

2M11.2553.1

Université de Montréal

Hardiesse, soutien en milieu de travail et  
détresse psychologique  
d'infirmières auxiliaires francophones au Québec

par

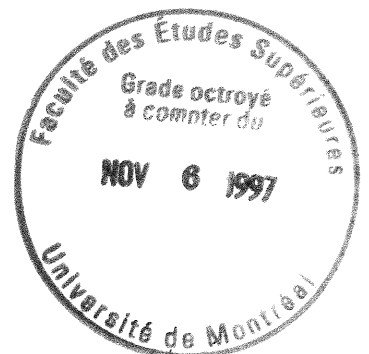
Madelaine Harrisson

Faculté des sciences infirmières

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

Avril, 1997

© Madelaine Harrisson



WY

5

U58

1997

V.020

ex. 3

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Hardiesse, soutien en milieu de travail et  
détresse psychologique  
d'infirmières auxiliaires francophones au Québec

présenté par:

Madelaine Harrisson

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Jocelyne St-Arnaud-----président-rapporteur

André Duquette-----directeur de recherche

Carmen Loisselle-----codirectrice de recherche

France Morissette-----membre du jury

29 juillet 1997

Mémoire accepté le -----

## Sommaire

Cette recherche corrélacionnelle a pour but d'examiner les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec. La théorie de Maddi et Kobasa (1984) a servi de cadre théorique dans cette étude. Les variables ont été mesurées à l'aide des versions françaises des instruments suivants: la Hardiness Scale (Kobasa, 1990), le Work Relationship Index (WRI), (Moos, 1986) et le Psychiatric Symptom Index (PSI) (Ilfeld, 1976). La population de l'étude a été constituée par l'ensemble des infirmières auxiliaires francophones oeuvrant au Québec et enrégistrées à l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Un échantillon aléatoire de 300 infirmières auxiliaires a été sélectionné. Le questionnaire auto-administré a été envoyé au domicile des infirmières auxiliaires sélectionnées. Après une lettre de rappel, un taux de réponses de 57% a été obtenu. L'analyse des données a été effectuée à l'aide de statistiques descriptives et inférentielles. Les répondantes sont majoritairement des femmes (87,1%), âgées en moyenne de 42,46 ans, mariées ou vivant en union libre (78,4%), ayant à leur charge un ou deux enfants (51,50%), travaillant à temps plein (52,30%), ayant en moyenne 18,70 ans d'expérience à titre d'infirmière auxiliaire, dont 10,85 ans à la même unité, et travaillant le plus souvent sur le quart de jour (39,20%). Les résultats de l'étude démontrent que dans leur ensemble les répondantes sont assez hardies, qu'elles perçoivent un soutien modéré en milieu de travail et que cinq



repondantes sur dix sont dans un état de détresse psychologique sévère. Egalement, les résultats de cette étude ont confirmé les relations entre trois concepts de la théorie de Maddi et Kobasa (1984). En effet, il existe une relation statistique significative, positive et faible entre la hardiesse et le soutien au travail ( $r = 0,27$ ;  $p < .001$ ). De même, les résultats démontrent l'existence d'une relation statistique significative, négative et faible entre le soutien au travail et la détresse psychologique ( $r = -0,21$ ;  $p < .001$ ). Les résultats de l'étude démontrent enfin une relation statistique significative, négative et modérée entre la hardiesse et la détresse psychologique ( $r = -0,42$ ;  $p < .001$ ). Ces résultats doivent être interprétés en tenant compte des limites de cette étude. En effet, il s'agit d'une étude transversale qui ne permet pas de vérifier la direction des relations proposées dans la théorie de Maddi et Kobasa (1984). Ajoutons le fait que c'est la première fois que les instruments de mesure ont été utilisés auprès d'infirmières auxiliaires francophones du Québec. L'étude a aussi confirmé le rôle médiateur de la hardiesse dans la relation entre le soutien au travail et la détresse psychologique. Les recherches futures pourraient porter sur la perception des infirmières auxiliaires quant à l'intensité et la fréquence des stressseurs dans différents milieux de travail et sur les types de stratégies d'adaptation utilisées pour faire face aux stressseurs occupationnels. Enfin, des devis de recherche longitudinaux sont recommandés afin de mieux connaître l'influence réciproque entre les variables, de même que l'évolution de ces phénomènes dans le temps.

## Table des matières

	Page
Sommaire	i
Liste des tableaux	vii
Listes des figures	xi
Remerciements	x
Introduction	1
Chapitre premier	
Problème de recherche	5
But de l'étude	13
Question de recherche	14
Chapitre deuxième	
Recension des écrits	15
Cadre théorique	16
Hardiesse	20
Soutien au travail	31
Détresse psychologique	41
Hypothèses de recherche	50
Chapitre troisième	
Méthode	53
Type d'étude	54

Table des matières  
(suite)

	Page
Population et échantillon	54
Milieu	55
Déroulement de la collecte de données	55
Considérations éthiques	56
Définition des variables	57
Instrument de mesure	59
Mesure de la hardiesse	59
Mesure du soutien au travail	61
Mesure de la détresse psychologique	63
Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques	67
Limites méthodologiques	67
Plan d'analyse de données	67
 Chapitre quatrième	
Présentation des résultats	70
Description de l'échantillon	71
Description des variables	75
Hardiesse	76
Soutien au travail	77
Détresse psychologique	79
Vérification des hypothèses	84
Analyses complémentaires	89
 Chapitre cinquième	

Table des matières  
(suite)

	Page
Interprétation et discussion des résultats	96
Un échantillon représentatif	97
Des infirmières auxiliaires assez hardies	98
Les infirmières auxiliaires perçoivent un soutien au travail	101
Bon nombre d'infirmières auxiliaires rapporte un état avancé de détresse psychologique	103
La hardiesse est associée au soutien au travail	106
Le soutien au travail est relié à la détresse psychologique	107
Deux phénomènes interreliés: la hardiesse et la détresse psychologique	108
Recommandations	113
Recommandation pour la recherche	114
Recommandation pour la formation	114
Recommandation pour la gestion	115
 Conclusion	 117
Références	120
 Appendices	 xi
Appendice A Echelle de la hardiesse	xii

Table des matières  
(suite)

	Page
Appendice B Echelle du soutien au travail	xvi
Appendice C Echelle de la détresse psychologique	xviii
Appendice D Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques	xx
Appendice E Lettres d'autorisation pour les instruments de mesure	xxii
Appendice F Correspondance	xxxvi

## Liste des tableaux

		page
Tableau I:	Répartition des répondantes selon leurs caractéristiques sociodémographiques	73
Tableau II:	Moyenne, écart-type et étendue de la hardiesse	76
Tableau III:	Moyenne, écart-type et étendue du soutien au travail	78
Tableau IV:	Moyenne, écart-type et étendue de la détresse psychologique	80
Tableau V:	Corrélation entre la hardiesse et la détresse psychologique	85
Tableau VI:	Corrélation entre la hardiesse et le soutien au travail	85
Tableau VII:	Corrélation entre le soutien au travail et la détresse psychologique	86
Tableau VIII:	Test $t$ de Student et ANOVA entre les variables sociodémographiques et la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique (score global)	90

Liste des tableaux  
(suite)

page

Tableau IX:	Analyse de régression linéaire multiple entre la hardiesse et le soutien au travail	93
Tableau X:	Analyse de régression linéaire multiple entre le soutien au travail et la détresse psychologique	94
Tableau XI:	Analyse de régression linéaire multiple entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique	94

## Liste des figures

	page
Figure 1:      Modèle théorique de Kobasa, S. C. & Maddi, S. R. (1984)	18
Figure 2:      Les relations entre les variables selon le modèle théorique de Kobasa, S. C. & Maddi, S. R. (1984)	52
Figure 3:      Représentation graphique des résultats obtenus concernant la détresse psychologique	83
Figure 4:      La force de la relation entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec.	88



## Remerciements

Cette étude a reçu un appui financier de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (O.I.I.A.Q.) et je tiens à remercier spécialement Mme Dominique Aubertine, directrice générale et secrétaire de l'O.I.I.A.Q. et M. François Benoit, M.Sc. chercheur à l'O.I.I.A.Q., pour leur appui lors de la collecte et de l'analyse des données.

Je tiens aussi à remercier toutes les infirmières et tous les infirmiers auxiliaires qui ont participé à cette étude.

Je remercie M. André Duquette Ph.D., professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et directeur de ce mémoire, pour son soutien, sa compréhension empathique et ses critiques constructives.

Des remerciements s'adresse également à Mme Carmen Loiselle Ph.D., professeure-adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et codirectrice de ce mémoire, pour ses critiques constructives.

Je tiens également à remercier Mme. Louise Gagnon Ph.D. et Mme. Jocelyne St. Arnaud Ph.D., professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, pour leurs précieux conseils.

Mes remerciements vont aussi à Mme. Catherine Lussier pour le traitement statistique des données.

Finalement, des remerciements à ma famille qui est toujours présente dans mon esprit.

## Introduction

Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la santé des infirmières au travail et comment les infirmières peuvent faire face aux stressseurs occupationnels. Quelques chercheurs, dans leurs études auprès d'infirmières, ont aussi inclus des infirmières auxiliaires.<sup>1</sup> Des recherches ont identifié plusieurs stressseurs occupationnels en soins infirmiers. Il a été démontré que le stress en milieu de travail peut avoir un effet négatif sur la santé des infirmières (Astrom, Nilsson, Norberg et Winblad, 1990; Constable et Russell, 1986; Corbeil, 1993; Haley, 1985; Hare et Pratt, 1988).

D'autres recherches sont davantage orientées vers l'examen des relations entre certaines ressources personnelles de résistance et la santé ou vers l'étude des stratégies utilisées pour faire face au stress occupationnel (Kobasa, 1979; Kobasa, Hilker et Maddi, 1979; Kobasa, Maddi et Courington, 1981; Kobasa et Hilker, 1982; Kobasa, Maddi et Khan, 1982; Kobasa, Maddi et Puccetti, 1982; Kobasa et Puccetti, 1983 et Kobasa, Maddi, Puccetti et Zola, 1985). Un

---

<sup>1</sup>Tout au long du texte, le genre féminin désigne aussi bien les hommes que les femmes sauf lorsque des spécifications sont mentionnées.

grand nombre d'études se sont intéressées aux ressources de résistance des infirmières, il en ressort que la hardiesse<sup>2</sup> (Harrisson, 1995; Major, 1995; McCranie, Lambert V et Lambert C, 1987; Rich L. et Rich R., 1987; Savignac, 1993; Topf, 1989) et le soutien en milieu de travail (Boyle, Garp, Yonger et Thornby, 1991; Firth, McIntee, Keown et Britton, 1986; Morano, 1993; Morissette, 1993; Plante, 1993 et Saulnier, 1993) semblent exercer un effet important sur le stress occupationnel et agissent ainsi comme source de protection de la santé mentale des infirmières.

Aucune étude n'a cependant vérifié la relation entre la hardiesse, le soutien au travail et la santé auprès d'infirmières auxiliaires. Est-ce que la relation observée entre ces variables auprès de populations d'infirmières va se maintenir auprès d'une autre population, soit celle des infirmières auxiliaires?

C'est dans ce contexte que la présente étude propose d'examiner les relations entre la hardiesse, le soutien au

---

<sup>2</sup>Tout au long du texte le concept "hardiesse" désigne le concept anglais hardiness.

travail et la détresse psychologique auprès d'infirmières auxiliaires francophones du Québec.

Cette recherche s'inscrit dans une perspective infirmière, parce qu'elle s'intéresse à la santé des personnes et à des phénomènes d'intérêt en soins infirmiers. Des ressources comme la hardiesse et le soutien au travail sont à la portée de l'intervention infirmière. En effet, le renforcement des ressources de la personne et du milieu en vue de maintenir et de promouvoir la santé fait partie de l'intervention infirmière.

Ce mémoire présente, successivement, le problème, la recension des écrits, la méthode de recherche, les résultats, la discussion et l'interprétation des résultats, de même que les recommandations.

Chapitre premier

Problème de recherche

Il y a environ 18 000 infirmières auxiliaires au Québec (O.I.I.A.Q., 1996). Au cours de mon travail professionnel dans des unités de soins de longue durée, j'ai observé que l'équipe de soin est formée en majorité d'infirmières auxiliaires. En raison de la nature de leur travail ces personnes sont confrontées quotidiennement à de multiples stressseurs occupationnels.

Des chercheurs comme Astrom, Nilsson, Norberg et Winblad (1990), Constable et Russell (1986), Corbeil (1993), Haley (1985), Hare et Pratt (1988) se sont intéressés à la relation entre la perception de stressseurs en milieu de travail et l'épuisement professionnel auprès du personnel soignant. Dans les échantillons étudiés, ces chercheurs ont inclus des infirmières auxiliaires. Selon les résultats de ces études, les infirmières auxiliaires sont confrontées aux stressseurs occupationnels suivants: le manque d'autonomie, d'innovation, de confort physique et de soutien de la part du supérieur, de même que la pression au travail (Constable et al. 1986), le peu de rétroaction positive dans le milieu de travail, beaucoup de temps passé auprès de personnes soignées (Astrom et al. 1990), le pronostic médical réservé de la personne soignée (Hare et al. 1987), les comportements

dysfonctionnels des personnes soignées et le statut de travail à temps plein (Corbeil, 1993). En effet, les résultats de ces études ont démontré une relation positive et significative entre la perception des stressseurs en milieu de travail et l'épuisement professionnel.

Les résultats de l'étude de Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995) effectuée auprès d'infirmières en gériatrie, ont démontré que la hardiesse (par ses deux dimensions: le sens de l'engagement et le sens de la maîtrise) module la perception des stressseurs en milieu de travail. Les infirmières plus hardies ont utilisé plus de stratégies actives d'adaptation, ont perçu plus de soutien dans le milieu de travail et ont resenti moins d'épuisement professionnel et de détresse psychologique. Il est important également de mentionner que cette étude démontre que les infirmières en gériatrie rapportent un niveau de détresse psychologique deux fois plus élevé que la population québécoise en général.

Également, les données de l'enquête Santé-Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987) ont révélé que les femmes rapportent un niveau de détresse psychologique élevée dans une proportion plus grande que les



hommes et particulièrement, pour le groupe d'âge de 18 à 24 ans.

Cette recherche s'inscrit dans la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984). Ces auteurs proposent un modèle de relations entre des facteurs psychosociaux et la santé d'une personne en situation de stress.

Kobasa (1979) rapporte que la vulnérabilité à l'égard des stressseurs peut varier d'une personne à l'autre. Deux personnes qui font face au même événement stressant peuvent réagir de façon différente. A la suite de plusieurs études faites de 1975 à 1983 auprès d'hommes gestionnaires, employés de la compagnie Bell à Chicago, Kobasa et ses collaborateurs ont constaté que la personne dispose de ressources de résistance face aux stressseurs. Ces ressources sont: la hardiesse, les mécanismes de coping transformationnel, le soutien social et les pratiques de santé. Ces chercheurs ont également constaté que la personne hardie reste en santé en dépit du niveau élevé des stressseurs dans la vie courante et au travail. La hardiesse est composée du sens de l'engagement, du sens de la maîtrise et du sens du défi. Le sens de l'engagement est l'habileté de la personne à se

sentir pleinement impliquée ou engagée dans des activités dont elle fait l'expérience c'est-à-dire le travail, la vie organisationnelle, les relations interpersonnelles, la famille et l'engagement envers soi-même. Le sens de la maîtrise est la croyance de la personne qu'elle peut influencer les événements qu'elle vit. Le sens du défi c'est l'anticipation du changement comme un défi stimulant pour le développement de la personne (Maddi et Kobasa, 1984). Kobasa soutient également que la hardiesse exerce un effet direct sur le soutien social. En ce sens, la hardiesse vient renforcer le soutien social qui aide à faire face aux événements stressants (Maddi et Kobasa, 1984).

Il est important de mentionner que les recherches de Kobasa et Hill (1981, voir Kobasa, 1982) et de Rich. L. et Rich. R. (1987) ont démontré que la hardiesse maintient sa propriété de ressource de résistance face aux événements stressants de la vie également auprès de groupes de femmes.

Aussi, plusieurs études faites auprès d'infirmières (Harrisson, 1995; Major, 1995; McCranie et al., 1987; Morissette, 1993; Savignac, 1993; Topf, 1989) ont rapporté que la hardiesse agit comme une source de résistance face aux événements stressants en milieu de travail.

Le soutien social est une autre ressource de résistance face aux événements stressants de la vie et dans le milieu de travail. Cependant, le concept de soutien social est défini de plusieurs façons et ce manque de consensus se reflète dans la diversité des instruments de mesure utilisés (Cobb, 1976; Cohen et Willis, 1985; Ducharme, Stevens et Rowat, 1994; Insel et Moos, 1974; Kaplan, Robbins et Martin, 1983 et Kobasa, 1982).

Pour Insel et Moos (1974) le soutien au travail concerne les relations interpersonnelles au travail, les relations avec le supérieur et avec les pairs. Le soutien du supérieur se réfère au degré de collégialité et de communication entre le supérieur et les employés. La cohésion parmi les pairs est la tendance des employés à demeurer unis et à s'aider mutuellement dans le milieu de travail.

Parmi les nombreuses sources de soutien social, le soutien reçu en milieu de travail a fait l'objet de plusieurs recherches réalisées tant auprès d'infirmières que d'autres groupes (Boyle et al. 1991; Browner 1987; Firth, Intee, McKeown et Britton 1986; Ganster, Fusilier et Mayes 1986; Haley, 1985; Kobasa et Puccetti, 1982; LaRocco, House et

French, 1980; Morano, 1993; Michaud, 1991; Morissette, 1993; Norbeck, 1985; Plante, 1993; Saulnier, 1993). Les résultats de ces recherches suggèrent que le soutien au travail a un effet protecteur contre la tension provoquée par les stressseurs en milieu de travail.

Plus précisément, les études de Boyle et al. (1991), Firth et al. (1986), Ganster et al. (1986), Morano (1993), Michaud (1991), Plante (1993) et Saulnier (1993) ont montré que le soutien de la part du supérieur est le facteur dominant suivi par le soutien de la part des pairs. Par ailleurs, LaRocco et al. (1980) et Morissette (1993) ont aussi trouvé que le soutien au travail a un effet modérateur sur les stressseurs en milieu de travail, par contre, c'est le soutien reçu de la part des pairs qui est le plus important.

En ce qui concerne les infirmières auxiliaires, Haley (1985) a rapporté que le soutien au travail avec ses deux composantes (le soutien du supérieur et la cohésion parmi les pairs) exerce un effet modérateur face aux événements stressants en milieu de travail. Pour Browner (1987) la cohésion parmi les pairs ressort comme la plus importante composante du soutien au travail. Dans les études recensées, plusieurs indicateurs de santé ont été utilisés, notamment la

détresse psychologique.

La détresse psychologique a été définie par plusieurs auteurs (Ilfeld, 1976; Prévaille, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987; Perrault, 1989) comme un ensemble de symptômes reliés à la dépression, à l'anxiété, à l'agressivité et aux problèmes cognitifs.

Smith, Johnson et Sarason (1978) ont constaté que les changements de la vie ont été reliés à la détresse psychologique, seulement quand la personne les percevait comme étant négatifs. Pour leur part, Suls et Mullen (1981) soutiennent que les personnes qui considèrent les événements de la vie comme indésirables et incontrôlables sont à risque de détresse psychologique.

Dans une étude réalisée auprès d'infirmières, Livingston M. et Livingston H. (1984) ont confirmé qu'il existe une relation entre la perception d'événements stressants en milieu de travail et la détresse psychologique.

D'après l'étude de Norbeck (1985) les infirmières qui ont perçu un niveau élevé de soutien au travail vivaient moins de stress au travail, d'insatisfaction au travail et de détresse psychologique.

Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a examiné les ressources personnelles des infirmières auxiliaires pour faire face aux stressseurs reliés au travail et d'éviter la détresse psychologique. De plus, l'examen des écrits amène à constater qu'il n'y a aucune étude sur la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique réalisée auprès d'infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Puisqu'il n'y a aucune étude sur la détresse psychologique des infirmières auxiliaires, plusieurs questions surgissent. Est-ce que ces personnes vivent autant de détresse psychologique que les femmes en général et, en particulier, que les infirmières du Québec? Est-ce que les relations observées entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique se répètent auprès d'infirmières auxiliaires? C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude.

#### Le but de l'étude

Le but de l'étude est d'examiner les relations entre la

hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec.

#### La question de recherche

Quelle est la force de la relation entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec?

Chapitre deuxième

Recension des écrits



Dans cette recension des écrits, est d'abord présenté le cadre théorique sur lequel s'appuie cette recherche. Ensuite, il est successivement présenté la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique, ainsi que les liens qui unissent ces variables. Le texte se termine par la formulation d'hypothèses de recherche.

### Le cadre théorique

Le cadre théorique de cette étude est la théorie proposée par Maddi et Kobasa en 1984. En partant de la théorie existentielle de la personnalité (Maddi, 1967, 1970; Maddi et Kobasa, 1977, voir Kobasa 1984), du concept de la compétence (White, 1959), du concept de l'authenticité (Allport, 1955, voir Kobasa 1984) et du "Man for Himself" (Fromm, 1947, voir Kobasa 1984), Kobasa (1979) a défini le type de personnalité hardie. La personne hardie possède trois caractéristiques générales: le sens de la maîtrise (la croyance que la personne peut influencer les événements dont elle fait l'expérience), le sens de l'engagement (l'habileté à se sentir pleinement impliquée ou engagée dans les activités que la personne vit, c'est-à-dire celles impliquant

le travail, la vie organisationnelle, les relations interpersonnelles, la famille et l'engagement envers soi-même) et le sens du défi (l'anticipation du changement comme un défi stimulant pour son développement). Ensuite, Kobasa (1979) a postulé que la hardiesse est une ressource de résistance face aux événements stressants de la vie.

Selon Maddi et Kobasa (1984) la personne a des ressources de résistance face aux événements stressants (voir la figure 1).

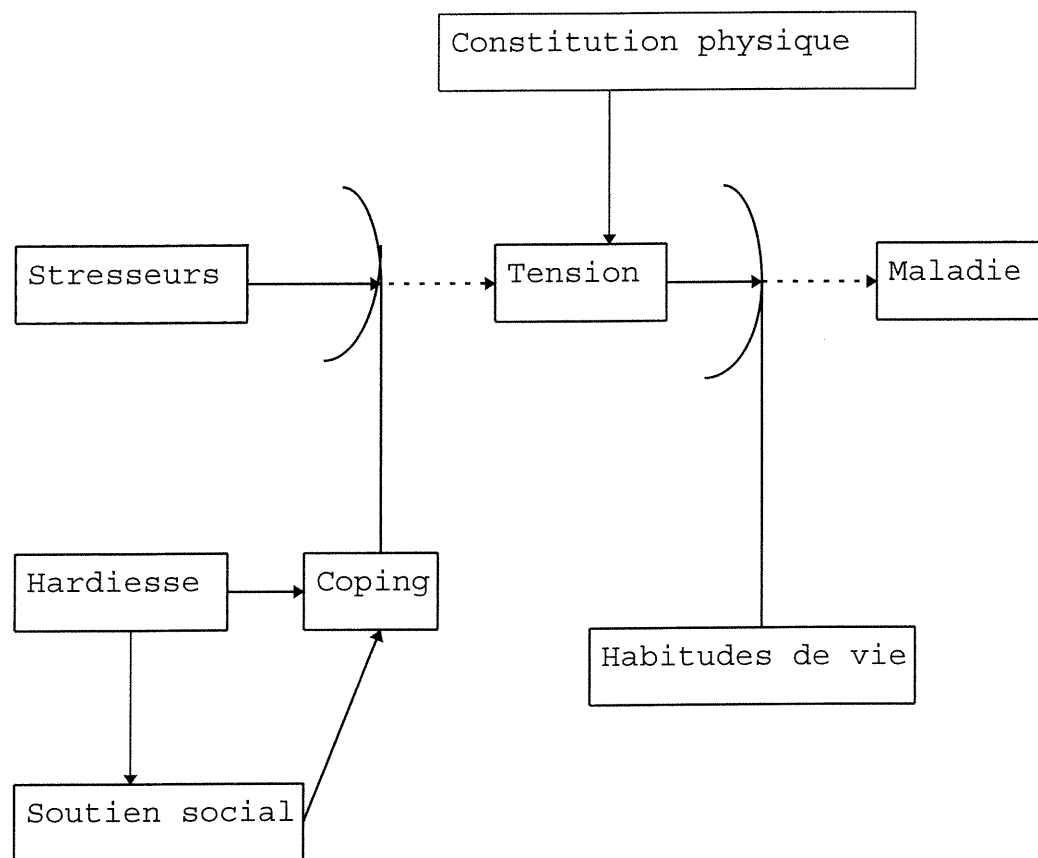


Figure 1. Facteurs affectant la santé et la maladie. Modèle théorique de Kobasa, S. C. & Maddi, S. R. (1984). Source: The Hardy Executive: Health and Stress, Illinois: Dow Jones-Irvin, p. 27. Traduction libre Major, A (1995).

Tout événement générateur de stress, notamment les multiples stressseurs continus et répétés du milieu de travail, peut provoquer chez l'individu une tension ou représenter une menace. Cependant, la personne peut faire appel à des ressources, telles que la hardiesse et le soutien social pour réduire la tension psychologique pouvant être générée par les stressseurs. Face aux événements stressants, la personne hardie fait une évaluation cognitive de ces événements de façon à ce qu'ils apparaissent intéressants et importants (le sens de l'engagement), qu'ils soient perçus comme étant influençables (le sens de la maîtrise) et qu'ils présentent une valeur potentielle pour le développement personnel (le sens du défi). La personne hardie fait une évaluation optimiste (coping) de l'événement et change la signification de l'événement menaçant. Elle agit en utilisant le soutien social, soit en milieu de travail, soit en milieu familial et en renforçant l'effet de la hardiesse. Ainsi, la personne hardie peut demeurer en santé en dépit d'un niveau élevé de stressseurs au travail et dans sa vie courante. Maddi et Kobasa (1984) considèrent également que la constitution physique de la personne peut influencer la façon de réagir à la tension ressentie. De même, les habitudes de vie de la

personne peuvent contribuer à renforcer ou à réduire la tension ressentie et l'occurrence de maladies.

Le modèle théorique proposé par Maddi et Kobasa (1984) a été élaboré à la suite de plusieurs recherches qui sont résumées dans les paragraphes suivants.

### La hardiesse

De 1975 à 1983, Kobasa et ses collaborateurs ont fait plusieurs recherches auprès de la même population formée d'hommes gestionnaires, soit des cadres intermédiaires et supérieurs (N=837) faisant partie de la hiérarchie administrative de la compagnie Bell à Chicago. Ces hommes ont été exposés à plusieurs stressseurs reliés aux nombreux changements en milieu de travail. Deux questionnaires auto-administrés ont été envoyés par la poste à ces 837 personnes en 1975: soit un questionnaire relié aux événements stressants de la vie et un deuxième relié à la symptomatologie.

En répondant à la question "Quels sont les autres événements vécus durant les trois années précédentes?" les répondants (N=670, 80%) ont rapporté 15 événements reliés au

travail qui n'étaient pas captés par la liste originale. Lors de l'analyse des résultats, les sujets ont été répartis en deux groupes selon le nombre d'événements stressants et leur état de santé. Un groupe (n=126) ayant un niveau élevé de stressseurs et peu de maladies et un deuxième groupe (n=200) ayant un niveau élevé de stressseurs et beaucoup de maladies. Par la suite, les sujets de l'étude ont été invités à compléter des tests de personnalité. Deux groupes de 100 personnes ont alors été choisis selon une procédure aléatoire en partant des deux groupes déjà formés. Il s'agissait de deux groupes d'hommes (comparables selon leurs caractéristiques sociodémographiques) de race blanche, de religion protestante, âgés de 40 à 59 ans, mariés, ayant deux enfants et plus, ayant plus de six ans d'expérience de travail, détenant au moins un diplôme de collège et vivant avec une femme qui ne travaille pas à l'extérieur de la maison. Quarante-vingt-six sujets ayant un niveau élevé de stressseurs et peu de maladies et 75 sujets ayant un niveau élevé de stressseurs et beaucoup de maladies ont répondu aux questionnaires.

Selon les résultats de l'étude, Kobasa (1979) conclut que les personnes qui font l'expérience d'un niveau élevé de

stresseurs sans devenir malades, ont une personnalité différente des personnes qui font l'expérience d'un niveau élevé de stresseurs et qui deviennent malades. Kobasa caractérise cette différence de personnalité par le terme hardiesse. Ces personnes hardies présentaient un engagement de soi fort, un foyer interne de contrôle et une implication active à l'égard de l'environnement.

En 1982, Kobasa, Maddi et Kahn ont utilisé un devis de recherche étalé sur cinq ans, en utilisant les mêmes sujets que dans l'étude précédente. Dans le premier temps, les sujets ont rapporté les événements stressants de la vie, la symptomatologie de la maladie sur une période précédente de trois ans. Dans le deuxième et le troisième temps de l'étude, les sujets ont retourné les questionnaires mesurant les événements stressants de la vie, la symptomatologie de la maladie sur une période précédente d'une année, ainsi que la hardiesse et les caractéristiques sociodémographiques. Les résultats de l'étude ont montré que les événements stressants et les maladies rapportées ont augmenté pendant les cinq ans avec deux sommets qui ont coïncidé avec des changements majeurs dans la politique de la compagnie et dans l'évaluation du travail accompagnée d'un ajustement de

salaire. En somme, les résultats de cette étude ont démontré que la hardiesse agit comme une ressource modératrice de l'effet négatif des événements stressants de la vie et qu'elle a un effet prédictif dans l'interaction avec les événements stressants de la vie.

De nouvelles questions de recherche ont alors été soulevées: "Comment la hardiesse se développe-t-elle et quel est son rôle en regardant d'autres ressources de résistance comme le soutien social, la pratique des exercices physiques et la constitution physique?".

Kobasa, Maddi et Courington (1981) ont utilisé les mêmes sujets que dans l'étude résumée précédemment (N=837). Les sujets ont complété une histoire médicale standardisée concernant leur famille d'origine. Les auteurs ont constaté que la constitution physique mesurée par les maladies des parents, augmente la vulnérabilité face aux maladies et qu'elle est aussi un facteur indépendant de la hardiesse dans la rencontre avec les événements stressants de la vie. De même, la constitution physique (qui provient de l'hérédité et qui ne peut pas être modifiée) et les événements stressants ont augmenté la probabilité d'apparition des maladies, alors que la présence de la hardiesse l'a diminuée.



En 1982, Kobasa, Maddi et Puccetti ont examiné le rôle protecteur de la hardiesse et des exercices physiques sur la santé. Cent trente-sept sujets ont complété les questionnaires concernant les événements stressants de la vie, la symptomatologie de la maladie couvrant une période rétrospective de trois ans, de même que la hardiesse et les exercices physiques. Les auteurs ont conclu que la hardiesse et les exercices physiques sont des variables distinctes, qui protègent la santé face aux événements stressants de la vie. Les résultats de cette recherche ont été cohérents avec la conceptualisation de la personnalité hardie comme une ressource modératrice de stress qui agit de façon directe en transformant les événements stressants et en conséquence en diminuant le stress. L'effet modérateur des exercices physiques également diminuent la tension produite par les événements stressants de la vie.

En continuant leurs études, Kobasa et Puccetti (1983) ont analysé les relations entre les événements stressants de la vie, les maladies, la hardiesse et les ressources sociales (le soutien social reçu de la part du supérieur immédiat et de la famille et les avantages sociaux, ex. avoir d'argent). Un échantillon de 204 sujets a été choisi au hasard parmi la

population formée d'hommes gestionnaires (N=837). En fait, dans cette étude les hommes gestionnaires plus hardis et qui ont perçu de façon positive le soutien du supérieur immédiat et de la famille ont eu peu de maladies en comparaison avec les hommes gestionnaires moins hardis, qui ont perçu de façon positive le soutien du supérieur immédiat et de la famille et qui ont eu plus de maladies. Les avantages sociaux n'ont pas eu un impact significatif sur l'état de santé des hommes gestionnaires confrontés à un niveau élevé d'événements stressants dans le milieu de travail.

Plus tard, Kobasa, Maddi, Puccetti et Zola (1985) se sont demandés: "Quel est l'effet modérateur de la combinaison de la hardiesse, des exercices physiques et du soutien social sur la perception des événements stressants de la vie et sur l'occurrence des maladies et si cet effet modérateur persistera dans le temps?"

En 1980, 85 hommes gestionnaires de la même compagnie ont rapporté sur une période rétrospective d'une année les événements stressants de la vie, leurs maladies, les exercices physiques pratiqués, la hardiesse et la perception du soutien reçu au travail. En 1981, 70 des 85 hommes gestionnaires ont retourné les mêmes questionnaires

complétés. La combinaison des trois ressources de résistance soit la hardiesse, les exercices physiques et le soutien en milieu de travail a diminué le niveau de maladies, et ce même sous l'influence de stressseurs élevés d'au moins de 10% de façon concurrentielle et d'au moins 24% de façon séquentielle. Les auteurs ont conclu que la hardiesse, en comparaison avec les exercices physiques et le soutien en milieu de travail, procure une protection simultanée et proactive face aux maladies. La hardiesse modifie la perception des événements stressants dans le sens qu'ils sont perçus comme étant moins menaçants. En contraste avec la hardiesse, les exercices physiques diminuent la tension physique produite par les événements stressants, sans par ailleurs agir sur la perception et la transformation cognitive de ceux-ci. Les exercices physiques pratiqués de façon régulière peuvent développer une certaine protection face à la tension provoquée par les événements stressants de la vie, mais avec un effet palliatif. Le soutien social, par ses implications passives, a pour sa part, un effet modeste et temporaire comme ressource modératrice du stress.

Les études rapportées précédemment ont été réalisées

auprès d'hommes gestionnaires. D'autres études ont également été menées auprès de groupes de femmes, notamment auprès d'infirmières.

Kobasa et Hill (1981, voir Kobasa, 1982) ont testé la théorie de la hardiesse comme ressource de résistance de la personne face aux événements stressants de la vie auprès de femmes. Cent femmes, patientes d'une clinique de gynécologie privée, ont complété les questionnaires concernant la hardiesse, le stress et les symptômes psychiatriques. Quarante femmes, ayant un niveau élevé de stress et peu de symptômes psychiatriques (dépression, anxiété, obsessif-compulsif, somatisation et sensibilité interpersonnelle) ont rapporté significativement plus de hardiesse (sens de l'engagement, sens de la maîtrise et sens du défi) que les 60 femmes ayant un niveau élevé de stress et un niveau élevé de symptômes psychiatriques.

Une autre étude corrélationnelle faite par Rich. L. et Rich. V. en 1987, auprès d'infirmières employées d'un hôpital de soins de courte durée en Pennsylvanie, a confirmé la théorie de la hardiesse auprès de femmes. D'une population de 200 infirmières, les auteurs ont choisi un échantillon de convenance de 153 sujets. En comparant les résultats de leur

étude avec ceux de l'étude de Kobasa, faite en 1979 auprès d'hommes gestionnaires, les auteurs ont trouvé seulement une différence entre le score de contrôle externe qui est plus élevé pour les femmes; ainsi la moyenne pour les infirmières de cette étude était de 9,15 en comparaison avec la moyenne des gestionnaires de l'étude de Kobasa (1979) qui était de 5,92.

Dans des études qui ont été faites auprès d'infirmières plusieurs auteurs (Major, 1995; McCranie, Lambert. V. et Lambert. C., 1987; Topf, 1989) ont analysé la relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel et Harrison (1995) et Savignac (1993) ont analysé la relation entre la hardiesse et le bien-être psychologique.

McCranie et al. (1987) ont réalisé une étude corrélationnelle auprès d'une population (N=260) travaillant dans 18 unités cliniques d'un hôpital communautaire situé dans une région suburbaine des États-Unis. Cent sept sujets ont formé un échantillon de convenance constitué majoritairement de femmes (95%) et qui travaillaient en soins intensifs (46%) ou non (54%). Les résultats de l'étude ont démontré que les infirmières qui ont eu une perception élevée

de stressseurs au travail et moins de hardiesse ont présenté un niveau élevé d'épuisement professionnel.

A partir d'un échantillon de convenance formé de 100 infirmières employées dans des cliniques de soins intensifs de deux hôpitaux universitaires, Topf (1989) a étudié la relation entre la hardiesse, le stress occupationnel et l'épuisement professionnel. L'échantillon était constitué de femmes dans une proportion de 91%. Les résultats de cette étude ont indiqué une corrélation significative entre le sens de la maîtrise (le contrôle externe) et le stress occupationnel; les sujets ayant plus de contrôle externe ont rapporté plus de stress occupationnel. Après l'analyse de régression linéaire multiple, le sens de l'engagement a expliqué 24% de la variance de l'épuisement professionnel.

En 1995, Major s'est intéressé aux candidates à la profession d'infirmière qui travaillaient dans un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire au Québec. Dans son étude corrélationnelle, l'auteur a étudié la relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon aléatoire simple (n=125) qui a été sélectionné à partir de 325 candidates à la profession d'infirmière enrégistrées à l'Q.I.I.Q. en 1994. Les résultats

ont attesté une corrélation négative statistiquement significative entre la hardiesse (le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi) et l'épuisement émotionnel, de même que la dépersonnalisation. Une corrélation positive et significative a été rapportée entre la hardiesse (le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi) et l'accomplissement personnel.

Par ailleurs, deux autres recherches Harrisson (1995) et Savignac (1993) ont étudié les relations entre les types de stressors occupationnels, la hardiesse et le bien-être psychologique. Savignac (1993) a réalisée sa recherche auprès d'un échantillon de convenance de 140 infirmières recrutées dans 13 unités d'un centre hospitalier de soins de longue durée et quatre unités de soins d'un centre d'accueil. Harrisson (1995) a mené son étude auprès d'un échantillon aléatoire de 150 infirmières francophones oeuvrant dans des unités de médecine et/ou chirurgie de centres hospitaliers universitaires du Québec. Dans ces études, les infirmières ont perçu modérément les stressors en soins infirmiers et elles ont présenté un score modérément élevé de hardiesse et de bien-être psychologique. Les trois dimensions de la hardiesse ont été reliées de façon positive et significative

d'un point de vue statistique au bien-être psychologique.

L'examen des écrits amène à constater qu'il n'y a pas d'études réalisées auprès d'infirmières auxiliaires concernant la hardiesse. Est-ce que la hardiesse aurait le même effet protecteur de la santé face aux nombreux stressseurs au travail auxquels sont confrontées les infirmières auxiliaires?

#### Le soutien au travail

Tel que stipulé par la théorie de Maddi et Kobasa (1984) une autre ressource de résistance face aux événements stressants de la vie est le soutien social. En ce qui concerne le concept du soutien social, il n'existe pas de consensus entre les auteurs et le concept est défini de plusieurs façons (Ducharme, Stevens et Rowat, 1994).

D'après Kaplan, Robbins et Martin (1983), le soutien social est l'expérience psychologique d'une personne d'avoir de bonnes relations avec d'autres personnes dans le milieu de travail et dans d'autres contextes sociaux, c'est-à-dire de recevoir de l'affection, de l'estime, de la considération et



de l'acceptation des autres.

Pour Cobb (1976), le soutien social est la croyance d'une personne qu'elle est soutenue, aimée et valorisée par une autre personne et qu'elle fait partie d'un réseau de communication où elle a des obligations mutuelles.

Cohen et Willis (1985) ont défini le soutien social comme un réseau social qui procure régulièrement à la personne des expériences positives et qui favorise sa stabilité sociale et son bien-être psychologique.

Pour Kobasa (1982), le soutien social est une interaction avec les autres qui peut être définie de la façon suivante: les autres soutiennent la personne dans la résolution d'une situation stressante; les autres rappellent à la personne d'avoir de bonnes pratiques de santé et les autres renforcent sa performance dans une période stressante; enfin les autres offrent à la personne la récompense et la reconnaissance pour son interaction étroite ou simplement contribuent à son bien-être psychologique.

Kobasa et Hilker (1982) ajoutent que les expériences subjectives et la perception du milieu de travail sont essentielles à la qualité du travail.

D'après Insel et Moos (1974), les employés perçoivent et

évaluent trois dimensions du milieu de travail soit la dimension du soutien interpersonnel, le développement personnel et le maintien et le changement d'une structure organisationnelle. La notion de soutien interpersonnel qui identifie la nature et l'intensité de la relation de la personne avec l'environnement de travail est formée de l'implication à la tâche, la cohésion parmi les pairs et le soutien du supérieur. L'implication à la tâche se réfère à l'engagement des employés dans leur travail. La cohésion parmi les pairs est la somme des relations interpersonnelles et sociales que les employés développent dans le milieu de travail et leur tendance à demeurer unis et à s'aider. Le soutien du supérieur est le degré de collégialité et de communication entre le supérieur et les employés. Ce soutien exprime comment le supérieur encourage et aide les employés.

Plusieurs recherches ont été faites sur le soutien au travail et ses relations avec des indicateurs de santé (Browner 1987; Firth, Intee, McKeown et Britton 1986; Ganster, Fusilier et Mayes 1986; Haley, 1985; LaRocco, House et French, 1980; Morano, 1993; Michaud, 1991; Morissette, 1993; Plante, 1993; Saulnier, 1993). Voici un résumé de ces

études.

LaRocco et al. (1980) ont étudié l'influence du soutien au travail sur le stress occupationnel et sur la santé auprès d'un échantillon aléatoire stratifié (n=636) formé d'hommes travaillant dans 23 métiers. Les auteurs ont trouvé que le soutien au travail a un effet modérateur sur les stressseurs en milieu de travail et que le soutien reçu de la part des pairs est le plus puissant. Le soutien reçu de la part des pairs a un effet modérateur sur la perception de la lourdeur de la tâche et sur la santé mentale des travailleurs.

Dans leur étude corrélationnelle auprès d'un échantillon de convenance (n=326), tiré des employés d'une compagnie privée de construction, Ganster et al. (1986) ont aussi étudié l'influence du soutien au travail sur le stress occupationnel et sur la santé de travailleurs. Soixante pourcent des participants à l'étude étaient des travailleurs et 40% des fonctionnaires. Les résultats de cette recherche ont démontré que le soutien social a un effet protecteur contre la tension provoquée par les stressseurs en milieu de travail. Le soutien du supérieur est le facteur dominant, suivi par le soutien des pairs, de la famille et des amis. Les employés qui ont perçu plus de soutien au travail ont

rapporté moins d'insatisfaction au travail, moins d'insatisfaction en général dans la vie, moins de plaintes somatiques et moins de dépression.

Plusieurs études concernant le soutien au travail ont été faites auprès d'infirmières par Firth, Intee, McKeown et Britton (1986), Morano, (1993), Michaud, (1991), Morissette, (1993), Plante, (1993) et Saulnier, (1993), auprès d'infirmières auxiliaires et de préposées par Haley (1985) et auprès d'infirmières et d'infirmières auxiliaires par Browner (1987). Le texte qui suit présente les résultats de ces études.

Une étude corrélationnelle réalisée par Morano (1993), auprès d'une population d'infirmières (N=208) employées à temps plein dans un hôpital, a examiné la relation entre le soutien au travail et le stress relié au travail. Un échantillon aléatoire de 96 sujets travaillant à temps plein a été sélectionné pour cette recherche. Les infirmières qui ont perçu plus du soutien émotionnel de la part du supérieur et de la part des pairs ont perçu moins du stress relié au travail. Egalement, plus l'âge, l'expérience et le temps travaillé dans l'hôpital étaient bas, plus la perception du

stress relié au travail était élevée.

La relation entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel a été étudiée dans plusieurs recherches faites auprès d'infirmières. En étudiant le soutien interpersonnel au travail chez les infirmières, Firth et al. (1986) ont utilisé un échantillon de convenance de 213 infirmières employées dans trois hôpitaux et travaillant en unités de psychiatrie, d'aliénation mentale et de médecine. Le soutien du supérieur, avec les dimensions du respect personnel et de l'empathie, a contribué à la réduction de l'épuisement émotionnel chez les infirmières qui ont participé à cette étude.

Michaud (1991) a réalisé sa recherche auprès d'un échantillon de 175 infirmières oeuvrant en service d'urgence de six hôpitaux universitaires francophones de soins de courte durée de la région de Montréal. Les résultats de cette étude corrélationnelle ont démontré que le soutien de l'infirmière-chef a été corrélé positivement et significativement avec l'intensité de l'accomplissement personnel.

De son côté, Plante (1993) a mené une étude comparative, afin d'examiner la relation entre le niveau de stress

occupationnel, l'épuisement professionnel et le soutien professionnel chez les infirmières oeuvrant auprès de personnes atteintes de cancer en phase terminale, dans des unités de soins palliatifs et de médecine-oncologie. Les infirmières qui ont perçu plus du soutien de l'infirmière-chef ont eu moins du stress occupationnel. De même, les infirmières en médecine-oncologie ont perçu plus de stress occupationnel, plus d'épuisement professionnel et moins du soutien professionnel que les infirmières en soins palliatifs.

Par ailleurs, une autre recherche (Saulnier, 1993) a vérifié l'influence du soutien du supérieur et celui des collègues de travail sur le stress et les stressés occupationnels, de même que sur l'épuisement professionnel. La population (N=8 066) de l'étude a été formée de l'ensemble des infirmières francophones oeuvrant en gérontologie au Québec et enrégistrées à l'O.I.I.Q., (1992). Un échantillon aléatoire simple (n=1 990) a été sélectionné à partir des registres de l'O.I.I.Q. Les résultats de la recherche ont suggéré que le soutien au travail (plus spécifiquement par la dimension le soutien du supérieur) est modérateur des stressés de l'environnement social (les conflits

interpersonnels) et psychologique (la mort et la morbidité des personnes soignées) et qu'il n'est pas un modérateur du stress généré par l'environnement physique (la charge de travail). On a ressorti également que le soutien a réduit les manifestations d'épuisement au plan cognitif et affectif.

Deux chercheurs, Browner (1987) et Haley (1985), ont étudié la relation entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel chez les infirmières auxiliaires.

Browner, en 1987, a réalisé une étude exploratoire auprès de 21 infirmières et infirmières auxiliaires spécialisées auprès de clients souffrant d'aliénation mentale profonde et employées dans un hôpital de soins de longue durée. La plus importante source de stress rapportée par les participantes a été l'incapacité de contrôler les aspects critiques (les comportements violents du client) reliés au travail. Les infirmières et les infirmières auxiliaires qui ont perçu plus de soutien au travail de la part des pairs ont rapporté une meilleure santé en comparaison avec les infirmières et les infirmières auxiliaires qui ont perçu moins de soutien au travail.

Une autre recherche, celle de Haley en 1985, a examiné les relations entre le soutien au travail, l'aliénation, l'épuisement professionnel et l'intensité des croyances religieuses. Pour cette étude comparative, deux groupes ont été formés de façon non aléatoire regroupant 18 infirmières auxiliaires et 69 préposées qui travaillaient dans trois centres d'accueil privés. Les infirmières auxiliaires ont rapporté recevoir plus de soutien au travail et ont exprimé moins d'épuisement professionnel et d'aliénation que les préposées.

Boyle et al. (1991) et Morissette (1993) ont étudié l'influence de la hardiesse et du soutien au travail sur l'épuisement professionnel.

Dans une étude transversale corrélationnelle, Boyle et al. (1991) a vérifié les relations entre la hardiesse, les stratégies d'adaptation, le soutien au travail et l'épuisement professionnel. Cent trois infirmières oeuvrant dans six unités de soins intensifs d'un grand hôpital ont participé à l'étude. Dans cette étude, la hardiesse a été liée de façon positive au soutien au travail et de façon négative à l'épuisement professionnel.



Dans son étude, Morissette (1993) s'est intéressée aux relations entre la hardiesse, le soutien au travail, l'épuisement professionnel et les stressseurs en milieu de travail. A partir d'une population de 1 190 infirmières francophones oeuvrant aux soins intensifs, un échantillon aléatoire a été formé. Un total de 243 infirmières ont participé à l'étude. Les résultats ont indiqué une corrélation significative et négative entre la hardiesse et l'épuisement professionnel et entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel.

Ces dernières études tentent à montrer que la hardiesse, le soutien au travail et l'épuisement professionnel sont des phénomènes interreliés. Est-ce que la relation entre la hardiesse et le soutien au travail sera semblable auprès de population d'infirmiers auxiliaires? Est-ce que cette relation sera semblable si on utilise un indicateur de santé mentale autre que l'épuisement professionnel, par exemple la détresse psychologique?

## La détresse psychologique

Voyons d'abord ce qu'est la détresse psychologique. Plusieurs auteurs ont proposé des descriptions et des définitions qui sont exposées dans les lignes qui suivent.

D'après Bryant et Veroff (1984), l'évaluation subjective de la santé mentale a deux dimensions: le bien-être psychologique et la détresse psychologique. La détresse psychologique est constituée de composantes suivantes: la tension, l'incertitude, les sentiments de vulnérabilité, le manque de satisfaction, le manque d'estime de soi et la tristesse.

Pour Langner (1962), la détérioration psychologique ou la détresse psychologique a deux dimensions soit la dimension dépression et la dimension plaintes psychosomatiques.

Selon Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi (1974, voir Nowack, 1985), la détresse psychologique est formée de cinq dimensions soit l'anxiété, la dépression, les plaintes somatiques, la sensibilité interpersonnelle et les pensées compulsives. Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi (1970) ont trouvé que les dimensions relatives à l'anxiété, à la dépression, à l'hostilité-colère, aux

symptômes obsessionnels-compulsifs et à la phobie correspondent aux dimensions cliniques de "neuroticisme". Selon les résultats de leur étude, Dohrenwent, Shrout, Egri et Mendelhson (1980) ont constaté que la détresse psychologique non spécifique ou la démoralisation est formée de la peur-crainte, de l'anxiété, de la tristesse, du désespoir-espoir, des symptômes psychophysiques, du manque d'estime de soi et de la confusion de pensée. Dohrenwent. P. et Dohrenwent. S. (1982), dans leur analyse des études épidémiologiques dans le domaine psychiatrique, trouvent que 14 à 15% des adultes dans la population générale souffrent de maladies mentales et la même proportion des adultes dans la population générale souffrent de démoralisation sans être diagnostiqués pour une maladie mentale.

Pour Goldberg (1972, voir Livingston M. & Livingston, H. 1984), la détresse psychologique est formée du dysfonctionnement somatique, des troubles de sommeil, de la dépression, de l'anxiété et du dysfonctionnement social.

Plusieurs auteurs, Ilfeld (1976), Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1987), Perrault (1989) et Boyer, Préville, Légaré et Valois (1993) ont défini la détresse

psychologique comme un ensemble de symptômes reliés à la dépression, à l'anxiété, à l'agressivité et aux problèmes cognitifs et selon eux, la détresse psychologique est un des indicateurs de santé mentale de la personne. Ajoutons qu'un état de détresse psychologique sévère fait référence à la perception qu'une personne a d'un nombre important de symptômes reliés, à la fois, à la dépression, à l'anxiété, à l'agressivité et aux problèmes cognitifs. Cette définition a été retenue dans le cadre de cette étude.

Ilfeld (1976) lors d'une vaste recherche menée en 1972 auprès de 2 299 adultes (59% femmes et 41% hommes) de 18 à 64 ans a trouvé une relation significative entre la détresse psychologique et le recours aux services d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, de même que la consommation de psychotropes pendant la dernière année et le degré de nervosité noté par l'intervieweur.

En 1987, dans leur étude, menée auprès de 19 016 québécois de 15 ans et plus (53% femmes et 47% hommes) Prévaille, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1987) ont constaté que les répondants qui ont eu un indice égal ou supérieur au 85ième percentile sur l'échelle de détresse psychologique ont présenté une probabilité cinq fois

supérieure aux autres répondants de consulter pour un problème de santé mentale durant les douze derniers mois; une probabilité six fois supérieure aux autres répondants d'être admis à l'hôpital pour un problème de santé mentale durant la même période et une probabilité neuf fois supérieure aux autres répondants, d'avoir des idées suicidaires durant la même période. Les données ont démontré que les femmes ont plus de détresse psychologique que les hommes. Les répondantes appartenant au groupe d'âge de 18 à 24 ans sont apparues parmi les répondantes ayant le niveau le plus élevé de détresse psychologique. Par ailleurs, les personnes mariées ont indiqué avoir moins de détresse psychologique que les personnes célibataires, séparées, divorcées ou veuves. Finalement, les résultats ont démontré que les répondants appartenant au groupe "pauvre" et "très pauvre" ont manifesté plus de détresse psychologique que les personnes ayant un revenu moyen et supérieur.

Smith, Johnson et Sarason (1978) se sont intéressés à la relation entre la perception des changements dans la vie comme étant positifs ou négatifs et la détresse psychologique. Quarante-deux étudiants et 33 étudiantes de collège ont rapporté les événements vécus au cours des

derniers 12 mois. Les participants qui ont rapporté un score élevé de changements et d'événements négatifs ont eu un score élevé de détresse psychologique. Les résultats de cette étude suggèrent que les changements de la vie ont été reliés à la détresse psychologique seulement quand la personne les percevait comme étant négatifs.

Dans deux études, une rétrospective et une autre prospective, Suls et Mullen (1981) ont étudié la relation entre la perception de changements de la vie et la détresse psychologique. Pour la première étude, 117 étudiants d'une université américaine ont rapporté les événements de la vie sur une période rétrospective de trois mois. Une corrélation significative a été trouvée entre les événements de la vie perçus par la personne comme indésirables et incontrôlables et la détresse psychologique. Quarante-quatre étudiants ont complété les mêmes questionnaires pour la deuxième étude prospective, deux fois à un intervalle de trois semaines. Des résultats similaires ont été obtenus. Les auteurs ont conclu que les personnes qui perçoivent les événements de la vie comme indésirables et incontrôlables sont à risque de détresse psychologique.

Également une autre étude s'est intéressée à la détresse psychologique chez les infirmières. Livingston M. et Livingston H. (1984) ont montré qu'il existe une relation entre la perception des événements stressants en milieu de travail et la détresse psychologique auprès de 173 infirmières oeuvrant en trois hôpitaux. Les infirmières qui ont démontré plus de détresse psychologique étaient jeunes, avaient moins d'expérience, de possibilité de promotion et enfin, elles avaient passé plus de temps en contact avec les patients.

Nowack (1986) s'est intéressé à l'effet de la hardiesse et le type A de comportements sur les tracas de la vie, l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. Trois cents employés de l'Université de Californie à Los Angeles occupant une position de supervision ont été invités à participer à cette recherche; 196 participants ont complété les questionnaires dans le premier temps de cette étude prospective et 146 dans le deuxième temps. Les personnes plus hardies et ayant un type A de comportements ont rapporté moins d'épuisement professionnel et de détresse psychologique en comparaison avec les personnes moins hardies et ayant un

type A de comportements.

Holahan et Moos (1981) ont mené une étude longitudinale à San Francisco auprès de 245 hommes et de 248 femmes choisis de façon aléatoire. Les sujets ont répondu aux questionnaires deux fois à un intervalle d'une année. Le but de l'étude était de vérifier si la diminution du soutien social reçu au travail et en famille est associée à une augmentation de la détresse psychologique dans une année. Les personnes qui ont perçu plus du soutien social ont rapporté moins de détresse psychologique. Puis, les personnes qui ont perçu plus de changements négatifs dans leur vie ont rapporté plus de détresse psychologique. La prédiction que la diminution du soutien reçu au travail et en famille est liée significativement avec l'augmentation de la détresse psychologique, au cours d'une année, a été soutenue par les résultats de l'étude.

Norbeck (1985) a étudié les relations entre le stress relié au travail, le soutien au travail et la détresse psychologique. L'échantillon de convenance de cette étude corrélationnelle a été composé de 164 infirmières employées



dans 18 unités cliniques de huit hôpitaux situés dans la région urbaine et suburbaine en Californie du nord. Les infirmières qui ont perçu un niveau élevé de soutien au travail ont eu moins de stress au travail, d'insatisfaction au travail et de détresse psychologique. Les résultats de cette étude suggèrent que le soutien au travail pourrait exercer une influence sur la détresse psychologique. Voyons maintenant quelques études qui ont examiné les relations entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique.

Une étude réalisée par Ganellen et Blaney (1984) a examiné les liens entre la hardiesse, le soutien social, les événements stressants de la vie et la détresse psychologique. Quatre-vingt-trois étudiantes d'une université américaine ont participé à cette étude corrélationnelle. Les résultats de cette recherche ont suggéré que la hardiesse par le sens de l'engagement et le sens du défi est fortement associée au soutien social. Les résultats ont aussi indiqué que les étudiantes qui ont rapporté moins d'événements stressants de la vie, plus de soutien social et plus de hardiesse ont moins de détresse psychologique.

Kashubeck, en 1994 a investigué les relations entre la hardiesse, le soutien social, la détresse psychologique et l'alcoolisme parental auprès d'un échantillon de convenance non aléatoire formé des 228 étudiants inscrits au cours d'introduction à la psychologie dans une université américaine. Les résultats ont démontré l'existence d'une corrélation négative entre la hardiesse, le soutien social et la détresse psychologique. Le fait d'avoir un parent alcoolique a expliqué 1% de la variance de la détresse psychologique. La hardiesse et le soutien social ont eu un effet modérateur sur la détresse psychologique et aucun effet modérateur sur la relation entre la détresse psychologique et l'alcoolisme parental.

Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995) ont réalisé une étude longitudinale auprès d'un échantillon aléatoire simple ( $n = 1\ 990$ ) tiré de la population ( $N = 8\ 066$ ) d'infirmières francophones oeuvrant en gériatrie dans des centres hospitaliers et des centres d'accueil du Québec et enrégistrées à l'O.I.I.Q. en 1992. L'étude s'est déroulée en trois temps séparés par un intervalle de six mois. Cette recherche a examiné les relations entre les stressors occupationnels, la hardiesse, les stratégies d'adaptation, le

soutien au travail, l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. Les infirmières qui ont démontré plus de hardiesse (plus de sens de l'engagement et plus de sens de la maîtrise), plus de stratégies actives d'adaptation et plus de soutien au travail ont eu une perception moindre des stressseurs en milieu de travail et ont manifesté moins d'épuisement professionnel et de détresse psychologique.

L'examen attentif des écrits amène à constater qu'il n'existe pas d'études sur les relations entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires, en particulier sur les infirmières auxiliaires francophones au Québec. Par contre l'examen des écrits permet de formuler de nouvelles hypothèses de recherche.

#### Les hypothèses de recherche

H1: Il existe une corrélation significative et négative entre la hardiesse et la détresse psychologique de l'infirmière auxiliaire.

H2: il existe une corrélation significative et positive entre la hardiesse et le soutien en milieu de travail de

l'infirmière auxiliaire.

H3: il existe une corrélation significative et négative entre le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique de l'infirmière auxiliaire.

La figure 2 présente les relations entre les variables selon le modèle théorique de Kobasa et Maddi (1984).

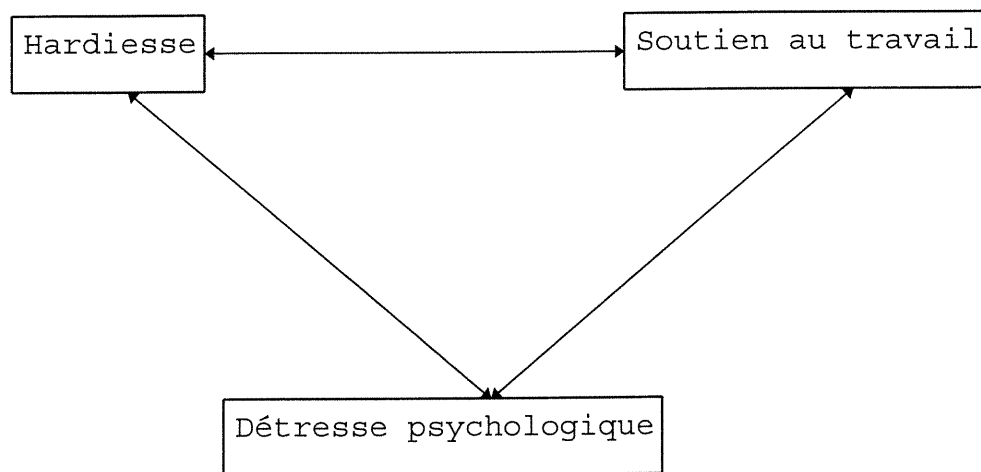


Figure 2. Les relations entre les variables selon le modèle théorique de Kobasa, S. C. & Maddi, S. R. (1984).

## Chapitre troisième

### Méthode

Ce troisième chapitre traite successivement les aspects suivants: le type d'étude, la population et l'échantillon, le milieu, le déroulement de la collecte des données, les considérations éthiques, la définition opérationnelle des variables, les instruments de mesure, les limites méthodologiques et le plan d'analyse de données.

#### Le type de l'étude

L'étude est de type corrélationnel, elle vise à examiner les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires.

#### La population et l'échantillon

La population de cette étude est l'ensemble d'infirmières auxiliaires francophones oeuvrant au Québec et enrégistrées à l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Au 11 juillet 1996, cette population regroupait 18 000 infirmières auxiliaires (O.I.I.A.Q., 1996). A partir des registres de l'O.I.I.A.Q. un échantillon

aléatoire de 300 infirmières auxiliaires a été tiré du fait que Burns et Groves (1993) considèrent que le taux de réponses par courrier est généralement faible (25-30%).

### Le milieu

Le questionnaire a été envoyé au domicile. Cette procédure peut enlever certains biais pouvant être présents lorsque le questionnaire est complété dans le milieu de travail (Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier, 1995).

### Le déroulement de la collecte de données

Ce type de recherche convient bien à l'enquête par courrier qui a permis de rejoindre les infirmières auxiliaires francophones oeuvrant au Québec. L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (O.I.I.A.Q.) a été contacté. Il a subventionné la collecte des données de cette recherche et il a approuvé l'accès à ses registres. Trois cents sujets ont été tirés au hasard de ces registres par le statisticien de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (O.I.I.A.Q.). Les questionnaires auto-



administrés ont été envoyés au domicile des infirmières auxiliaires par l'entremise de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (O.I.I.A.Q.). En plus du questionnaire, l'envoi contenait une lettre d'appui de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (O.I.I.A.Q.), une lettre de présentation de la part de chercheure pour susciter la participation à l'étude et pour donner l'assurance de l'anonymat et de la confidentialité des données et une enveloppe de retour affranchie (voir appendice F). Une lettre de rappel trois semaines après l'envoi du questionnaire a été également utilisée.

#### Les considérations éthiques

La participation à l'enquête était entièrement libre et les procédures utilisées ont permis l'assurance de l'anonymat et de la confidentialité des données.

## Définition opérationnelle des variables

### La hardiesse

La hardiesse concerne des caractéristiques de la personnalité qui agissent comme source de résistance face aux événements stressants de la vie. La hardiesse est composée de trois dimensions, soit le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi (Maddi et Kobasa, 1984). Le sens de l'engagement est l'habileté de la personne à se sentir pleinement impliquée ou engagée dans des activités. Le sens de la maîtrise est la croyance de la personne qu'elle peut influencer les événements qui arrivent dans sa vie. Le sens du défi est l'anticipation du changement comme un défi stimulant pour le développement de la personne (Maddi et Kobasa, 1984). La hardiesse a été évaluée à l'aide de l'échelle "Des points de vue personnels" (Kérouac et Duquette, 1992), version française du Hardiness Scale, la troisième version élaborée par Kobasa et ses collaborateurs (Kobasa, 1990).

### Le soutien au travail

Le soutien au travail se réfère aux relations interpersonnelles en milieu de travail. Il est formé de deux composantes: le soutien du supérieur et la cohésion parmi les pairs (Insel et Moos, 1974). Le soutien du supérieur exprime comment le supérieur soutient et encourage les employés à s'entraider. La cohésion parmi les pairs démontre le degré de collégialité et d'aide mutuelle des employés. Le soutien en milieu de travail a été mesuré à l'aide de deux composantes de l'échelle la "Dimension relationnelle au travail" (Michaud, 1991), version française du Work Relationship Index (WRI), (Moos, 1986).

### La détresse psychologique

La détresse psychologique, un indicateur de santé mentale, est un ensemble de symptômes reliés à la dépression, à l'anxiété, à l'agressivité et aux problèmes cognitifs (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987). La détresse psychologique a été évaluée à l'aide de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-29) (Préville,

Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987), traduction française du Psychiatric Symptom Index (PSI), (Ilfeld, 1976).

### Les instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés pour cette recherche ont formé un questionnaire intégré en quatre sections. L'approbation pour l'utilisation des instruments dans la version française a été obtenue.

#### La mesure de la hardiesse

La hardiesse a été mesurée à l'aide de l'échelle "Des points de vue personnels" (Kérouac et Duquette, 1992), traduction française de la troisième version de l'instrument Hardiness Scale élaboré par Kobasa (1990). L'échelle "Des points de vue personnels" contient 50 items: 16 items pour le sens de l'engagement, 17 items pour le sens de la maîtrise et 17 items pour le sens du défi. La personne indique ses réponses à l'aide d'une échelle de type Likert dont les valeurs varient de 1 (pas du tout vrai) à 4 (complètement vrai). Un score global de hardiesse, de même qu'un score pour

chacune des trois dimensions, peut être obtenu selon la technique de calcul des scores proposée par Kobasa (1990, voir appendice A).

### La fidélité et la validité de la Hardiness Scale

La consistance interne de l'instrument a été vérifiée. Le coefficient alpha de Cronbach a été de .90 pour l'ensemble de l'instrument, de .70 pour le sens de l'engagement, de .70 pour le sens de la maîtrise et de .70 pour le sens du défi (Kobasa, 1990). La stabilité temporelle de l'instrument a été vérifiée à deux moments, à un intervalle de deux semaines et le coefficient alpha de Cronbach s'est situé à .60, Kobasa (1990). A l'aide de la technique de traduction inversée, Duquette et al. (1992) ont traduit la Hardiness Scale. Lors d'un pré-test la version française a obtenu un coefficient alpha de Cronbach de .81 pour l'ensemble de l'instrument, de .58 pour le sens du défi, de .60 pour le sens de la maîtrise et de .75 pour le sens de l'engagement (Morissette, 1993). Pour l'étude de Duquette et al. (1995) les valeurs des coefficients alpha de Cronbach ont été de .84 pour l'ensemble de l'instrument et respectivement de .74 pour le sens de

l'engagement, de .62 pour le sens de la maîtrise et de .66 pour le sens du défi. Major (1995) a rapporté une consistance interne illustrée par un coefficient alpha de Cronbach de .81 pour tous les items de l'instrument et respectivement de .75, .60, .58 pour le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi. Pour cette étude, la consistance interne de l'instrument mesurée à l'aide d'un coefficient alpha de Cronbach est de .85 pour l'ensemble de l'instrument, de .70 pour le sens de l'engagement, de .64 pour le sens de la maîtrise et de .70 pour le sens du défi.

Les résultats des recherches de Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995), Maddi et Khoshaba (1994), Major (1995) et Morissette (1993) ont soutenu la validité de construit de la hardiesse. En effet, les résultats de ces recherches ont démontré que la hardiesse est une ressource de résistance de la personne dans sa rencontre avec les événements stressants en milieu de travail.

#### La mesure du soutien au travail

Le soutien en milieu de travail a été mesuré par la "Dimension relationnelle au travail" (Michaud, 1991),

traduction française du Work Relationship Index (WRI), (Moos,1986). L'instrument "Dimension relationnelle au travail" est formé de 27 items: 9 items pour l'implication du groupe à la tâche, 9 items pour le soutien du supérieur et 9 items pour la cohésion parmi les pairs. Pour la présente étude, ont été retenues les dimensions: le soutien du supérieur et la cohésion parmi les pairs. La personne indique ses réponses à l'aide d'une échelle de type Likert dont les valeurs varient de 1 (tout à fait vrai) à 4 (tout à fait faux). Un score standardisé peut être obtenu selon la technique proposée par Moos (1986, voir appendice B).

#### La fidélité et la validité du Work Relationship Index (WRI)

La consistance interne de l'instrument a été vérifiée et un coefficient alpha de .77 a été obtenu pour le soutien du supérieur et de .69 pour la cohésion parmi les pairs (Moos, 1986). Pour la version française, les valeurs du coefficient alpha de Cronbach sont les suivantes: .79 pour le soutien du supérieur et .69 pour la cohésion parmi les pairs (Michaud, 1991). Pour l'étude de Morissette (1993) coefficient alpha a été de .69 pour le soutien du supérieur et de .49 pour la

cohésion parmi les pairs (1993). Dans l'étude de Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995), le coefficient alpha de Cronbach a été de .84 pour l'ensemble de l'instrument, de .82 pour le soutien du supérieur et de .70 pour la cohésion parmi les pairs. Puis, pour cette étude, le coefficient alpha de Cronbach a été de .87 pour l'ensemble de l'instrument, de .84 pour le soutien du supérieur et de .75 pour la cohésion parmi les pairs.

Les résultats des recherches de Holahan et Moos (1979, 1980) et Bilings et Moos (1981) ont soutenu la validité du construit de WRI comme index du soutien social. Le WRI est relié aux autres indicateurs du soutien social dans l'environnement de travail (Holahan et Moos, Note 2, 1979). Le WRI est un prédicteur de l'ajustement psychologique (Holahan et Moos, Note 1, 1980) et il a aussi un effet modérateur sur la perception psychologique des stressseurs dans le milieu de travail (Bilings et Moos, Note 3, 1981).

#### La mesure de la détresse psychologique

La détresse psychologique a été mesurée à l'aide de l'Indice de détresse psychologique de Santé-Québec (IDPESQ-



29) (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987), traduction française du Psychiatric Symptom Index (PSI) (Ilfeld, 1976). L'instrument est formé de 29 items: 10 items pour l'état dépressif, 11 items pour l'état d'anxiété, 4 items pour les symptômes agressifs et 4 items pour les problèmes cognitifs. La personne indique la fréquence des symptômes perçus à l'aide d'une échelle de type Likert dont les valeurs varient de 1 (jamais) à 4 (souvent). Un score global est obtenu en utilisant la technique de calcul des scores standardisés sur cent de l'enquête Santé Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987, voir appendice C).

La fidélité et la validité du Psychiatric Symptom Index (PSI)

La consistance interne de l'instrument a été vérifiée. Ilfeld (1976) a rapporté un coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de .91 pour l'ensemble des items de l'échelle et des coefficients de .84, .85, .79, .77 respectivement pour chacune des dimensions (la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les problèmes cognitifs). Pour la

version française les valeurs des coefficients alpha de Cronbach ont été de .92 pour l'ensemble des items, de .87 pour le facteur dépressif, de .81 pour le facteur anxiété, de .79 pour le facteur irritabilité et de .73 pour le facteur problèmes cognitifs (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1987). Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995) ont trouvé auprès d'une population d'infirmières un coefficient alpha de Cronbach de .94 pour l'ensemble de l'instrument, de .86 pour l'état dépressif, de .84 pour l'état d'anxiété, de .86 pour les symptômes agressifs et de .81 pour les problèmes cognitifs. Enfin, pour la présente étude, la consistance interne de l'instrument est de .94. Des coefficients alpha de Cronbach de .86, .86, .77 et .76 ont été obtenus respectivement pour la dimension la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les problèmes cognitifs.

Ilfeld (1976) a examiné la validité concomitante du Psychiatric Symptom Index (PSI) en regardant trois critères. L'auteur a rapporté une relation significative entre la présence des symptômes de détresse psychologique et le fait de consulter un professionnel de la santé. Les répondants qui avaient un score élevé au PSI ont indiqué avoir cherché de

l'aide huit fois plus que les autres répondants. En outre, les répondants qui ont cherché l'aide d'un professionnel et qui ont été hospitalisés pour leur problème ont montré plus de symptômes que ceux traités sur une base externe. Par ailleurs, les répondants qui ont rapporté une utilisation élevée de drogues psychoactives ont montré un niveau de symptômes élevé. Finalement, le degré de tension rapporté par les intervieweurs a été relié de façon significative au niveau des symptômes des répondants.

Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1987) ont examiné la validité concomitante de l'IDPESQ-29 en étudiant sa relation avec quatre mesures du statut de santé des répondants.

Selon les résultats de l'enquête Santé-Québec (ESQ), l'IDPESQ-29 est un bon indicateur de la présence d'idées suicidaires, de la consultation des services de santé mentale et d'hospitalisation pour un problème de santé mentale. Les répondants ayant un indice égal ou supérieur au 85ième percentile sur l'échelle de détresse psychologique ont présenté une probabilité cinq fois supérieure aux autres répondants d'avoir consulté pour un problème de santé mentale durant les douze derniers mois; une probabilité six fois

supérieure aux autres répondants d'avoir été hospitalisés pour un problème de santé mentale durant la même période et une probabilité neuf fois supérieure aux autres répondants en regard des idées suicidaires durant la même période.

#### Le questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques ont été mesurées à l'aide du questionnaire des caractéristiques sociodémographiques de Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995). Les caractéristiques personnelles incluent l'âge, le genre, le statut marital, le nombre d'enfants. Les caractéristiques professionnelles regroupent le titre d'emploi, le statut d'emploi, le quart de travail, le type d'établissement et le nombre d'années d'expérience (voir appendice D).

#### Limites méthodologiques

Ce devis transversal de recherche a permis la mesure à un temps unique, ce qui n'a pas donné la possibilité de suivre le déroulement chronologique des relations entre les

variables de l'étude. Les relations entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique ont été examinées pour la première fois auprès d'infirmières auxiliaire francophones. D'autres variables reconnues dans la littérature comme étant des facteurs reliés à la détresse psychologique n'ont pas été mesurées, étant donné l'ampleur limitée de cette étude. Parmi ces variables, notons la perception des événements de la vie courante et des stressseurs dans le milieu de travail, le soutien familial, l'insatisfaction et l'épuisement professionnel. Egalement, les instruments de mesure ont aussi été utilisés pour la première fois auprès d'infirmières auxiliaires francophones. Il faut ajouter que les instruments de mesure captent la perception subjective individuelle, ce qui n'a pas permis de savoir de façon objective l'état de la santé mentale des infirmières auxiliaires.

#### Le plan d'analyse de données

L'analyse statistique descriptive (les mesures de fréquence, de tendance centrale, de dispersion et de distribution de résultats) ont permis de résumer

l'information numérique de façon structurée afin d'obtenir un portrait général des variables mesurées: la hardiesse, le soutien en milieu de travail, la détresse psychologique et les caractéristiques sociodémographiques auprès d'un échantillon aléatoire d'infirmiers et d'infirmières auxiliaires québécois francophones.

Les tests statistiques de relation ont permis de déterminer la force des liens observés entre les variables de l'étude. De plus, les qualités psychométriques des instruments de mesure, telle la consistance interne des instruments traduits, ont été évaluées (Daniel, 1991).

## Chapitre quatrième

### Présentation des résultats

Le quatrième chapitre sur la présentation des résultats de l'étude est formé de trois parties. La première partie décrit l'échantillon de l'étude selon les caractéristiques sociodémographiques des répondantes. La deuxième partie présente les données descriptives pour les variables d'intérêt, alors que les résultats relatifs à la question de recherche et aux hypothèses sont traités en troisième partie.

#### Description de l'échantillon

Un échantillon aléatoire de 300 infirmières auxiliaires répondant aux critères de sélection a été extrait des registres de l'O.I.I.A.Q. Le taux de réponse a été de 57%. Un total de 171 questionnaires ont été analysés.

Les caractéristiques sociodémographiques des répondantes sont illustrées au tableau I à l'aide de statistiques descriptives. Le tableau I montre que l'échantillon est formé majoritairement de femmes, soit 87,1%. Également, 61,2% ont 41 ans et plus, l'âge moyen étant de 42,46 ans. Concernant le statut marital, 78,4% sont mariées ou vivent en union libre. Plus de 60% des infirmières auxiliaires ont des enfants à



leur charge et de celles-ci, 51,50% en ont un ou deux. La majorité (96,5%) n'a pas d'autres personnes à charge que les enfants. Au niveau du statut d'emploi des répondantes, 52,30% travaillent à temps plein par rapport à 46,70% à temps partiel. En ce qui concerne les années d'expérience à titre d'infirmière auxiliaire 54,40% ont vingt ans d'expérience ou moins, avec une moyenne de 18,70 ans. Quant aux années d'expérience à la même unité, 52,60% ont dix ans ou moins, la moyenne se situant à 10,85 ans. Toutefois, en ce qui à trait au quart de travail, 39,20% des infirmières auxiliaires travaillent le jour et les autres travaillent le soir, la nuit ou en rotation. Dans un autre ordre d'idées, 87,70% des infirmières auxiliaires ont un titre d'emploi d'infirmière auxiliaire tandis que 4,10% ont un titre d'emploi d'infirmière auxiliaire et de préposée alors que 8,20% travaillent comme infirmière auxiliaire et dans d'autres postes tels que directrice de soins, infirmière assistante chef, technicien ambulancier, enseignant, formation, archiviste, secrétaire, sécurité d'emploi, soins des pieds, électrolyse et restauration. Enfin, 71,90% des participantes à l'étude travaillent dans un centre hospitalier alors que 28,10% sont dans un centre d'accueil.

Tableau I

Répartition des répondantes selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Variables	n	%	M	SD	Min	Max
Genre	171	100,00				
Féminin	149	87,10				
Masculin	22	12,90				
Age	170	100,00	42,46	7,85	19	65
≤ 30 ans	12	7,10				
31-40 ans	54	31,70				
41-50 ans	79	46,50				
≥ 51 ans	25	14,70				
Statut marital	171	100,00				
Vit en couple	134	78,40				
Vit seul	37	21,60				
Nombre d'enfants	171	100,00				
Aucun	64	37,40				
1 ou 2	88	51,50				
≥ 3	19	11,10				

Personnes à charge autres que les enfants	171	100,00				
oui	6	3,50				
non	165	96,50				
Statut d'emploi	169	100,00				
Temps complet	90	52,30				
Temps partiel	79	47,70				
Années d'expérience comme infirmière auxiliaire	171	100,00	18,70	8,52	0,00	34,33
≤ 10 ans	33	19,30				
11-20 ans	60	35,10				
21-30 ans	64	37,40				
≥ 31 ans	14	8,20				
Années d'expérience à la même unité	172	100,00	10,85	8,05	0,00	33,00
≤ 10 ans	90	52,60				
11-20 ans	58	33,90				
21-30 ans	21	12,30				
≥ 31 ans	2	1,20				

Quart de travail	166	100,00				
Jour	65	39,20				
Soir	33	19,80				
Nuit	18	10,90				
Rotation	50	30,10				
Titre d'emploi	171	100,00				
Infirmière aux.	150	87,70				
Infirmière aux. et préposée	7	4,10				
Infirmière aux. et autres	14	8,20				
Type						
d'établissement	160	100,00				
Centre hospitalier	115	71,90				
Centre d'accueil	45	28,10				

### Description des variables

Le texte qui suit présente les données descriptives des trois variables d'intérêt: la hardiesse, le soutien au

travail et la détresse psychologique.

### Hardiesse

Afin de connaître les résultats relatifs à la hardiesse, des statistiques descriptives ont été effectuées et font l'objet du tableau II.

Tableau II

#### Moyenne, écart-type et étendue de la hardiesse

Variable	n	M	SD	Etendue observée		Valeurs possibles	
				Min	Max	Min	Max
Hardiesse (score global)	171	67,60	9,90	38,80	86,30	0	100
Sens de l'engagement	171	0,72	0,12	0,31	0,92	0	1
Sens de la maîtrise	171	0,71	0,10	0,41	0,92	0	1
Sens du défi	171	0,60	0,13	0,22	0,88	0	1

Dans la présente étude, les infirmières auxiliaires ont

obtenu une moyenne de 67,60, ce qui se situe au début du troisième tiers de l'échelle de réponse. Le sens de l'engagement est la dimension la plus élevée avec une moyenne de 0,72. Le sens de la maîtrise est en deuxième place avec une moyenne de 0,71. Enfin, le sens du défi se révèle comme la dimension la moins élevée avec une moyenne de 0,60. L'écart-type et l'étendue pour chaque des variables indiquent que les données sont bien dispersées. En résumé, les infirmières auxiliaires ont un niveau moyen de hardiesse. Elles font preuve d'un sens de l'engagement et de la maîtrise assez élevés alors qu'elles présentent un sens de défi modéré.

#### Soutien au travail

Les résultats relatifs au soutien au travail des infirmières auxiliaires sont présentés au tableau III.

Tableau III

Moyenne, écart-type et étendue du soutien au travail

Variable	n	M	%	SD	Etendue observée		Valeurs possibles	
					Min	Max	Min	Max
Soutien au travail (score global)	171	30,00	56,00	8,86	1,03	50,98	0	54
Soutien du supérieur	171	14,15	52,00	5,40	0,00	27,00	0	27
Cohésion entre les pairs	171	15,82	59,00	4,35	1,00	26,00	0	27

(Moyenne obtenue-Valeur minimale possible)

(%) = ----- \* 100

(Valeur maximale possible-Valeur minimale possible)

Les résultats du tableau III indiquent que les infirmières auxiliaires ont obtenu une moyenne de 30,00. Ceci tend à montrer que les infirmières auxiliaires perçoivent un soutien modéré (56,00%) dans leur milieu de travail. La

moyenne la plus élevée se retrouve à la cohésion entre les pairs (15,82), suivie par le soutien du supérieur avec une moyenne de 14,15. L'écart-type et l'étendue pour chacune des variables indique que les données sont bien dispersées. Ces résultats suggèrent que les participantes à l'étude se sentent modérément soutenues dans leur milieu de travail. Entre autres, elles perçoivent une meilleure cohésion entre les pairs qu'un soutien du supérieur.

#### Détresse psychologique

Pour connaître les résultats obtenus relatifs à la détresse psychologique, des statistiques descriptives ont été effectuées et font l'objet du tableau IV.



Tableau IV

Moyenne, écart-type et étendue de la détresse psychologique

Variable	n	M	%	SD	Etendue observée		Valeurs possibles	
					Min	Max	Min	Max
Détresse psychologique (score global)	171	24,60	24,60	14,80	0,00	85,10	0	100
Dimension dépression	171	7,74	25,80	5,22	0,00	27,00	0	30
Dimension anxiété	171	7,62	23,10	5,21	0,00	33,00	0	33
Dimension agressivité	171	3,20	26,70	1,97	0,00	12,00	0	12
Dimension problèmes cognitifs	171	2,83	23,60	2,00	0,00	11,00	0	12

$$\begin{aligned}
 & \text{(Moyenne obtenue-Valeur minimale possible)} \\
 (\%) = & \frac{\text{-----}}{\text{(Valeur maximale possible-Valeur minimale possible)}} * 100
 \end{aligned}$$

Ce tableau IV montre que les répondantes ont obtenu un score moyen de détresse psychologique qui se situe à 24,60%, alors que la valeur maximale est de cent. De plus, la dimension agressivité a un score moyen de 26,70%, suivie par la dimension dépression avec un score moyen de 25,80%. Les problèmes cognitifs viennent en troisième place avec un score moyen de 23,60%. Enfin, la dimension anxiété se révèle être la moins élevée avec une moyenne de 23,10%. L'écart-type et l'étendue pour chaque des variables indiquent que les données sont bien dispersées.

Santé-Québec (1987) a obtenu un score moyen de 14,17 auprès d'un échantillon de 17 201 participants. Nos résultats laissent croire que les infirmières auxiliaires participantes à cette étude manifestent plus de détresse psychologique que la population québécoise. Aussi, Santé-Québec a obtenu un score moyen de 16,07 auprès de 8 576 femmes de 15 à 65 ans et plus qui ont participé à l'étude, ce qui laisse penser que les infirmières auxiliaires participantes à cette étude

manifestent plus de détresse psychologique que les femmes du Québec en général. L'examen de la distribution de fréquence (voir figure 3) démontre que 48,53% des infirmières auxiliaires sont dans un état avancé de détresse psychologique ayant un score égal ou plus grand que 22,99%. Santé- Québec (1987) considère un score moyen de 22,99% comme le seuil de la détresse psychologique qui correspond au 80ième percentile de la distribution lors de l'Enquête Santé- Québec de 1987.

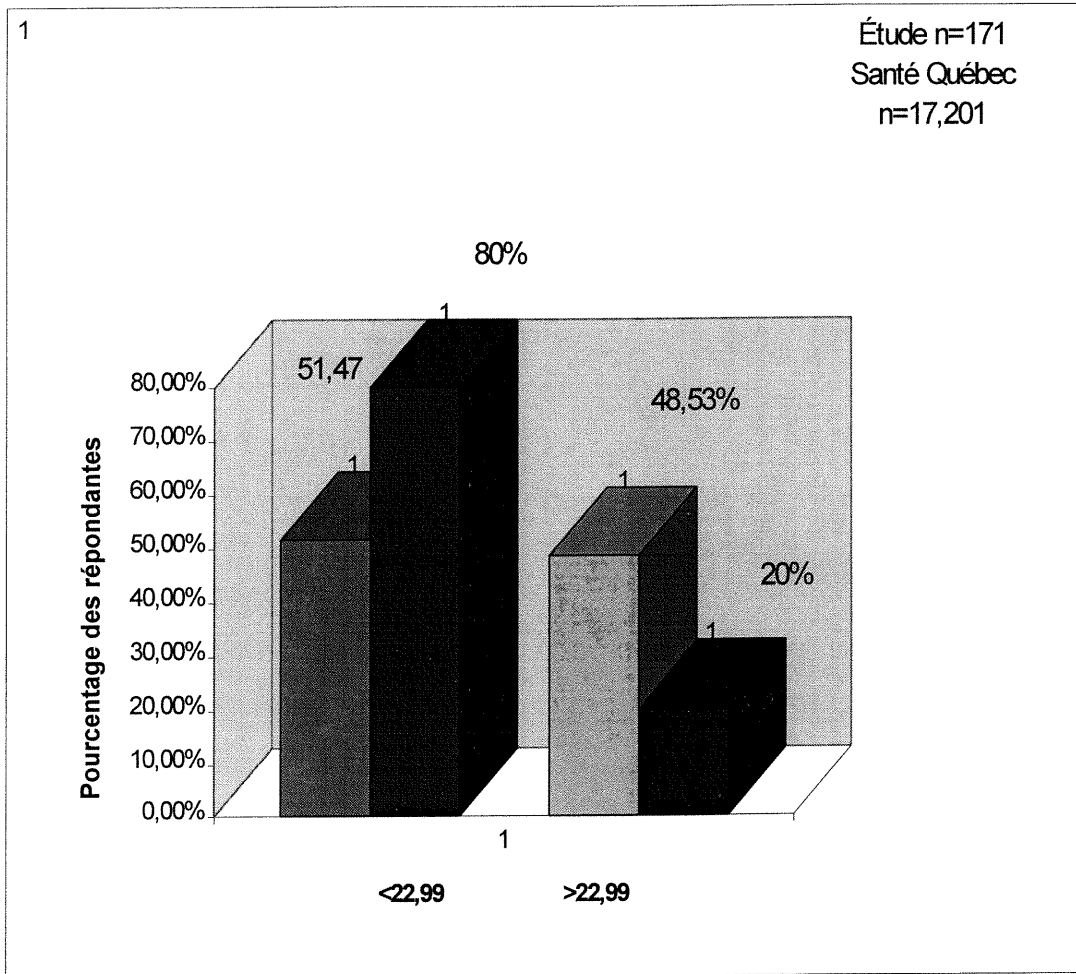


Figure 3. Pourcentage des répondantes ayant un score inférieur ou supérieur au seuil de la détresse psychologique

### Vérification des hypothèses de recherche

La question de recherche a été formulée de la façon suivante: "Quelle est la force de la relation entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones du Québec?"

En regardant cette question de recherche, trois hypothèses de recherche ont été vérifiées à l'aide de test de corrélation de Pearson. Ces résultats ont été considérés significatifs si le niveau critique observé était inférieur ou égal à 0,05 ( $p \leq .025$  pour le test bilatéral). D'après, Norusis (1990) la force de la relation a été considérée faible si le coefficient de corrélation était inférieur à 0,30 ( $r < 0,30$ ), modérée s'il se situait entre 0,30 et 0,70 ( $0,30 < r < 0,70$ ) et élevée si le coefficient de corrélation était égal ou supérieur à 0,70 ( $r \geq 0,70$ ). Pour chacune des hypothèses, un tableau présente les résultats correspondants.

Tableau V

Corrélation entre la hardiesse et la détresse psychologique

Variable	Détresse psychologique		
	n	r	p
Hardiesse	171	-0,42	< .001

\* $p < .05$  = significative ( $p < .025$  pour le test bilatéral)

H1: Il existe une corrélation négative et significative entre la hardiesse et la détresse psychologique.

L'hypothèse H1 est confirmée puisqu'il existe une corrélation significative et modérée qui est négative entre la hardiesse et la détresse psychologique ( $r = -0,42$ ).

Tableau VI

Corrélation entre la hardiesse et le soutien au travail

Variable	Soutien au travail		
	n	r	p
Hardiesse	171	0,27	< .001

\* $p < .05$  = significative ( $p < .025$  pour le test  $t$  bilatéral)

H2: Il existe une corrélation positive et significative entre la hardiesse et le soutien en milieu de travail.

L'hypothèse H2 est confirmée puisqu'il existe une corrélation significative et faible qui est positive entre la hardiesse et le soutien au travail ( $r = 0,27$ ).

Tableau VII

Corrélation entre le soutien au travail et la détresse psychologique

Variable	Détresse psychologique		
	n	r	p
Soutien au travail	171	-0,21	< .001

\* $p < .05$  = significative ( $p < .025$  pour le test  $t$  bilatéral)

H3: Il existe une corrélation négative et significative entre le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique.

L'hypothèse H3 est confirmée puisqu'il existe une corrélation significative et faible qui est négative entre le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique ( $r = -0,21$ ).

Des analyses complémentaires ont été effectuées afin d'examiner la relation entre les variables

sociodémographiques et la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique.

En résumé la figure suivante présente les résultats obtenus en regardant la force de la relation entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec.



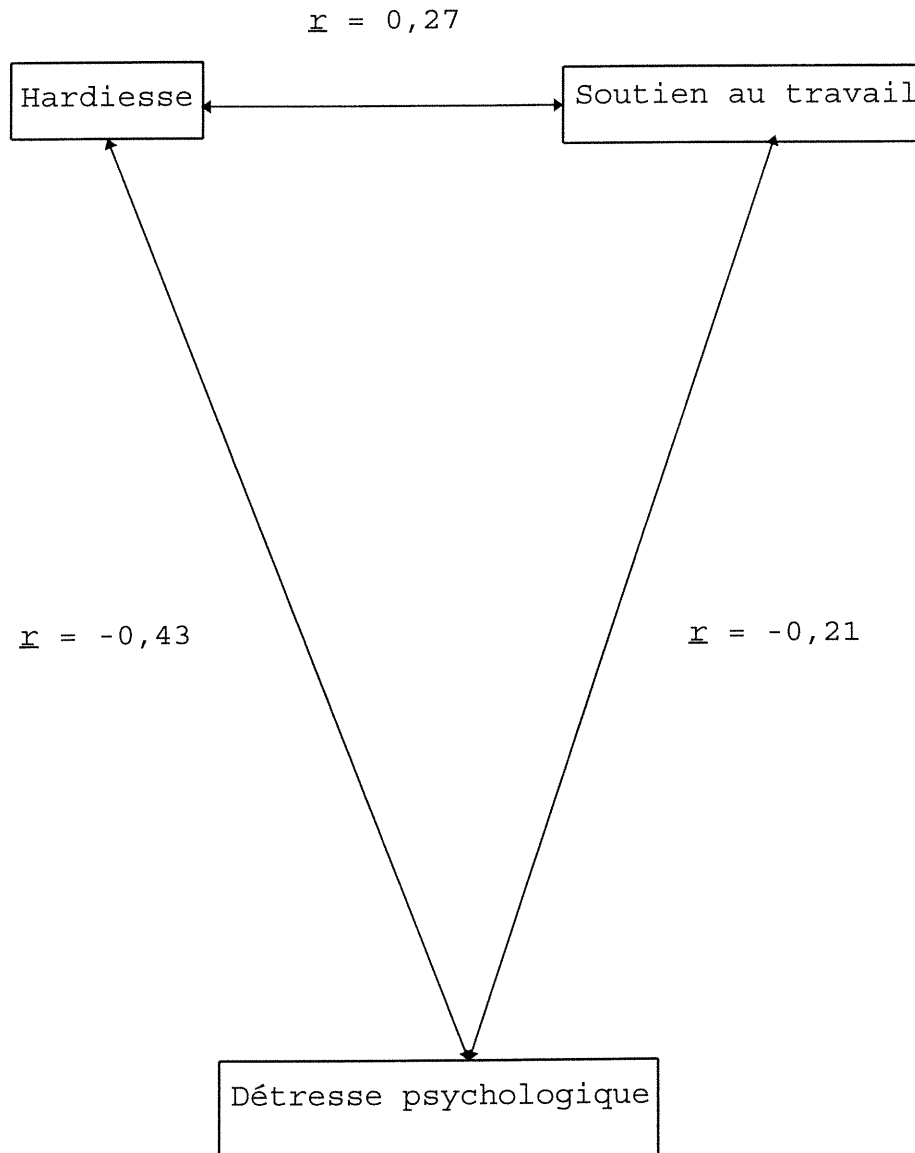


Figure 4. la force de la relation entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec.

### Analyses complémentaires

Les catégories utilisées pour les variables sociodémographiques sont les mêmes que ceux du tableau I. Sauf pour la variable titre d'emploi, on a fait deux catégories 1) titre d'emploi comme infirmière auxiliaire et 2) comme infirmière auxiliaire et autres. Ainsi des tests  $t$  de Student et ANOVA entre les variables sociodémographiques et la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique ont été réalisés. Lorsque le test  $F$  était significatif, un test Tukey a été effectué pour connaître les différences entre les groupes des participants à l'étude. Seules les données qui présentent des différences significatives à l'égard des scores globaux sont présentées au tableau VIII. De ce tableau, il ressort qu'il y a peu de liens significatifs entre les variables sociodémographiques et les variables d'intérêt.

Tableau VIII

Test t de Student et ANOVA entre les variables sociodémographiques et la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique (score global)

Variables sociodémographiques	Hardiesse	Soutien au travail	Détresse psycholo- gique
Age	NS	NS	NS
Genre	NS	NS	NS
Statut marital	NS	NS	NS
Titre d'emploi	NS	NS	NS
Statut d'emploi	S*  t = 2,03  p < .04	NS	S*  t = 2,67  p < .01
Années d'expérience comme infirmière auxiliaire	NS	NS	NS
Années d'expérience à la même unité	S*  F = 2,92  dl(3,167)  p < .04	NS	NS

Nombre d'enfants	S*	NS	NS
	F = 3,90		
	dl(2,103)		
	p < .02		
Quart de travail	NS	NS	NS
Type d'établissement	NS	NS	NS

\* $p \leq .05$  = significative

En ce qui concerne les relations entre les variables sociodémographiques et la hardiesse, il ressort que les infirmières auxiliaires ayant un statut d'emploi à temps partiel ont un niveau moyen de hardiesse plus grand que celles ayant un statut d'emploi à temps complet ( $t_{|169|} = 2,03$ ;  $p < .04$ ). De même, les infirmières auxiliaires ayant une expérience à la même unité de moins de 11 ans ont un score moyen de hardiesse plus grand que celles ayant une expérience à la même unité de 11 à 20 ans ( $F(3,167) = 2,92$ ;  $p < .04$ ). Enfin, les infirmières auxiliaires sans enfant ont un score moyen de hardiesse plus grand que celles ayant un ou deux enfants ( $F(2,103) = 3,90$ ;  $p < .02$ ).

Pour le soutien au travail, aucun lien n'a été significatif. Les variables sociodémographiques ne semblent

pas être en relation avec la perception du soutien au travail chez les infirmières auxiliaires participantes à l'étude.

Egalement, pour la relation entre les variables sociodémographiques et la détresse psychologique, les infirmières auxiliaires ayant un statut d'emploi à temps complet ont un niveau moyen de détresse psychologique plus grand que celles ayant un statut d'emploi à temps partiel ( $t_{169} = 2,67; p < .01$ ). Les autres variables sociodémographiques semblent ne pas être en relation avec la perception de la détresse psychologique des infirmières auxiliaires participantes à l'étude.

A la suite des résultats obtenus concernant les relations entre les trois variables d'intérêt, des analyses de régression multiple ont été effectuées afin d'examiner le rôle médiateur de la hardiesse entre le soutien au travail et la détresse psychologique.

Selon, le modèle statistique suggéré par Baron et Kenny (1986) trois analyses de régression linéaire ont été effectuées: d'abord entre le soutien au travail et la hardiesse, ensuite entre le soutien au travail et la détresse psychologique, enfin entre la hardiesse, le soutien au

travail et la détresse psychologique.

La hardiesse aura un effet médiateur si l'effet du soutien au travail sur la détresse psychologique est moindre en troisième équation que dans la deuxième. Il y a aussi trois autres conditions: 1) la hardiesse doit être significativement associée au soutien au travail 2) le soutien au travail doit être significativement associé à la détresse psychologique et 3) la hardiesse doit être significativement associée à la détresse psychologique.

Tableau IX

Analyse de régression linéaire multiple entre le soutien au travail et la hardiesse (n = 171)

Variable explicative	B	Bêta	R <sup>2</sup>
Soutien au travail	0,00*	0,27*	7.7%*
Constante	0,58		

\*p < .05 = significative

Le tableau IX révèle que le soutien au travail explique 7,7% de la variance de la hardiesse.

Tableau X

Analyse de régression linéaire multiple entre le soutien au travail et la détresse psychologique (n = 171)

Variable explicative	B	Bêta	R <sup>2</sup>
Soutien au travail	-0,35*	-0,21*	4%*
Constante	35,30		

\* $p < .05$  = significative

Le tableau X indique que le soutien au travail explique 4% de la variance de la détresse psychologique.

Tableau XI

Analyse de régression linéaire multiple entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique (n = 171)

Variable explicative	B	Bêta	R <sup>2</sup>
Hardiesse	-59,19*	-0,39*	19%*
Soutien au travail	NS	NS	NS
Constante	69,81		

\* $p < .05$  = significative

Le tableau XI permet de constater que la hardiesse explique

19% de la variance de la détresse psychologique, alors que le soutien au travail n'a plus d'effet significatif sur la détresse psychologique. En effet, la variance de la détresse psychologique expliquée par le soutien au travail passe de 4% à non significatif, si la hardiesse est présente dans le modèle. Ces résultats suggèrent que la hardiesse exerce un rôle médiateur entre le soutien au travail et la détresse psychologique.



## Cinquième chapitre

Interprétation et discussion des résultats

Ce cinquième chapitre est axé sur l'interprétation et la discussion des résultats présentés au quatrième chapitre. Le texte traite d'abord de la représentabilité de l'échantillon. Par la suite, il y a une comparaison avec d'autres études, puis une discussion en ce qui concerne les résultats obtenus à l'égard de la hardiesse, du soutien au travail et de la détresse psychologique. A la fin de ce chapitre sont présentées des recommandations pour la recherche, la gestion et la formation.

#### Un échantillon représentatif

Un échantillon aléatoire ( $n=300$ ) a été obtenu à partir de la population des infirmières auxiliaires francophones du Québec ( $N=18\ 000$ ). Un taux de réponses de 57% a été obtenu. La méthode d'échantillonnage utilisée et le taux de réponses obtenus permettent de croire que les résultats de cette étude puissent être généralisés à la population à l'étude, soit l'ensemble des infirmières auxiliaires francophones oeuvrant au Québec et membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

La première contribution de cette étude est de dresser un portrait diagnostique et descriptif de la situation des infirmières auxiliaires du Québec en ce qui concerne leurs perceptions des ressources psychologiques personnelles (la hardiesse), du soutien reçu au travail et d'un aspect de l'état de santé mentale (la détresse psychologique).

#### Des infirmières auxiliaires assez hardies

Les résultats présentés au chapitre précédent permettent de constater que les infirmières auxiliaires à l'étude ont démontré un niveau moyen de hardiesse. Cependant, comparés aux résultats des études réalisées auprès d'infirmières et infirmiers francophones québécois par Duquette et al. (1995), Major (1995) et Morissette (1993), où le niveau moyen de hardiesse varie de 71,1 à 74,08, les résultats de cette étude sont moins élevés.

Le sens de l'engagement est la dimension la plus marquante pour cette étude. Ce résultat est moins élevé que ceux des études de Duquette et al. (1995) et Major (1995). Pour l'étude de Morissette (1993) le sens de l'engagement s'est situé en deuxième place après le sens de la maîtrise.

Ces résultats suggèrent qu'un grand nombre d'infirmières auxiliaires se perçoivent comme étant impliquées, actives, enthousiastes et curieuses dans les événements qu'elles vivent en milieu de travail et dans la vie en général. En effet, les infirmières auxiliaires les plus engagées se sentent motivées à s'adapter de façon efficace face au stress. Dans l'ensemble, les infirmières auxiliaires se sentent capables de prendre des décisions et de choisir des objectifs prioritaires. De plus, la plupart d'entre elles ont plutôt tendance à croire que leur travail est assez apprécié par la société.

Dans cette étude, la dimension du sens de la maîtrise est en deuxième place avec une moyenne moins élevée que les résultats des études de Duquette et al. (1995) et Major (1995). Dans l'étude de Morissette (1993) le sens de la maîtrise s'est situé en première place. Ces résultats suggèrent que le sens de la maîtrise permet aux infirmières auxiliaires de croire généralement qu'elles peuvent avoir du contrôle sur les événements qui peuvent arriver en milieu de travail et dans la vie en général. La plupart des infirmières auxiliaires considèrent qu'elles sont écoutées par leurs supérieurs et que leurs efforts aboutissent aux résultats

désirés. De même, elles se sentent assez capables de demander de l'aide lorsqu'elles doivent exécuter une tâche difficile dans le milieu de travail.

Comme dans les études citées précédemment, le sens du défi dans cette étude se situe en troisième place. Ce résultat démontre que dans l'ensemble, les infirmières auxiliaires se sentent stimulées par les changements. Pour la plupart d'entre elles, la variété dans le travail et les choses inattendues peuvent cependant devenir sources d'insatisfaction. Enfin, les relations interpersonnelles ambiguës peuvent rendre les infirmières auxiliaires inconfortables.

On pourrait croire que le score plus élevé de hardiesse chez les infirmières en comparaison avec celui des infirmières auxiliaires peut potentiellement s'expliquer par leur formation plus avancée et par plus d'autonomie dans l'exercice de leur profession, ce qui pourrait renforcer leur sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi.

Les infirmières auxiliaires perçoivent  
un soutien modéré au travail

Les résultats obtenus montrent que les infirmières auxiliaires de cette étude perçoivent un soutien modéré dans le milieu de travail, ce qui est en concordance avec les résultats de l'étude de Duquette et al. (1995). On rappelle que l'étude de Duquette et ses collaborateurs (1995) a été effectuée auprès d'infirmières québécoises oeuvrant en gériatrie.

La dimension, la cohésion entre les pairs, se situe dans cette étude en première place et de même dans l'étude de Duquette et al. (1995). Ces résultats suggèrent que les infirmières auxiliaires participant à l'étude manifestent un intérêt mutuel modéré, partagent quelquefois des activités après le travail et discutent quelquefois de leurs problèmes personnels. D'autre part, l'atmosphère de travail n'est pas perçue comme froide et impersonnelle mais, elle peut la devenir par le fait que des infirmières auxiliaires parlent parfois dans le dos des autres, se querellent et ne se donnent pas toujours la peine d'aider une nouvelle infirmière auxiliaire à se sentir à l'aise. Egalement, ces résultats

laissent entrevoir que les infirmières et les infirmières auxiliaires sont semblables quand il s'agit de leur perception du soutien des collègues de travail.

Le soutien du supérieur est situé en deuxième place avec une valeur moins élevée que celle obtenue dans l'étude de Duquette et al. (1995). Ces résultats indiquent que les infirmières auxiliaires perçoivent l'infirmière responsable comme ayant plutôt la tendance à décourager les critiques et comme adoptant plutôt une attitude de supériorité face aux infirmières auxiliaires. Par ailleurs, les infirmières auxiliaires se sentent plutôt critiquées par l'infirmière responsable pour des détails insignifiants. D'autre part, les infirmières auxiliaires rapportent être encouragées pour leur créativité. Les infirmières auxiliaires rapportent aussi être félicitées pour leurs résultats positifs. Finalement, les infirmières auxiliaires perçoivent que l'infirmière responsable leur accorde un crédit modéré quant aux idées proposées. Les résultats de cette étude invitent les infirmières auxiliaires à s'entraider, à se soutenir davantage et à rechercher l'aide de la part du supérieur.

Bon nombre d'infirmières auxiliaires  
rapporte un état avancé de détresse psychologique

En ce qui concerne la détresse psychologique, les résultats de cette étude indiquent que les infirmières auxiliaires ont obtenu un score moyen de 24,60 en comparaison avec un score de 14,17 pour l'Enquête Santé-Québec (1987) et de 23,30 pour l'étude de Duquette et al. (1995). Également, la distribution des fréquences démontre que 48,53% des infirmières auxiliaires participant à l'étude sont dans un état avancé de détresse psychologique en comparaison avec 20% dans l'étude de Santé-Québec (1987). De même, nos valeurs sont également plus élevées que celles obtenues dans les études auprès d'infirmières québécoises comme celles de Boyer, Courtemache, Lachance et Prévaille (1995), Prévaille, Beauchemin et Potvin (1991) et Duquette et al. (1995) où respectivement 38,8%, 31,3% et 46,1% des infirmières déclarent un état avancé de détresse psychologique.

Les résultats de cette étude démontrent que la dimension agressivité se situe en première place, au contraire de ceux de l'étude de Duquette et al. (1995) où elle occupe la seconde place. Ces résultats suggèrent que bon nombre



d'infirmières auxiliaires se laissent de temps en temps emportées contre d'autres, qu'elles ressentent à l'occasion des sentiments négatifs, qu'elles sont irritables et se fâchent pour des choses sans importance.

En seconde place dans cette étude, se situe la dimension dépression. Dans l'étude de Duquette et al. (1995) cette dimension occupe la troisième place. Ces résultats suggèrent que dans l'ensemble les infirmières auxiliaires participant à cette étude se sentent, de temps en temps, ralenties et manquent d'énergie, elles se sentent, de temps en temps, désespérées en pensant à l'avenir et vivent, de temps en temps, des sentiments de solitude et de peur et ont, de temps en temps, des difficultés à s'endormir et des idées suicidaires.

Les problèmes cognitifs viennent en troisième place en comparaison avec l'étude de Duquette et al. (1995) où cette dimension occupe la première place. Ces résultats indiquent que dans l'ensemble, les infirmières auxiliaires de cette étude éprouvent, de temps en temps, des difficultés à se concentrer et ont de temps en temps, des problèmes de mémoire et des difficultés à prendre des décisions.

La dimension anxiété occupe la quatrième place avec un

score moyen moins élevé que celui obtenu dans l'étude de Duquette et al. (1995). Ces résultats suggèrent que bon nombre d'infirmières auxiliaires de cette étude rapportent ressentir, de temps en temps, de l'étouffement, de la tachycardie, de la diaphorèse, de la tension, des troubles digestifs, des tremblements, de la crainte et de la peur.

En somme, les scores moyens obtenus pour chaque dimension sont tous plus élevés (de 23,60 à 26,70) que le score global moyen obtenu pour la population générale (14,20) et la population féminine (16,10) de l'enquête Santé-Québec (1987), ce qui suggère que les manifestations de détresse psychologique rapportées par les infirmières auxiliaires de cette étude sont presque deux fois plus fréquentes que celles observées dans la population générale.

Une autre contribution de cette étude est d'examiner les relations entre trois concepts centraux de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), soit la hardiesse, le soutien au travail et un indicateur de santé mentale, la détresse psychologique. Le texte qui suit traite des relations entre ces trois variables d'intérêt.

### La hardiesse est associée au soutien au travail

Les résultats de cette étude démontrent qu'il existe une relation positive, mais faible et significative, entre la hardiesse et le soutien au travail ( $r = 0,27$ ,  $p < .01$ ). Considérant qu'il s'agit d'un devis transversal et d'une étude corrélationnelle, on ne peut pas ici discuter de la direction de cette relation. Cependant, la théorie sur laquelle s'appuie la présente étude permet de suggérer que les infirmières auxiliaires plus hardies perçoivent plus de soutien au travail. En d'autres termes, les infirmières auxiliaires qui ont un sens élevé de l'engagement, de la maîtrise et de défi se sentent davantage encouragées et aidées par les pairs et l'infirmière responsable. Les corrélations obtenues dans cette étude sont moins élevées que celles de l'étude de Duquette et al. (1995) ( $r=0,32$ ;  $0,36$ ;  $0,37$ ). D'autres études sur la hardiesse et le soutien au travail (Boyle et al., 1991; Kobasa et al., 1983; Kobasa et al., 1985) rapportent des corrélations positives et significatives entre ces deux variables.

Ces résultats suggèrent que la proposition théorique de Maddi et Kobasa (1984) se confirme. En effet, Kobasa et

Puccetti (1983) soutiennent que les personnes hardies perçoivent de façon positive le soutien du supérieur immédiat et de la famille. Maddi et Kobasa (1984) soutiennent également que la hardiesse agit sur le soutien dans le sens où la personne hardie utilise le soutien social pour réduire la tension psychologique générée par les stressseurs. De plus, la personne hardie sait utiliser le soutien social pour renforcer l'effet de la hardiesse et demeurer en santé en dépit des multiples stressseurs répétés en milieu de travail et la vie courante.

Le soutien au travail est relié à  
la détresse psychologique

Les résultats de cette étude suggèrent l'existence d'une relation négative, faible et significative entre le soutien au travail et la détresse psychologique ( $r = -0,21$ ,  $p < .01$ ). Selon les résultats de l'analyse de régression linéaire, le soutien explique seulement 4% de la variance de la détresse psychologique. En tenant compte du fait que la présente étude est une étude corrélationnelle et le devis est transversal, on ne peut pas ici discuter de la direction de cette

relation. Cependant, le cadre théorique sur lequel s'appuie notre étude permet de suggérer que plus les infirmières auxiliaires se sentent soutenues par les pairs et le supérieur moins elles ont des manifestations de détresse psychologique. Il n'y a pas d'information dans les écrits recensés qui permettent de comparer nos résultats concernant la force de la relation entre le soutien au travail et la détresse psychologique; en effet, ces études utilisent d'autres instruments de mesure du soutien au travail et de la détresse psychologique ou, si elles utilisent le même instrument que cette recherche, la technique de calcul est différente. Cependant, nos résultats vont dans le même sens que les résultats des études de Norbeck (1985) et Duquette et al. (1995) qui confirment la relation entre le soutien au travail et la détresse psychologique.

Deux phénomènes interreliés: la  
hardiesse et la détresse psychologique

D'après les résultats de cette étude, il existe une relation négative, modérée et statistiquement significative entre la hardiesse et la détresse psychologique ( $r = -0,42$ ,

$p < .01$ ). Egalement, l'analyse de régression montre que, pour cette étude, la hardiesse explique 19% de la variance de la détresse psychologique. La théorie sur laquelle s'appuie la présente étude permet de suggérer que les infirmières auxiliaires qui font preuve de hardiesse ressentent moins de détresse psychologique. En d'autres termes, les infirmières auxiliaires qui ont un sens élevé de l'engagement, de la maîtrise et du défi expriment moins de manifestations d'anxiété, de dépression, d'agressivité et de problèmes cognitifs. Ce qui amène à croire que les croyances, les attitudes et les sentiments que les infirmières auxiliaires entretiennent à l'égard de la vie en général peuvent influencer la perception de leur état de santé.

D'ailleurs, les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux d'autres études réalisées auprès d'infirmières. En effet, plusieurs études ont rapporté des corrélations significatives entre la hardiesse et divers indicateurs de santé tels que la détresse psychologique (Duquette et al. ,1995), l'épuisement professionnel (Major, 1995; McCranie et al., 1987; Topf, 1989) et le bien-être psychologique (Harrisson, 1995; Savignac, 1993). L'ensemble de ces résultats tend à confirmer la proposition théorique

de Maddi et Kobasa (1984) à l'effet qu'il existe une relation négative entre la hardiesse et la maladie.

Selon Maddi et Kobasa (1984) la hardiesse est une ressource de résistance face aux stressseurs en milieu de travail et de la vie quotidienne. La personne hardie fait une évaluation cognitive de l'événement stressant de façon qu'il devient plus intéressant, pouvant être modifiable et il gagne une valeur potentielle pour le développement personnel. Cette évaluation optimiste du stressseur amène un changement de sa signification et en conséquence, les événements stressants sont perçus comme étant moins menaçants et deviennent des défis. Egalement, cette façon de composer avec les stressseurs diminue la tension psychologique et réduit le risque de maladie.

Il convient de rappeler que les infirmières auxiliaires participant à cette étude ont un niveau de détresse psychologique plus élevé que la majorité des québécois lors de l'enquête Santé-Québec (1987) et des infirmières québécoises des études de Boyer et al. (1995), Duquette et al. (1995) et Prévile, (1991). Ceci peut laisser croire que les infirmières auxiliaires perçoivent plus de stress et sont plus vulnérables aux effets néfastes du stress. Le texte qui

suit discute d'éléments susceptibles d'expliquer cette vulnérabilité.

Selon Ouellette (1993), une personne hardie et en bonne santé doit avoir des scores élevés sur les trois dimensions de la hardiesse. Dans cette étude, le sens du défi a été bas en comparaison avec le sens de l'engagement et de la maîtrise. Ceci pourrait être associé avec une capacité pessimiste d'évaluation des stressseurs qui ne sont pas perçus comme des défis, mais plutôt comme des menaces. Cette façon pessimiste de composer avec les stressseurs peut augmenter la tension psychologique et le risque de maladie. Egalement, la répartition inégale des trois composantes de la hardiesse pourrait expliquer le niveau moins élevé de la hardiesse et le niveau plus élevé de la détresse psychologique des infirmières auxiliaires de cette étude, en comparaison avec les résultats obtenus auprès d'infirmières dans les études citées précédemment.

De plus, dans cette étude, les infirmières auxiliaires perçoivent un soutien modéré dans le milieu de travail. Cependant, elles perçoivent moins de soutien de la part de l'infirmière responsable que de la part des pairs. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'autres études



réalisées auprès d'infirmières (Duquette et al. 1995 et Morissette, 1993). Maddi et Kobasa (1984) soutiennent que la hardiesse agit sur le soutien dans le sens où la personne hardie utilise le soutien social pour réduire la tension psychologique générée par les stressseurs. De même, Kobasa et Puccetti (1983) rapportent que les personnes hardies qui perçoivent de façon positive le soutien du supérieur immédiat et de la famille ont peu de maladies. Ceci pourrait être un autre facteur associé à la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires. Enfin, les résultats de cette étude indiquent que la majorité des infirmières auxiliaires pourraient tirer profit sans doute d'un programme de formation axé sur la promotion de la hardiesse (Duquette et al. 1995; Maddi et Kobasa, 1984 et Rich L. et Rich. V., 1987).

Les résultats de l'analyse statistique selon le modèle de Baron et Kenny (1986) confirme le rôle médiateur de la hardiesse dans la relation avec le soutien au travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires où le soutien social explique 7,7% de la variance de la hardiesse. Cette confirmation du rôle médiateur de la hardiesse permet

partiellement de vérifier la théorie de Maddi et Kobasa (1984) qui est utilisée comme cadre théorique de la présente étude.

En résumé, les principales contributions de cette étude résident d'abord dans le fait qu'elle a confirmé les relations entre deux concepts de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) et un indicateur de santé mentale, soit la détresse psychologique. Deuxièmement, l'étude a confirmé le rôle médiateur de la hardiesse dans la relation avec le soutien au travail et la détresse psychologique. Troisièmement, la population des infirmières auxiliaires québécoises a été pour la première fois examinée en fonction des variables telles que la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique.

#### Recommandations

Les résultats obtenus dans la présente recherche permettent de formuler des recommandation pour la recherche, la formation et la gestion.

### Recommandations pour la recherche

Cette recherche est la première qui a examiné les relations entre la hardiesse, le soutien au travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones du Québec. Des recherches futures devront examiner la perception de l'intensité et de la fréquence des stressés occupationnels des infirmières auxiliaires québécoises dans différents milieux de travail et les types de stratégies d'adaptation qu'elles utilisent pour y faire face. Des études longitudinales pourront examiner l'effet modérateur à long terme de la hardiesse et le soutien au travail sur les stressés occupationnels et quelles sont leurs relations avec certaines stratégies d'adaptation. Enfin, on peut aussi suggérer des études évaluatives d'intervention visant à renforcer la hardiesse.

### Recommandations pour la formation

Les programmes de formation des infirmières auxiliaires québécoises doivent préparer les futures infirmières auxiliaires à faire face aux multiples demandes et exigences

du milieu de travail. Les connaissances liées au stress occupationnel, à la hardiesse, au soutien en milieu de travail et au développement de stratégies d'adaptation efficaces face au stress devraient faire partie intégrante de la formation des infirmières auxiliaires québécoises. Egalement, les infirmières auxiliaires sont invitées à percevoir une situation stressante comme étant davantage un défi qu'une menace ou une perte. Dans la même ordre d'idées, les infirmières auxiliaires sont conviées à renforcer leur capacité de rechercher un soutien efficace lors de situations difficiles au travail et dans la vie quotidienne.

#### Recommandations pour la gestion

Les gestionnaires devraient s'intéresser davantage au développement de la hardiesse chez leurs employés et tout particulièrement chez les infirmières auxiliaires. Il est important que les gestionnaires soient à l'écoute des infirmières auxiliaires, soient ouverts aux critiques constructives, qu'ils valorisent l'expérience des infirmières auxiliaires et qu'ils reconnaissent l'importance de leur travail. Finalement, les gestionnaires sont invités à

contribuer à la création d'un climat de travail qui favorise la flexibilité, l'autonomie, l'estime de soi et le sentiment de contrôle.

Conclusion

Cette recherche a eu comme but l'étude des relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez des infirmières auxiliaires francophones du Québec. Il faut rappeler que les résultats de cette étude démontrent que 48,53% des infirmières auxiliaires participant à l'étude rapportent un état de détresse psychologique sévère.

Il semble que les infirmières auxiliaires qui perçoivent le milieu de travail comme froid et impersonnel, qui démontrent peu d'enthousiasme et d'intérêt et qui s'engagent peu dans leur milieu de travail sont plus à risque de détresse psychologique sévère. Il ressort aussi que les infirmières auxiliaires qui ne croient pas qu'elles peuvent influencer les événements et qui ne perçoivent pas les changements comme des défis sont plus susceptibles de vivre une expérience de détresse psychologique sévère.

Dans le but de prévenir la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires, les gestionnaires sont invités à apporter plus de soutien aux infirmières auxiliaires qui paraissent être à risque de souffrir de détresse psychologique sévère. De même, les gestionnaires pourraient créer un environnement favorable au développement de la

hardiesse et du soutien en milieu de travail.

Le programme de formation des infirmières auxiliaires pourrait apporter des notions de hardiesse, de soutien en milieu de travail et de stratégies d'adaptation au stress.

Les recherches futures pourraient identifier quelle est la perception des infirmières auxiliaires de l'intensité et de la fréquence des stressseurs dans différents milieux de travail et quel type de stratégies d'adaptation elles utilisent pour faire face à ce type de stressseurs. Des études longitudinales peuvent être menées auprès d'infirmières auxiliaires pour vérifier l'effet modérateur à long terme de la hardiesse et du soutien au travail et leurs relations avec les stratégies d'adaptation. Finalement, on peut suggérer des études évaluatives d'intervention visant à renforcer la hardiesse.



## Références

Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winblad, B. (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. Journal of Advanced Nursing, 15, 1236-1244.

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

Bilings, G. A., & Moos, H. R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, (2), 139-157.

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.

Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. Revue canadienne de psychiatrie, 38, (6), 339-343.

Boyer, R., Courtemanche, H., Prévaille, M., & Lachance L. (1995). La détresse psychologique chez les infirmières et les préposé(e)s aux bénéficiaires de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Montréal: Centre de recherche Fernand-Seguin.

Bryant, B. F., & Veroff, J. (1984). Dimensions of subjective mental health in american men and women. Journal of Health and Social Behavior, 25, (6), 116-135.

Browner, H. C. (1987). Job stress and health: The role of social support at work. Research in Nursing & Health, 10, 93-100.

Burns, N., & Grove, K. S. (1993) The Practice of Nursing Research: Conduct, critique & utilisation (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, (5), 300-314.

Cohen, S., & Wills A, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, (2), 310-357.

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

Corbeil, C. (1993). L'épuisement émotionnel des soignants en centre d'accueil pour personnes âgées. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.

Daniel, W, W. (1991). Biostatistics: A fondation for analysis in the health sciences (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Derogatis, R, L., Covi, L., Lipman, S, R., & Uhlenhuth, S, R. (1970). Dimensions of outpatient neurotic pathology: Comparison of a clinical versus an empirical assesment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, (2), 164-174.

Dohrenwent, P, B., Shrout, E, P., Egri, G., & Mendelson, S, F. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Archives Generales Psychiatry, 37, (11), 1229-1236.

Dohrenwent, P, B., & Dohrenwent, S, B. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. American Journal of Public Health, (72), 1271-1279.

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.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, K. B., & Saulnier, P. (1995). Étude 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.

Firth, H., McIntee, J., Keown, P., & Britton, P. (1986). Interpersonal support amongst nurses at work. Journal of Advanced Nursing, 11, 273-282.

Ganellen, J. J., & Blaney, H. P. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. Journal of Personality & Social Psychology, 47, (1), 156-163.

Ganster, C. D., Fusilier, R. M., & Mayes, T. B. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. Journal of Applied Psychology, 71, (1), 102-110.

Haley, J. D. (1985). The relation among social support, alienation, religiosity, length of service and the burnout experiences by nurses' aides and licensed practical nurses employed in skilled care nursing homes. Unpublished doctoral dissertation, Loyola University of Chicago, Chicago.

Hare, J., & Pratt C, C. (1988). Burnout: Differences between professional and paraprofessional nursing staff in acute care and long-term care health facilities. The Journal of Applied Gerontology, 7, (1), 60-72.

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

Holahan, J. C., & Moos, H. R. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology, 90, (4), 365-370.

Ilfeld, W. F. (1976). Further validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. Psychological Reports, 39, 1256-1228.

Insel, M. P., & Moos H, R. (1974). Psychological environments, expanding the scope of human ecology. American Psychologist, 3, 179-188.

Kaplan, B, H., Robbins, C., & Martin, S, S. (1983). Antecedents of psychological distress in young adults: Self-rejection, deprivation of social support, and life events. Journal of Health and Social Behavior, 24, 230-244.

Kashubeck, S. (1994). Adult children of alcoholics and psychological distress. Journal of Counseling & Development ,72, 538-543.

Kérouac, S., & Duquette, A. (1992).  tude longitudinale de d terminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieux g riatriques. Document in dit, Montréal: Université de Montréal.

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

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

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

Kobasa, C, S., & Hilker, R. (1982). Executive work perceptions and the quality of working life. Journal of Occupational Medecine. 24, (1), 25-29.

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

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

Kobasa, C, S., Maddi, R, S., & Puccetti, C, M. (1982). Personality and exercice as buffers in the stress-illness

relationship. Journal of Behavioral Medicine, 5, (4), 391-404.

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

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

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

Kobasa, Ouellette, C, S. (1993). Clarification of sampling in some early hardiness articles. Journal of Personality & Social Psychology, 65, (1), 207-208.

Langner, S, T. (1962). A twenty-two item screening score of Psychiatric Symptoms Indicating Impairment. Journal of Health and Human Behavior, 3, 268-276.

LaRocco, M, J., House, S, J., & French, P, R, J. (1980). Social support, occupational stress, and health. Journal of Health and Social Behavior, 21, (9), 202-218.

Livingston, M., & Livingston H. (1984). Emotional distress in nurse at work. British Journal of Medical Psychology, 57, 291-294.

Maddi, S., & Khosaba, M, D. (1994). Hardiness and mental health. Journal of Personality Assessment, 63, (2), 265-274.

Maddi, R, S., & Kobasa, C, S. (1984). The hardy executive: Health under stress. Homewood, Illinois: Dow Jones-Irvin.

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

Montréal, Université de Montréal.

McCranie, E., Lambert, V., & Lambert, C., Jr. (1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. Nursing Research, 36, (60), 374-379.

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, Montréal, Université de Montréal.

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

Morano, J. (1993). The relationship of workplace social support to perceived work-related stress among staff nurses. Journal of Post Anesthesia Nursing, 8, (6), 395-402.

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

Norbeck, S. 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). Introductory statistics guide SPSS. Chicago: SPSS.

Nowack, K. M. (1986). Type A, hardiness, and psychological distress. Journal of Behavioral Medicine, 9, (6), 537-549.

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires au Québec (O.I.I.A.Q.), communication personnelle, 11 juillet 1996.

Ouellette, S. C. (1993). Inquiries into hardiness. In L. Goldberger and S. Breznits (Eds.) (2nd.) Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (pp. 90). New York: Free Press.

Plante, A. (1993). Le stress occupationnel, l'épuisement et le soutien professionnel des infirmières oeuvrant auprès de personnes atteintes de cancer en phase terminale. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.

Perrault, C. (1989). L'enquête Santé-Québec et la santé mentale des québécois: cadre conceptuel et méthodologie. Santé mentale au Québec, 14, (1), 132-143.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1987). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé-Québec (p. 1-54). Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Préville, M., Beauchemin, J., & Potvin, L. (1991). Etude des caractéristiques associées au stress chez les infirmières. Montréal: Département de Santé Communautaire Maisonneuve-Rosemont.

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

Smith, E. R., Johnson, H. J., & Sarason, G. I. (1978). Life change, the sensation seeking motive, and psychological distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, (2), 348.

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

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

Suls, J., & Mullen, B. (1981). Life change and psychological distress: The role of perceived control and desirability. Journal of Applied Social Psychology, 11, (5), 379-389.

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



## Appendices

Appendices A

Echelle de la hardiesse

Après le jury, l'instrument a été enlevé pour des raisons de droits d'auteurs

Le 23 septembre 1996

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières  
Chère collègue infirmière auxiliaire,  
Cher collègue infirmier auxiliaire,

Étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières de l'Université de Montréal, je m'intéresse à la santé en milieu de travail des infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Vous-êtes parmi 300 infirmières auxiliaires choisies au hasard, en collaboration avec l'O.I.I.A.Q., pour participer à cette enquête. Votre participation est très importante parce qu'aucune recherche de cette nature ne s'est intéressée aux infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Les résultats de cette recherche seront forts utiles pour identifier des moyens innovateurs pour aider les infirmières auxiliaires à mieux composer avec les exigences du travail. Au cours de l'été 1997, les résultats devraient paraître dans la revue Santé Québec.

Cette enquête est strictement **confidentielle et anonyme**, en ce sens votre identité ne m'est aucunement révélée et seuls les résultats de groupe seront communiqués à votre Ordre professionnel.

Ci-joint le questionnaire et une enveloppe de retour pré-affranchie. Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez remplir le questionnaire et me le retourner le plus tôt possible.

Cependant soyez assuré(e) que vous êtes entièrement libre de participer à cette enquête.

Merci à l'avance de votre collaboration.

Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec moi, Madelaine Harrisson, B. Sc. inf., au téléphone [REDACTED]

Le 14 octobre 1996

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Chère collègue infirmière auxiliaire,  
Cher collègue infirmier auxiliaire,

Il y a quelques semaines, je vous ai envoyé par l'entremise de l'O.I.I.A.Q. un questionnaire portant sur la "santé en milieu de travail des infirmières auxiliaires francophones au Québec". Votre réponse ne m'est pas encore parvenue à l'O.I.I.A.Q.

**Votre participation est indispensable à la réussite de mon mémoire de maîtrise.** Il est très important pour moi de collecter le plus de réponses possibles. Vos réponses me permettront par ailleurs de faire des recommandations valables pour aider les infirmières auxiliaires à mieux composer avec les exigences du travail.

Cette enquête est strictement **anonyme**. Je ne connaîtrai jamais le nom des personnes à qui l'O.I.I.A.Q. a fait parvenir mon questionnaire. Quant à l'O.I.I.A.Q. ou à ses représentants, ils ne connaîtront jamais le contenu d'aucun questionnaire. Seules des statistiques de groupe leurs seront communiquées.

Ci-inclus un exemplaire du questionnaire, il faut compter environ **15 minutes** pour le compléter.

Merci à l'avance pour votre collaboration.

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

N.B. Ne tenez pas compte de ce rappel si vous avez déjà retourné votre questionnaire. Merci!

Appendice B

Echelle de soutien au travail

Après le jury, l'instrument a été enlevé pour des raisons de droits d'auteurs

Appendice C

Echelle de la détresse psychologique



Après le jury, l'instrument a été enlevé pour des raisons de droits d'auteurs

Appendice D

Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques

Après le jury, l'instrument a été enlevé pour des raisons de droits d'auteurs

Appendice E

Lettres d'autorisation pour les instruments de mesure

Le 6 août 1996

M. André Duquette Ph.D.  
Mme Suzanne Kérouac M.N., M.Sc.  
Faculté des Sciences infirmières  
Université de Montréal

Monsieur, Madame,

Dans le cadre de ma recherche pour obtenir une maîtrise en sciences infirmières, je désire examiner les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Pour ce faire, j'aurais besoin de votre autorisation pour l'utilisation de la version française du Hardiness scale (Kobasa, 1990) que vous avez traduite en 1992. Pour ma part, je m'engage à indiquer des spécifications concernant la traduction et l'origine des instruments sur mon questionnaire ainsi qu'à l'intérieur de mes documents. Bien entendu, une demande d'autorisation au Dr. Kobasa concernant la version originale sera faite.

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

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.



Le 15 août 1996

Madame Madelaine Harrison

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Chère Madame,

J'ai bien reçu votre lettre du 6 août 1996 dans laquelle vous demandiez mon autorisation pour utiliser la version française du Hardiness Scale (Kobasa, 1990) et je vous accorde cette autorisation. Par ailleurs, je vous rappelle qu'il est essentiel que vous demandiez également l'autorisation du Dr Kobasa pour la version originale.

Je vous prie de recevoir, chère Madame, mes salutations les meilleures.

[REDACTED]

André Duquette, inf., Ph.D.  
Professeur agrégé

AD/gd

[REDACTED]

August 6, 1996

Dr. Suzanne C. Ouellette  
Graduate School and University Center  
City University of New York  
33 West 42nd. Street,  
New York, NY 10036.8099  
U.S.A.

Dear Dr. Ouellette,

I am a graduate student at the Faculty of Nursing at the University of Montreal. For my master's degree I am interested in examining the relationships that exist between hardiness and social support at work and psychological distress for Licensed Practical Nurses. I plan to distribute 300 questionnaires to Licensed Practical Nurses, randomly chosen for the study. Beginning the research as soon as possible would facilitate my project which is to be supervised by André Duquette PhD.

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

Thank you for your cooperation.  
Yours truly,

Madelaine Harrisson

[REDACTED]

January 21, 1997

Dr. Suzanne C. Ouellette  
Graduate School and University Center  
City University of New York  
33 West 42nd. Street,  
New York, NY 10036.8099  
U.S.A.

Dear Dr. Ouellette,

For my master's degree I am interested to verify the relationships that exist between hardiness and social support at work and psychological distress for Licensed Practical Nurses.

I requested the permission to use the 50 items Personal Views Scale, the third generation of an instrument developed by Dr. Suzanne Oullette Kobasa and translated in french by K erouac & Duquette in 1992 in the 6 August 1996 but I did not receive the answer. I join you the original letter. I would appreciate your collaboration in granting me permission for it's re-use.

Thank for your consideration.

Yours sincerely,

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



Mars 7, 1997

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

Dear Mrs Greaves,

For my master's degree I am interested to verify the relationships that exist between hardiness and social support at work and psychological distress for Licensed Practical Nurses.

I requested in the 6 August 1996 and the 21 January 1997 the permission to use the 50 items Personal Views Scale, the third generation of an instrument developed by Dr. Suzanne Oullette Kobasa and translated in french by K  rouac & Duquette in 1992 but I did not receive the answer. I join you the originals letters. I would appreciate your collaboration in granting me permission for re-use.

Thanking you for your cooperation,

Yours truly,

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Le 6 août 1996

Suzanne L. Michaud M. Sc.  
Direction des soins infirmiers  
Hôpital Sacre-Coeur de Montréal  
5400 Gouin O.  
Montréal, (Qc) H4J 1C5

Madame,

Dans le cadre de ma recherche pour obtenir une maîtrise en sciences infirmières, je désire examiner les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Pour ce faire, j'aurais besoin de votre autorisation pour l'utilisation de la version française du Work Relationship Index (Moos, 1986) que vous avez traduite en 1991. Pour ma part, je m'engage à indiquer des spécifications concernant la traduction et l'origine des instruments sur mon questionnaire ainsi qu'à l'intérieur de mes documents. Bien entendu, une demande d'autorisation au Dr. Moos concernant la version originale sera faite.

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

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] :

Le 21 août 1996

Madame Madelaine Harrisson, B. Sc. inf.

[REDACTED]

Madame,

En réponse à votre lettre du 6 août 1996, 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 recevoir une copie de vos résultats de recherche portant sur les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones au Québec, si cela est possible.

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

[REDACTED]

Suzanne L. Michaud, Inf., M.Sc.  
Adjointe au secteur de l'enseignement et de la recherche

SLM/eh

A:\divers #2\suzanne.per\Harrisson.let



xxx

August 6, 1996

University of Montreal  
Faculty of Nursing

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

Mrs., Mr.

I am requesting permission for the re-use one instrument already translated into French some years ago. This is the Work Environment Scale (Insel & Moos, 1986). For this instrument, the original permission for use and translation was obtained by Suzanne Michaud and the instrument was translated in French in 1989, for her Master thesis.

For my master degree I am interested to verify the relationships that exist between hardiness and social support at work and psychological distress for Licensed Practical Nurses. Among others, this instrument is essential for my study, and therefor, I would appreciate your collaboration in granting us the permission for his re-use. For this transversal study I plan to distribute 300 questionnaires to Licensed Practical Nurses, randomly chosen for the study. The anticipated beginning date of the research is September 1996, and the anticipated ending date is April 1997.

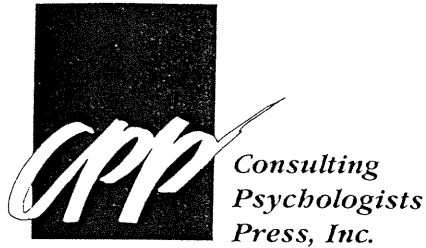
Further, if there are any costs involved in granting us the permission for use of questionnaire, please do let us know.

Thank you for your consideration.

Yours sincerely,

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



Madelaine Harrison  
[REDACTED]

**EX-POST FACTO PERMISSION AGREEMENT  
FOR MODIFICATION & REPRODUCTION**

Agreement Issued: March 20, 1997

Customer Number: [REDACTED]

Permission Code: [REDACTED]

Invoice Number: [REDACTED]

In response to your request of March 3, 1997, upon concurrent receipt by Consulting Psychologists Press, Inc., of this signed Ex-Post Facto Permission Agreement and payment of the Permission Fee, ex-post facto permission is hereby granted to you for the modification and reproduction of the **Work Environment Scale (WES)** completed for use with nurses and licensed practical nurses for research use within your dissertation entitled, "Hardiness, Social Support and Psychological Distress for Licensed Practical Nurses". Research was conducted September 23, 1996 through December 13, 1996 and you reproduced only 250 copies as modified. This Ex-Post Facto Permission Agreement is valid only for the period of September 23, 1996 through December 13, 1996 and automatically terminates December 13, 1996 or upon violation of this Ex-Post Facto Permission Agreement including, but not limited to, failure to pay the Permission Fee of \$130.00 for up to 250 copies reproduction fee + \$60 processing fee = \$190.00 total or by failure to sign and return this Permission Agreement within 45 days from March 20, 1997.

**The permission granted hereunder is limited to this one-time use only.**

**The permission granted hereunder is specifically limited as specified in this agreement.**

**The permission granted hereunder shall be for research use of printed material only.**

**The permission granted hereunder specifically excludes the right to reproduce modified materials in any publication, including dissertations or theses.**

This Permission Agreement shall be subject to the following conditions:

- (a) Any material reproduced must be used in accordance with the guidelines of the American Psychological Association.
- (b) Any material reproduced must contain the following credit lines:

"Modified and reproduced by special permission of the Publisher, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA 94303 from **Work Environment Scale** by Paul M. Insel and Rudolf H. Moos. Copyright 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent."

- (c) None of the materials may be sold or used for purposes other than those mentioned above, including, but not limited to, any commercial or for-profit use. Commercial and/or for profit use of the copyright-protected materials and/or any derivative work of the modified materials is specifically excluded from the permission granted herein.
- (d) One copy of any material reproduced will be sent to the Publisher immediately after its completion to indicate that the appropriate credit line has been used. This Agreement shall be rescinded if one copy of the material is not received within forty-five days of reproduction/publication by a CPP representative.
- (e) CPP subscribes to the general principles of test use as set forth in the *Standards for Educational and Psychological Testing* Copyright 1985 by the American Psychological Association. The customer's/user's attention is drawn to the following statements:

"The test user, in selecting or interpreting a test, should know the purposes of the testing and the probable consequences. The user should know the procedures necessary to facilitate effectiveness and to reduce bias in test use. Although the test developer and publisher should provide information on the strengths and weaknesses of the test, the ultimate responsibility for appropriate test use lies with the test user. The user should become knowledgeable about the test and its appropriate use and also communicate this information, as appropriate, to others.

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

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

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

CPP shall not be responsible for the use or misuse of the materials or services licensed under this permission agreement. The customer/user assumes all responsibility for use or misuse of the same. Unless expressly agreed to in writing by CPP, all materials and services are licensed without warranty, express or implied, including the implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. Refund of contract fees at CPP's sole option is the sole and exclusive remedy and is in lieu of actual, consequential, or incidental damages for use or misuse of CPP materials and services and in no event shall CPP liability exceed the contract fees of license of said materials and services. Unless otherwise expressed this agreement is for modification and reproduction of said items only. To request permission for inclusion of Sample Items from the material, please contact CPP's Permission Department.

(f) Madelaine Harrison agrees that the WES as modified under this Agreement is a derivative work of the WES and hereby automatically assigns all right, title, and interest in any such derivative work created under this Permission Agreement in perpetuity to Consulting Psychologists Press (CPP) or as directed by CPP, immediately upon completion and without further consideration.

CONSULTING PSYCHOLOGISTS PRESS

I AGREE TO THE ABOVE CONDITIONS,

By [Redacted Signature]  
Authorized Representative

By [Redacted Signature]  
Madelaine Harrison

Date 4/18/97

Date 4 04 97

Le 6 août 1996

Santé Québec  
1200 Avenue McGill College  
bureau 1620,  
Montréal, Qc, H3B 4J8

Monsieur, Madame,

Dans le cadre de ma recherche pour obtenir une maîtrise en sciences infirmières, je désire examiner les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Pour ce faire, j'aurais besoin de votre autorisation pour l'utilisation de l'échelle de détresse psychologique de Santé- Québec (IDEPESQ-29) la version française du Psychiatric Symptoms Index (PSI) (Ilfeld, 1976) que vous avez traduite en 1987. Pour ma part, je m'engage à indiquer des spécifications concernant la traduction et l'origine d'instrument sur mon questionnaire ainsi qu'à l'intérieur de mes documents.

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

Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Le 6 septembre : xxxiv

Santé Québec  
1200 Avenue McGill College  
bureau 1620,  
Montréal, Qc, H3B 4J8

Monsieur, Madame,

Dans le cadre de ma recherche pour obtenir une maîtrise en Sciences infirmières, je désire examiner les relations entre la hardiesse, le soutien en milieu de travail et la détresse psychologique chez les infirmières auxiliaires francophones au Québec.

Pour ce faire, j'aurais besoin de votre autorisation pour l'utilisation de l'échelle de détresse psychologique de Santé Québec (IDEPESQ-29) la version française du Psychiatric Symptoms Index (PSI) (Ilfeld, 1976) que vous avez traduite en 1987. Pour ma part, je m'engage à indiquer des spécifications concernant la traduction et l'origine d'instrument sur mon questionnaire ainsi qu'à l'intérieur de mes documents.

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

[REDACTED]  
Madelaine Harrisson B. Sc. inf.

[REDACTED]  
96.09.06



Appendice F

Correspondance

Montréal, le 8 mai 1996

Monsieur Réjis Paradis  
Directeur Général de l'O.I.I.A.Q.  
531 Sherbrooke E.  
Montréal, QC H2L 1K2

Monsieur Réjis Paradis,

Je suis étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Dans le cadre de ma recherche, je désire examiner la relation entre les dimensions de la hardiesse, le soutien en milieu de travail et celles de l'épuisement professionnel chez les infirmiers et les infirmières auxiliaires québécois francophones.

Il s'agit d'une étude descriptive corrélative qui vise à mesurer le niveau de hardiesse, de soutien en milieu de travail et l'épuisement professionnel chez les infirmiers et les infirmières auxiliaires québécois francophones. Le questionnaire est formé de trois instruments ("l'échelle de points de vue personnels", "l'échelle la dimension relationnelle au travail" et "l'échelle de l'épuisement professionnel pour le personnel de la santé"), ainsi que d'un questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques. La population est formée de l'ensemble des infirmiers et des infirmières auxiliaires francophones oeuvrant dans des établissements de santé du Québec. De cette population, un échantillon aléatoire simple de 125 sujets sera sélectionné.

Ce type de recherche conviendrait à une enquête par

(Suite)

courrier. Il permettrait d'avoir un échantillon aléatoire et de rejoindre des infirmiers et des infirmières auxiliaires francophones qui travaillent dans des milieux diversifiés partout au Québec.

Pour mener à bien mon projet, je sollicite donc la collaboration de l'O.I.I.A.Q. pour l'envoi de mes questionnaires que je situe à la mi-juillet. Les enveloppes à expédier comprendront le questionnaire, une lettre de présentation dans laquelle l'anonymat est assuré et la participation sollicitée et enfin, une enveloppe de retour affranchie.

Le rôle de l'Ordre consisterait à acheminer les enveloppes aux domiciles des infirmiers et des infirmières auxiliaires francophones qui travaillent dans des milieux diversifiés partout au Québec et une lettre de rappel deux semaines plus tard afin d'accroître leur participation.

A ma connaissance aucune étude n'a été faite auprès des infirmiers et des infirmières auxiliaires. Cette recherche permettra l'ouverture de nouvelles recherches avec des avenues dans la profession infirmière auxiliaire.

Pour ma part, je m'engage à vous faire parvenir le mémoire terminé pour votre centre de documentation.

Je vous remercie de votre collaboration.

Bien à vous,

Madelaine Harrisson B.Sc.inf.

Montréal, 28 mai 1996

Madame, Dominique Aubertin  
Directrice générale et secrétaire de l'O.I.I.A.Q.  
531 Sherbrooke E.  
Montréal, Québec  
H2L 1K2

Madame,

C'est avec grand plaisir que j'ai reçu votre réponse téléphonique concernant la participation de l'O.I.I.A.Q. à ma recherche de maîtrise en sciences infirmières (voir ma lettre du 9 mai 1996).

Je comprends que l'O.I.I.A.Q. est prêt à appuyer financièrement ma recherche. Les coûts de ma recherche sont liés principalement à l'envoi postal du questionnaire et de la lettre de rappel, de même que les frais pour le retour du questionnaire à l'Université de Montréal, la Faculté des sciences infirmières (étiquettes, enveloppes et timbres). Il faut prévoir les frais de photocopie du questionnaire et des lettres (environ 15 feuilles par personne).

Je crois qu'un échantillon de 300 personnes permettra d'assurer la représentativité de la population de recherche et de vérifier les qualités psychométriques des instruments de recherche.

J'apprécierais grandement une réponse écrite à ma requête, si possible avant la fin du juin 1996.

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

Madelaine Harrisson B.Sc.Inf.

[REDACTED]



Ordre des infirmières  
et infirmiers auxiliaires  
du Québec

xxxix

Montréal, 17 juillet 1996

Mme Madelaine Harrisson, B.Sc.Inf.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Madame,

À la demande de la directrice générale, Mme Dominique Aubertin, il me fait plaisir de vous confirmer la participation de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec à votre projet de recherche.

Tel que demandé lors de votre conversation avec Mme Aubertin, je vous achemine des informations sur la situation des infirmières auxiliaires au Québec, au Canada et aux États-Unis.

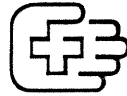
Je vous confirme par la même occasion votre rencontre du 7 août prochain avec Mme Aubertin.

Veillez accepter, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

[REDACTED]

François Benoit  
Coordonnateur de recherche

[REDACTED]



Ordre des infirmières  
et infirmiers auxiliaires  
du Québec

xl

Montréal, le 11 juillet 1996

Mme Madelaine Harrisson, B.Sc.Inf.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Madame,

Il me fait plaisir de confirmer la participation de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires à votre projet de recherche.

Tel que demandé lors de notre conversation téléphonique je vous achemine des informations sur les infirmières auxiliaires qui sont présentement environ 18,000 au Québec.

Je confirme par la même occasion notre rencontre du 7 août prochain.

Veuillez accepter, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La directrice générale,

[REDACTED]

Dominique Aubertin, Adm.A.

DA/jl

[REDACTED]