit significativement sur celle-ci et représente donc un enjeu majeur pour les stratégies managériales futures.

En France, les établissements de soins vivent une période de mutation intense : mécanisme régionalisé de réallocation budgétaire, fusion, reconversion, redéploiement, voire fermeture d'établissements, responsabilisation des acteurs. À l'aune de ces restructurations imposées par les pressions économiques, les personnels infirmiers, mais également cadres sont en première ligne parce que garants du maintien de la qualité des soins. Ce contexte évolutif de transformation n'a pas fait l'objet d'un développement spécifique dans le contexte de cette recherche, mais nous pouvons supputer qu'il vient exercer une pression interne et externe sur les aspects de l'environnement de travail des infirmier(e)s tels qu'abordés dans cette étude. Parallèlement, les missions des cadres infirmiers se sont radicalement transformées dans le schéma structurel actuel. Ces modifications institutionnelles font désormais apparaître la fonction d'encadrement non plus sous l'intitulé de "surveillant(e)" chargé de faire respecter les règles et traditions hospitalières, mais de "cadre" amené à stimuler et accompagner le changement. Dans cette perspective, il peut être présumé de la difficulté de ces derniers à concilier les impératifs transformationnels avec les besoins spécifiques du personnel infirmier.

Dans une perspective de recherche future, il nous paraît essentiel de mesurer les écarts existants entre les modèles de gestions actuelles essentiellement "rationnalisateur" et le contexte du travail réel et concret du soin. Par ailleurs, interroger le modèle de formation cadre mais également la transformation identitaire qu'il implique à l'endroit des infirmier(e)s devenus gestionnaires, nous paraissent fondamentaux à la compréhension de ces pratiques managériales et de leur influence à l'endroit de l'univers organisationnel du travail en soins infirmiers.

Références

- Aldwin, C.M., & Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relationship between coping and mental health. Journal of Personality and Social Psychology, 53(2), 337-348.
- Andrews, H.A., & Roy, C. (1991a). Essentials of the Roy adaptation model. In C., Roy, & H.A., Andrews, The Roy adaptation model : The definitive statement (p. 3-25). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Antonovsky, A. (1974). Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In B. Dohrenwend, & B. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events : Their nature and effects (pp. 245-258). New York : Wiley.
- Aubert, N. (1999). Le management par l'urgence. In I. Brunstein (Eds.), L'homme à l'échine pliée: réflexions sur le stress professionnel (p. 29-61), Paris, Desclée de Brouwer.
- Aubert, N., & Pagès M. (1989). Le stress professionnel. Editions Klincksieck : Paris.
- Avallone, I., & Gibbon, B. (1998). Nurses' perceptions of their work environment in a nursing development unit. Journal of Advanced Nursing, 27, 1193-1201.
- Baker, G.A., Carlisle, C., Riley, M., Taper, J., & Dwey, M. (1992). The work environment scale : a comparison of british and north american nurses. Journal of Advanced Nursing, 17, 692-698.
- Bandura, A. (1977). Health, stress and coping. San Francisco : Jossey-Bass.
- Barrera, M. Jr. (1986) Distinctions between social support concepts, measures and models. American Journal of Community Psychology, 14, 415-445.
- Beaulieu, D. (1993). Description du stress et des stratégies de coping chez les infirmières en soins prolongés. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Billing, A.G & Moos, R.H. (1981). The role of coping response and social resources in attenuating the stress of live events. Journal of Behavioral Medecine,(2), 139-157.

- Blegen, M.A. (1993) Nurses job satisfaction : a meta-analysis of related variables. Nursing Research, 42(1), 36-41.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. Revue Canadienne des sciences du comportement, 27(30), 371-377.
- Boyle, A., Grap, J. M., Yonger, J., & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care. Journal of Advanced Nursing, 16, 850-857.
- Bozzini, L., & Tessier, R. (1985). Support social et santé. Document du laboratoire de Recherche en Écologie Humaine et Sociale. Montréal : UQAM.
- Bruhn, J., & Philips, B. (1984). Measuring social support : A synthesis of current approaches. Journal of Behavior Medicine, 7, 151-169.
- Burns, N., & Grove, S.K. (1993). The practice of nursing research : conduct, critique and utilization. 2^e éd. Toronto : W.B.
- Cannon, W. B. (1929). Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage : An account of recent research into function of emotional excitement. 2nd Ed. New York : Appleton.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health : lectures on concept development. New York : Behavioral Publications.
- Carlisle, C., Baker, G.A., Riley, M., & Dewey, M. (1994). Stress in midwifery : a comparison of midwives and nurses using the work environment scale. International Journal of Nursing Studies, 31(1), 13-22.
- Carpentier-Roy, M.C. (1995). Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier, 2^e éd. augmentée. Montréal, Liber.
- Carson L., Fagin, L., & Ritter, S. (1995). Stress and coping in mental health nursing. Chapman & Hall, London.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Epidemiology, 104, 107-123.

- Ceslowitz, S.B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. Journal of Advanced Nursing, 14, 553-557.
- Chanlat, J.F. (1990). L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées. Les Presses de l'université de Laval, Éditions Eska.
- Chanlat, J.F. (1999). Nouveaux modes de gestion, stress professionnel et santé au travail. In I. Brunstein (Eds.), L'homme à l'échine pliée: réflexions sur le stress professionnel (p. 29-61), Paris : Desclée de Brouwer.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- Cognet, M. (1999). Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports professionnels : une étude de cas dans un établissement public de santé de la région île-de-France. Villeneuve d'Ascq : Éditions du Septentrion.
- Cohen, S., & Willis, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(2), 310-357.
- Cole, A. (1992). High anxiety. Nursing Time, 88(12), 26-30.
- Constable, J.F., & Russel, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. Journal of Human Stress, 12(1), 20-26.
- Cresson, G., Schweyer, F.X. (2000). Professions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques. Rennes : Éditions ENSP.
- Cronin-Stubbs, D., & Brophy E.B. (1985). Burnout : can social support save the psychiatric nurse. Journal of Advanced Nursing 14, 553-557.
- Dantchev, N. (1989). Stratégies de coping et pattern A coronarogène. Revue de médecine psychosomatique, 17, 21-30.
- Dantzer, R. (1989a). L'illusion psychosomatique. Paris : Odile Jacob.
- Davis, L.E., & Cherns, A.B. (1975). Quality of working life : volume 2. New York : Free Press.

- Dawkins, J.E., Deep, F., & Selzer, N. (1985). Stress and the psychiatric nurse. Journal of Psychosocial Nursing, 23(11), 9-15.
- Delmas, P. (1999). Relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Delmas, P., Escobar, M., & Duquette, A. (2001). Validation d'une version francophone d'une mesure de la qualité de vie au travail. Accepté pour publication à l'infirmière du Québec.
- Dembinski, O. (2000). L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant. In G. Cresson & F.X, Schweyer (Eds). Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. (p. 47-57). Rennes : Éditions ENSP.
- Donaldson, S.K., & Crowley, D.M. (1978). The discipline of nursing. Nursing Outlook, 26, (2), 113-120.
- Ducharme, F. (1994). Conjugal support, coping, behaviors and psychological well-being of elderly spouse. Research on Aging, 16(2), 167-190.
- Ducharme, F., Stevens, B., & Rowat, K. (1994). Social support : Conceptual and methodological issues for research in mental health nursing. Issues in Mental Health Nursing, 15 373-392.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1987). Correlates of social support receipt. Journal of Personality and Social Psychology, 53(1), 71-80.
- Dunn, L., & Ritter, S. (1995). Stress in mental health nursing : a review of the literature. In L.Carson, L. Fagin & S. Ritter (Eds). Stress and coping in mental health nursing, Chapman & Hall. London, pp. 29-45.
- Duquette, A., Kérouac, S., & Beudet, L. (1990). Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier : un examen critique d'études empiriques. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

- 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, 337-358.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K., & Saulnier, P. (1994). Gestion du stress en soins infirmiers : une approche novatrice. Soins Formation-Pédagogie-Encadrement, 9, (1^{er} trimestre), 48-55.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K., & Saulnier, P. (1995).   tude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K., Ducharme, F., & Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. International Journal of Nursing Studies, 32(5), 443-456.
- Duquette, A., Ducharme, F., Ricard, N., Lévesque, L., & Bonin, J.P. (1996).   laboration d'un modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé du modèle de Roy. Recherche en soins infirmiers, 44, 61-69.
- 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.
- Duquette, A., Sandhu, B.K., & Kérouac, S. (1994a). Facteurs liés au fonctionnement d'une unité de soins d'un centre hospitalier régional offrant des soins de courte durée. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Durkheim, E. (1986). Le suicide.   tude de sociologie (1897). Paris Puf.
- Dutcher, L.A., & Adams, C.E. (1994). Work environment perceptions of staff nurses and aides in home health agencies. Journal of Nursing Administration, 24(10), 24-30.
- Ehrenfeld, M. (1995). Identifying the coping behaviors used by nurses in intensive care. Nursing Standard 9(32), 27-30.

- Ehrenfeld, M., & Cheifez, FR. (1990). Coping with stress. Journal of Advanced Nursing, 15, 1002-1008.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. Applied Psychology: An International Review, 39, (3), 275-291.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. Journal of Applied Psychology, 69, 615-622.
- Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. F.A. Davis Co: Philadelphia. 1-35.
- Fielding, J., & Weaver, S.M. (1994). A comparison of hospital and community based mental health nurses : perceptions of their work environment and psychological health. Journal of Advanced Nursing, 19, 1196-1204.
- Firth, H., McIntee, J. Keown, P., & Britton, P. (1986). Interpersonal support amongst nurses at work. Journal of Advanced Nursing, 11, 273-282.
- Folkman, S, Lazarus, R.S. (1985). If it changes, it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48(1), 150-170.
- Folkman, S, Lazarus, R.S. (1985). Ways of coping (revised). Unpublished manuscript. University of California, Berkeley, Stress and Coping Project. Psychology Department.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50(3), 571-579.
- Folkman, S, Lazarus, R.S. (1988).The relationship between coping and emotion : implications for theory and research. Social Sciences and Medecine, 26(3), 309-317.
- Fong, C.M. (1993). A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkeley.

- Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation. Québec : Décarie .
- Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In M.H. Appley & R. Trumbull, Eds. Dynamic of stress : Physiological, Psychological, and social perspectives. pp. 101-116. New York : Plenum.
- Freundenberger, H.J. (1980). Burn-out : the high cost of high achievement. 1^{re} éd. Garden City, New York : Anchor Press.
- Gagnon, L. (1988). La qualité de vie de paraplégiques et quadruplégiques. Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- Ghiglione, R., Beauvois, J.L., Chabrol, C., & Trognon, A. (1980). Manuel d'analyse de contenu. Paris : A. Colin.
- Gottlieb, B.H. (1983). Social support strategies : Guidelines for mental health practice. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- Harrisson, M. (1997). Hardiesse, soutien en milieu de travail et détresse psychologique d'infirmières auxiliaires francophones au Québec. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Havlovic, S.J. (1991). Quality of work life and human resource outcomes. Industrial Relations, 30, 469-479.
- Helson, H. (1964). Adaptation-level theory. New York : Harper & Row.
- House, J.S., & Wells, J.A. (1978). Occupational stress, social support and health. In reducing Occupational Stress : Proceedings of a conference. A. McLean, G. Black, and M. Colligan (Eds.), DHEW (NIOSH) Publication 78-140.
- House, J.S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Insel, P.M., & Moos, R.H. (1974). Work Environment Scale - Form R. Paolo Alto (California) : Consulting Psychologists Press.
- Jaloweic, A. (1989). Jaloweic Coping Scale scoring procedures, unpublished data.

- Jennings, M.B. (1987). Social support : A way to a climate of "caring" Nursing Administration Quarterly, 11,(4), 63-71.
- Jones, J.W. (1980). The staff burnout scale for health professionals. Park Ridge, II : London House.
- Jones, A. (1989). Liaison consultation psychiatry - The CPN and clinical nurse specialist. Community Psychiatric Nursing Journal, 9(2), 7-14.
- Jones, J., Janman, K., Payne, R., & Rick, J. (1987). Some determinants of stress in psychiatric nurses. International Journal of Nursing Studies, 24(2), 129-144.
- Kérouac, S., Duquette, A., & Sandhu, B.K. (1992a). Système pour dispenser des soins infirmiers, une étude de cas du système modulaire. Cahier de recherche 1 en administration des soins infirmiers. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Kierman, W.E., & Knustson, K. (1990). Quality of work life. In R. Schalock (Eds.). Quality of life : Perspectives and issues, (p. 101-114). Washington, D.C : American Association on Mental Retardation.
- Kierman, W.E., & Marrone, J. (1995). Quality of work life for persons with disabilities : emphasis on the employee. In R. Schalock (Eds.). Quality of life volume 2 : Applications to persons with disabilities (p.63-77). Washington, D.C : American Association on Mental Retardation.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality : Toward a social psychology of stress and health. In G.S. Sanders & J. Suls (Eds.), Social psychology of health and illness (pp. 3-32). Hillsdale NJ : Lawrence Erlbaum.
- Kobasa, S.C., Maddi, S., & Khan, S. (1982). Hardiness and health : A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 168-177.
- Krause, N. (1989). Issues of measurement and analysis in studies of social support, aging and health. In K. Markides & C. Cooper (Eds.), Aging, stress and health (pp. 43-66). Toronto : John Wiley & Sons.

- LaRocco, J.M., House, J.S., & French, J.R.P. (1980). Social support, occupational stress, and health. Journal of Health and Social Behavior, 21(3), 202-218.
- Lazarus, R.S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment, in L.A. Pervin and M. Lewis, Perspectives in interactional Psychology, pp. 287-327, New York, Springer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York : Springer.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research : Past, Present, and Future. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
- Lee, M.D., & Kanungo, R.N. (1984). Management of work and personal life. New York : Praeger.
- Levesque, L; Cossette, S., & Laurin, L. (1995). A multidimensional examination of the psychological and social well-being of caregivers of demented relative. Research on Aging, 17, 332-360.
- Liem, R., & Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered : The role of economic stress and social support. Journal of Health and Social Behavior, 19, 139-156.
- Long, CL. G., Williams, M., & Hollin CL. R. (1995). Staff perceptions of organization change of treatment delivery on an addiction unit. Journal of Advanced Nursing 21, 759-765.
- Loscocco, K., & Rochelle, A. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life : two decades in review. Journal of Vocational Behavior, 39, 182-225.
- Maddi, S.R., & Kobasa, S.C. (1984). The Hardy executive : health under stress. Homewood III : Dow Jones-Irwin.
- Margall, M.A. (1999). Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes d'Espagne. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal. Montréal.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory, Research edition. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). The burnout syndrome in the health professions. In G. Sanders & J. Suls (Eds), Social Psychology of Health and Illness, pp. 126-156 Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
- McAbee, R. (1991). Occupational stress and burnout in the nursing profession : A model for prevention. AAOHN Journal, 39,(12) 568-575.
- Michaud, S. (1991). Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal. Montréal.
- Mirvis, P.S., & Lawler, E.E. (1984). Accounting for the quality of work life. Journal of Occupational Behavior, 5, 197-212.
- Mitchell, R., & Trickett, E. (1980). Social networks as mediators of social support : An analysis of the effects and determinants of social networks. Community Mental Health Journal, 16, 27-44.
- Mohl, P.C., Denny, N.R., Mote, T.A., & Coldwater, C. (1982). Hospital unit stressors that affect nurses : primary task VS social factors. Psychosomatics, 23(4), 366-374.
- Monceau, M. (1998). Des pensées et des actes en santé mentale. Europe: Gaëtan Morin
- Moos, R.H. (1973). Conceptualizations of human environments. American Psychologist, 28(8), 652-665.
- Moos, R.H., & Brownstein, R. (1977). Environment and Utopia. New York : Plenum Press.
- Moos, R.H. (1986). Work Environment Scale Manual (2nd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Moos, R.H. (1994). Work Environment Scale Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Morissette, F. (1993). Facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmières francophones œuvrant aux soins intensifs au Québec. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.

- Munro, L., Rodwell, J. Harding, L. (1998). Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model : the value of social support to nurses. International Journal of Nursing Studies, 35, 339-345.
- Norbeck, J. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. Nursing Research, 34,(4) 225-230.
- Norusis, M.J. (1990). SPSS-PC+4.0 Base manual for the IBM PC/XT/AT and PS2. Chicago, JL : SPSS Inc.
- Nuissier, J. (1994). Le contrôle perçu et son rôle dans les transactions entre individus et événements stressants. In M. Bruchon-schweitzer et R. Dantzer (eds). Introduction à la psychologie de la santé, Paris : PUF.
- O'Brien-Pallas, L.L., Baumann, A., & Villeneuve, M.J. (1994). The quality of nursing work life. In J.M. Hibberd & M.E. Kyle (Eds), Nursing Management in Canada, (pp. 391-409). Toronto: WB Saunders Canada.
- Parades, F.C. (1982). The relationship of psychological resources and social support to occupational stress and burnout in hospital nurses. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Houston. Houston.
- Paulhan, I, & Bourgeois, M. (1995). Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris : PUF.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. L'Année psychologique, 92, 545-557.
- Paulhan, I., Nuissier, J., Quintard B., Cousson, F. & Bourgeois M. (1994). La mesure du « coping », traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano. Annales médico-psychologiques, 152 (5), 292-299.
- Paulhan, I., Quintard, B.(1994). La psychologie de la santé : une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de la maladie. Annales médico-psychologiques, 10, 665-673.
- Peddicord-Whithey, M., & Putzier, D.J. (1994). Measuring nurses satisfaction with the quality of their work and work environment. Journal of Nursing Care Quality, 8(3), 43-51.

- Pelletier, M.C. (1986). Burnout chez les infirmières travaillant en milieu psychiatrique. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., Lévesque, L., Ricard, N., & Duquette, A.. (1993). Développement d'un programme de recherche basé sur une conception de la discipline infirmière. The Canadian Journal of Nursing Research, 26(1), 41-46.
- Pines, A.M., Aronson, E., & Kafry, D. (1982). Se vider dans la vie et au travail. Montréal : Le Jour.
- Plante, A. (1993). Le stress occupationnel, l'épuisement et le soutien professionnel des infirmières œuvrant auprès de personnes atteintes de cancer en phase terminale. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Rasclé, N. (1994), Le soutien social dans la relation stress-maladie. In M. Bruchon-Schweitzer & R. Dantzer (Eds). Introduction à la psychologie de la santé, (p. 125-149), Paris : PUF.
- Ricard, N., Fortin, F., Bonin, J.P. (1995). Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission. Rapport soumis au Conseil Québécois de la Recherche sociale. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Roy, C. & Andrews, H.A.C. (1991). The Roy adaptation model : The definitive statement. Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Sashkin, M., & Burke, W.W. (1987). Quality of work life. Journal of Management, 13, 393-418.
- Saulnier, P. (1993). Influence du soutien au travail sur le stress, les stressés, les stressés occupationnels et l'épuisement professionnel d'infirmières en gérontologie. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Savignac, P. (1993). Perceptions des stressés en soins infirmiers, hardiesse et bien-être psychologique d'infirmières de soins de longue durée. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Selye, H., (1956). Le stress de la vie. Paris : Gallimard.

- Shaefer-Moore, K. & Peterson, K. (1992). Effectiveness of coping strategies among critical care nurses. Dimensions of Critical Care Nursing, 11(1), 28-34.
- Shye, S. (1979). A systematic facet theoretical approach to the study of quality of life. Jerusalem : The Israel Institute of Applied Social research.
- Shye, S. (1985a). Non metric-multivariate models for behavioral action systems. In D. Canter (Ed.). Facet theory : Approaches to social research. New York : Springer.
- Sullivan, P. J. (1993). Occupational stress in psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing, 18, 591-601.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies. Health Psychology, 4, 249-288.
- Sutherland, V.J., & Cooper, C.L. (1990). Understanding stress : a psychological perspective for health professionals. Chapman & Hall, London.
- Sutherland, V.J., & Cooper, C.L. (1993). Identifying distress among general practitioners : predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. Social Science Medecine, 37, 575-581.
- Turnipseed, D. (1992). Anxiety and perceptions of the work environment variables and moderators on the burnout syndrome. Journal of Social Behavior and Personality, 7(3), 375-394.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. Journal of Applied Social Psychology, 24(9) 782-800.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail : Bilan et orientations du Québec en matière de santé mentale au travail. Québec: Gaëtan Morin.
- Vitaliano, P.P., Russo, J.E., Mairu, R.D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist : revision and psychometric properties. Multivariate Behavioral Research, 20, 3-26.
- VonBertalanffy, L. (1968). General system theory. New York : George Braziller.

- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Eds), Doing unto others. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms : an investigation of interactive models. Journal of Health and Social Behavior, 24, 208-229.
- Zeffane, R.M. (1994). Correlates of job satisfaction and the implication for work redesign : A focus on the Australian Telecommunications Industry. Public Personal Management, 23(1), 61-76.

Appendices

Les trois instruments de mesure utilisés ainsi que le questionnaire socio-démographique ont été retirés du présent document pour raison de droits d'auteurs

Appendice A

Instrument de la mesure du soutien au travail

Appendice B

Instrument de la mesure des stratégies de *coping*

Appendice C

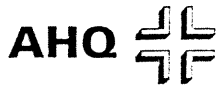
Instrument de la mesure de la qualité de vie au travail

Appendice D

Les caractéristiques sociodémographiques

Appendice E

Les autorisations d'utilisation des instruments



Le 15 février 2000

[REDACTED]

Madame,

En réponse à votre lettre du 10 février 2000, je vous autorise à utiliser, dans le cadre précis de votre recherche, l'instrument de mesure intitulé « L'échelle de l'environnement de travail (EET) ». Cet instrument est la version que j'ai traduite et adaptée du « Work Environment Scale » (WES) de Paul M. Insel et Rudolf H. Moos (1974).

J'aimerais que des spécifications concernant la traduction et l'origine de l'échelle de mesure (WES de Insel et Moos) apparaissent sur votre questionnaire et à l'intérieur de vos documents.

Enfin, je vous souhaite du succès dans votre démarche de recherche et j'apprécierais, si cela est possible, recevoir une copie de vos résultats de recherche ayant pour but d'étudier les relations entre le soutien au travail, le *coping* et la qualité de vie d'infirmières françaises oeuvrant en psychiatrie.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

[REDACTED]

Suzanne L. Michaud, inf., M. Sc.
Conseillère, Soins infirmiers
SLM/sm

De : Bruno Quintard <[REDACTED]>

À : [REDACTED]

Date : lundi, février 14, 2000 04:23

Objet : autorisation d'utiliser la forme française de la WCC

Chère Mademoiselle,

C'est avec plaisir que je vous autorise à utiliser la forme française de l'échelle de coping de Vitaliano et al. (1985).

J'aimerais , si possible, être informé de l'objet de votre recherche et des résultats que vous obtiendrez.

Bien cordialement,

Bruno Quintard
Maître de Conférences en Psychologie de la Santé

De : Dov Elizur <[REDACTED]>

À : Patricia Carlier <[REDACTED]>

Date : mardi, février 22, 2000 03:17

Objet : Re: Scale "Quality of work life"

Dear MS Carlier,

You may use the QWL questionnaire, I would appreciate to see the results of your study.


DE

--

Prof. Dov Elizur, Graduate School of Business

Bar Ilan University, Ramat Gan, Israel

Tel/fax 972 2 534 2506, e-mail: [REDACTED]



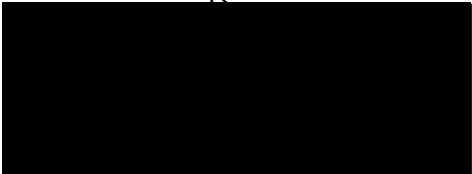
le 2 août 2000

Chère Patricia

C'est avec plaisir que je t'autorise à utiliser l'échelle de la qualité de vie au travail en traduction française de l'échelle de Elizur et Shye (1990). L'article retenu à la publication par la Revue de l'Infirmière Québécoise peut te servir de base de travail. C'est avec plaisir que j'aimerais bénéficier de tes résultats psychométriques obtenus sur cette échelle.

Bonne continuation et bon courage pour la suite de tes études

Philippe Delmas.- inf. Ph.D candidat



Appendice F

Le protocole de recherche

Projet de recherche

par Patricia Carlier

Ce document est une présentation du projet de recherche que je suis amenée à compléter dans le cadre d'un cursus universitaire que je poursuis actuellement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la direction du professeur André Duquette. Préalablement, j'ai obtenu l'autorisation de conduire cette étude auprès de Mr Marchandet, Directeur de cet établissement et de Mme Lacoste, Directrice du Service de Soins Infirmiers. Par ailleurs, les objectifs poursuivis et le but de cette recherche ont été présentés aux cadres supérieurs infirmiers lors d'une réunion du collège en présence de l'infirmière générale.

Je vous remercie donc de m'accorder quelques minutes de votre temps pour lire ce document qui vous présentera l'axe général de cette recherche, la nécessité de votre collaboration pour mener à bien ce projet, ainsi que les différentes modalités de participation à l'étude.

LE CONTEXTE

Depuis plusieurs années notre système de santé est inscrit dans une conjoncture de rationalité économique qui entraîne un certain nombre de restructurations au sein même des organisations hospitalières. Les hôpitaux psychiatriques ne sont pas épargnés par ce phénomène et chacun d'entre-vous a pu constater des changements dans son environnement de travail.

Cette recherche, menée avec votre collaboration doit nous permettre de mieux cerner les facteurs qui influencent votre qualité de vie au travail.

PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

Pour participer à cette étude, il est nécessaire que vous soyez **infirmier(e) diplômé(e), travaillant dans une unité d'hospitalisation temps plein pour adultes**, quels que soient vos horaires de travail. Votre contribution consistera à répondre à un questionnaire auto-administré qui prendra 15 à 20 minutes de votre temps et que vous devrez compléter individuellement et dans un endroit calme. Cette collaboration s'inscrit sur la base du volontariat, donc à la réception du questionnaire vous serez entièrement libre de le compléter ou non. Il s'agit d'un questionnaire strictement anonyme dans lequel votre nom n'apparaît à aucun moment.

ANONYMAT

Le droit à l'anonymat sera respecté à tous les temps de l'enquête, tant au niveau du retour des questionnaires qui s'effectuera sous enveloppe de courrier interne cachetée, que du tri des données qui seront codées et suffisamment agglomérées ce qui rend toute identification personnelle impossible.

MODALITÉS DE L'ENQUÊTE

Les questionnaires ainsi qu'une enveloppe de retour vous seront remis par le cadre infirmier, responsable de l'unité de soin. Vous aurez un délai de deux semaines (14 jours) pour compléter les questionnaires qui vous seront adressés le ----- . Les questionnaires complétés et cachetés par vos soins seront réceptionnés par la personne ressource qui me servira de relais sur le terrain. Une semaine après la distribution des questionnaires, une lettre de rappel vous sera envoyée afin de rappeler le délai de réponse.

PERSONNE RESSOURCE

Au moment de la passation des questionnaires je ne serai pas en France, c'est pourquoi une personne ressource a été nommée en accord avec la Direction du Service de Soins Infirmiers, pour communiquer avec vous en tant que de besoin. Elle pourra répondre à toutes questions ou préoccupations concernant cette étude et restera en contact régulier avec moi.

Mme Boulanger Catherine

Cadre Infirmier détachée à la Direction du Service de Soins Infirmiers

Téléphone : XXXXXXXXXX

RÉSULTATS

La qualité de vie au travail est un phénomène d'intérêt tant pour les infirmier(ère)s que vous êtes que pour les futur(e)s diplômé(e)s. Outre la mise à disposition d'un exemplaire du mémoire à la bibliothèque de l'hôpital ainsi qu'à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, je proposerai une communication des résultats dès que disponibles.

Appendice G

Le dossier d'éthicité

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE


Titre du projet : « Relation entre le soutien au travail, les stratégies de *coping* et la qualité de vie d'infirmier(ère)s travaillant en psychiatrie. »

Sous la direction de : André Duquette

À la réunion du 17 avril 2000, six membres du CERSS étaient présents. Ce sont : le président par intérim, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

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 : 31 mai 2000 au 1^{er} décembre 2000.



Claude Giasson, O.D. Ph.D.
Président par intérim, CERSS
Faculté des sciences infirmières
Tél.: (514) 343-7619, (514) 343-5946

Le 31 mai 2000.



VILLE-ÉVRARD

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

Dans le cadre de son projet de recherche pour l'obtention de la maîtrise en Sciences Infirmiers, Madame Patricia CARLIER, Cadre Infirmier a demandé au Directeur de l'hôpital et au Directeur en Soins Infirmiers, l'autorisation d'effectuer son enquête auprès des infirmiers de l'établissement.

Elle a suivi et respecté scrupuleusement la démarche préconisée en matière d'éthique professionnelle. Ainsi, elle a présenté son thème, la méthodologie choisie et les outils utilisés, tant auprès des dirigeants que des responsables de services.

En ce sens, Madame CARLIER a bien mis en application les règles et recommandations à suivre dans un cadre déontologique et éthique et s'est appuyée sur des valeurs telles que le sens des responsabilités, le sens de la formation, l'autonomie requise dans ce type de démarche.

Les responsables de l'établissement représentés par le Directeur de l'établissement et le Directeur du Service de Soins Infirmiers garantissent que Madame CARLIER respecte les règles éthiques et professionnelles en valeur dans la pratique soignante de l'hôpital.

Le Directeur
Ch. MARCHANDET



L'infirmière Générale
D. LACOSTE



Le -----

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Comme vous avez pu en prendre connaissance dans le document « renseignement aux participants » mis à votre disposition dans le service le -----, j'effectue une recherche qui s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la direction du Professeur André Duquette.

Le but de cette recherche est d'étudier les indicateurs de la santé au travail des infirmier(ère)s exerçant dans un environnement de travail contraignant, telles que peuvent l'être les unités d'hospitalisation psychiatrique.

Préalablement, j'ai obtenu l'autorisation de mener cette étude auprès de la direction de l'établissement et du service de soins infirmiers.

Votre contribution sera de compléter le questionnaire ci-joint et de le remettre sous enveloppe cachetée (ci-jointe) au cadre infirmier de l'unité de soins à laquelle vous êtes rattaché(e). Mme Boulanger Catherine, mandatée par la D.S.S.I. comme personne ressource pour cette recherche, en prendra possession dans deux semaines (14 jours), soit (à compléter).

Je vous rappelle que ce questionnaire est strictement anonyme, le codage et l'agglomération des données respectent la conservation de votre anonymat à tous les temps de l'enquête. De plus, vous veillerez personnellement à cacheter votre enveloppe de retour. Votre collaboration est entièrement volontaire et nécessite 15 minutes de votre temps. Je vous recommande de compléter le questionnaire dans un endroit calme et de façon individuelle.

Une note de rappel sera affichée dans votre unité de soins 1 semaine après la distribution des questionnaires, afin de vous rappeler la date limite.

Les indicateurs de santé au travail des infirmières et infirmiers sont d'un grand intérêt, tant pour les soignants que nous sommes que pour l'organisation hospitalière dont nous dépendons. Consciente de cet intérêt, je proposerai une communication des résultats au sein de l'établissement, dès que disponibles.

Vous remerciant sincèrement de votre précieuse collaboration, je vous souhaite bonne lecture.

Patricia Carlier [REDACTED]

André Duquette, Professeur titulaire

Courrier électronique : [REDACTED]

Faculté des sciences infirmières

Pavillon Marguerite d'Youville