

Université de Montréal

**Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse,
le stress perçu, les stratégies de *coping*
et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises**

par

Philippe Delmas

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des Etudes Supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor en Sciences Infirmières
(Ph.D.)

Novembre 2001

©Philippe Delmas, 2001



WY

5

U58

2002

V. 009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse,
le stress perçu, les stratégies de *coping*
et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises**

présentée par

Philippe Delmas

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeuse ~~Marie~~ Josée Côté

présidente - rapporteur

Professeur André Duquette

directeur de recherche

Professeur Franco Carnevalé

membre du jury

Madame Anne-Marie Pronost

examineur externe

Professeur Luc Brunet

représentant du doyen de la FES

Sommaire

Selon Maddi et Kobasa (1984), la hardiesse apparaît comme une ressource personnelle permettant aux personnes de demeurer en santé dans un univers pourvoyeur de nombreux stressseurs. Ce constat a été de nombreuses fois exploré auprès de diverses populations d'infirmières en examinant plus particulièrement les relations entre la hardiesse et diverses variables explorant la santé mentale de celles-ci mais majoritairement sous un angle pathogénique. De plus, malgré la contribution des infirmières à préciser les relations proposées par la théorie de Maddi et Kobasa (1984), il semble exister peu d'études ayant exploré les relations causales entre les variables. En outre, les quelques devis expérimentaux présentent de nombreux biais limitant ainsi l'interprétation des résultats. De ce fait, cette étude en regard de la perspective disciplinaire de Roy (1991), qui a permis d'introduire le concept de santé dans une vision salutogénique, a pour but d'élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et d'évaluer ses effets sur la hardiesse, les stratégies de *coping*, le stress perçu et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises.

L'échantillon fut constitué à partir de la population accessible d'un hôpital du sud de la France. Une randomisation de cet échantillon de 70 infirmières a permis la constitution du groupe expérimental et contrôle. Le programme d'intervention fut bâti à partir des recommandations des concepteurs (Maddi et Kobasa, 1984) si bien que trois techniques furent retenues : le *focusing*, la reconstruction de situation et l'approche émotive-rationnelle. La durée du programme fut de 15 heures avec trois séquences d'intervention. L'utilisation de mesures répétées a permis d'explorer les résultats avant, après, un mois et trois mois après l'intervention. Les instruments de mesure furent pour la hardiesse, l'échelle PVS II (Maddi, 1987, 1990) en traduction française (Kérouac et Duquette, 1992) ; pour le stress perçu, l'échelle NSS (Gray-Toft et Anderson, 1981a) en traduction française (Duquette et al., 1995), pour les stratégies de *coping*, échelle abrégée en langue française (Bouchard et coll., 1995) du Ways of Coping Questionnaire

(Lazarus et Folkman, 1984), pour la qualité de vie au travail, échelle de Elizur et Shye (1990) en traduction française (Delmas, Escobar et Duquette, 2001). Les résultats montrent aux trois temps postérieurs à l'intervention que celle-ci a permis de renforcer le niveau de hardiesse, les stratégies actives de *coping*, la qualité de vie au travail des infirmières tout en diminuant l'intensité du stress perçu et les stratégies de fuite.

Les résultats amènent à voir que le programme de renforcement de la hardiesse a permis de renforcer le niveau de hardiesse ($p = 0,007$ au temps T2), de diminuer la perception des stressseurs ($p = 0,03$ au temps T2), de promouvoir l'utilisation de stratégies actives de coping ($p = 0,02$ au temps T2) tout en renforçant à moyen terme la qualité de vie au travail ($p = 0,02$ au temps T3) des infirmières du groupe expérimental. De ce fait, les hypothèses théoriques de cette étude ont été confirmées ce qui renforce les relations causales proposées par Maddi et Kobasa (1984) tout en permettant de proposer une intervention infirmière auprès d'une population soumise à de nombreux stressseurs.

Mots clés : hardiesse, stratégies de *coping*, stress perçu, qualité de vie au travail, devis expérimental, programmes d'intervention, santé au travail, infirmières françaises.

Summary

According to Maddi and Kobasa (1984), hardiness is a personal resource allowing people to remain healthy in highly stressing environments. This assumption has been explored over different nursing populations based on the close examination of the relationship between hardiness and several other variables concerning nurses' mental health status, but mainly from a pathological perspective. Besides, despite nurses' contribution to the delimitation of the relationships proposed by Maddi and Kobasa's Theory (1984), there still seems to be very few studies exploring the cause-effect relationships between those variables. In addition to this, the very few experimental studies found present a high number of biases that restrict the interpretation of the results. From the perspective provided by Roy's view on the discipline, which has permitted to introduce the concept of health from a salutogenic angle, this study aims to elaborate a hardiness reinforcement program and to evaluate its effects on hardiness, coping strategies, perceived stress and quality of life at work for French nurses. The sample was obtained from the population available at a hospital in southern France. The randomisation of this sample of 70 nurses allowed the creation of both an experimental and a control group. The intervention program was elaborated based on the authors' recommendations (Maddi and Kobasa, 1984) since three techniques were maintained: the focusing, the reconstruction of the situation and the emotive-rational approach. The program lasted for 15 hours with three sequences of interventions. The repeated measures' design allowed to explore the results before the intervention, during the intervention, a month and three months after it. The measurement instruments applied were for hardiness, the PVS II scale (Maddi, 1987, 1990) on its French version (K erouac et Duquette, 1992); for perceived stress, the NSS scale (Gray-Toft and Anderson, 1981a) on its French version (Duquette et al, 1995); for coping strategies, the French version abbreviated scale (Bouchard et al, 1995) of The Ways of Coping Questionnaire (Lazarus and Folkman, 1984); for quality of life at work, Elizur and Shye's scale (1990) translated into French (Delmas, Escobar and Duquette, 2001). The results on the three

post-intervention time measures show how the intervention has actually reinforced the level of hardiness, the active strategies of coping, the nurses' quality of life at work, at the same time the perceived stress intensity and the avoiding strategies have decreased. Consequently, the results confirm the cause-effect relationships proposed by Maddi and Kobasa (1984) and allow the proposal of a nursing intervention on populations under several stressors.

Keywords : hardiness, coping strategies, perceived stress, quality of life at work, health at work, French nurses, experimental designs, intervention programs.

Table des matières

Sommaire	i
Summary	iii
Listes des figures	x
Liste des tableaux	xi
Listes des annexes	xiv
Listes des appendices	xvi
Introduction	2
Chapitre premier- Le problème	5
Le but de l'étude	10
Chapitre deuxième – La revue des écrits	12
Les fondements du concept de hardiesse	12
Les fondements étymologiques du concept de hardiesse	12
Les fondements historiques	13
Une perspective mécaniciste du stress	14
Une perspective interactionniste du stress	15
La naissance du concept de hardiesse	16
Les fondements philosophiques et théoriques de la personnalité hardie	18
La philosophie existentialiste	18
La théorie existentielle de la personnalité	19
Conclusion	24
Les fondements conceptuels de la hardiesse	24
Les fondements empiriques de la théorie proposée par Maddi et Kobasa (1984)	28
Les propositions de la théorie de Maddi et Kobasa (1984)	37
Les critiques émises au regard du concept de hardiesse	40
L' évolution du concept en psychologie	45
Les études empiriques clarifiant le concept de hardiesse	45
Les propositions d'extension du concept	50
Conclusion	54

Les études de la hardiesse en sciences infirmières	55
Les études qualitatives	55
Les études de la hardiesse auprès de populations d'infirmières	56
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressseurs en soins infirmiers	57
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel	58
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et la détresse psychologique	59
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et le bien-être	60
L'étude corrélationnelle entre la hardiesse et la qualité de vie au travail	61
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et les stratégies de <i>coping</i>	62
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et le soutien social	63
Les études corrélationnelles entre la hardiesse et les indicateurs de performance	63
Les études de la hardiesse auprès de populations de patients	64
Les études de vérification du modèle	66
Conclusion	68
La description, l'analyse et la critique des programmes d'intervention sur la hardiesse	69
Le contenu des programmes d'intervention sur la hardiesse	69
Les études relatives au programme de renforcement de la hardiesse	72
Conclusion	82
Le cadre de référence	83
Les hypothèses de recherche	88

Chapitre troisième – La méthode de recherche	90
Le devis de recherche	91
La définition opérationnelle des variables	91
Les variables dépendantes	91
La variable indépendante	95
Les variables attributs	98
Les variables de contrôle	98
Les instruments de mesure	99
La mesure de la hardiesse	99
La mesure du stress perçu	101
La mesure des stratégies de <i>coping</i>	102
La mesure de la qualité de vie au travail	105
La mesure des variables de contrôle	106
Les pré-tests	107
Le milieu	108
La population	108
Le déroulement de l'étude	109
Les considérations éthiques	111
Les limites de l'étude	112
Le plan d'analyse des données	112
Les hypothèses statistiques	113
Chapitre quatrième – La présentation des résultats	117
Les caractéristiques socioprofessionnelles des répondantes	118
Homogénéité des groupes expérimental et contrôle en fonction des variables de l'étude	121
Homogénéité des groupes expérimental et contrôle en regard des covariables	123
Homogénéité des groupes expérimental et contrôle en regard des variables contrôles aux différents temps de mesures	124

Homogénéité des groupes expérimental et contrôle en regard des variables dépendantes au temps T1	126
Le modèle statistique utilisé	128
Présentation des analyses corrélationnelles entre les variables dépendantes	129
La stratégie statistique utilisée pour répondre aux hypothèses de recherche	132
Présentation des résultats globaux	133
Présentation graphique des résultats	133
Étude des contrastes	135
Études des divers facteurs (groupes, temps, tests) et de leurs interactions	135
Tests particuliers et contrastes	137
Conclusion	138
Présentation des résultats en regard de la variable hardiesse et de ses dimensions	139
Première étape : présentation graphique des résultats	139
Deuxième étape : étude des contrastes appropriés	140
Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions	140
Comparaison des moyennes de la variable hardiesse et de ses dimensions au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures	141
Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait à la variable hardiesse et ses dimensions	142
Conclusion	145
Présentation des résultats en regard de la variable intensité des stressseurs	146
Première étape : présentation graphique des résultats	146
Deuxième étape : étude des contrastes appropriés	147
Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions	147
Comparaison des moyennes de la variable intensité des stressseurs et ses composantes au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures	148
Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait à la variable intensité des stressseurs et ses dimensions	149

Conclusion	152
Présentation des résultats en regard des dimensions du <i>coping</i>	152
Première étape : présentation graphique des résultats	153
Deuxième étape : étude des contrastes appropriés	153
Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions	154
Comparaison des moyennes des différentes dimensions du <i>coping</i> au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures	155
Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait aux stratégies de <i>coping</i> retenues	156
Conclusion	159
Présentation des résultats en regard de la variable qualité de vie au travail	159
Première étape : présentation graphique des résultats	160
Deuxième étape : étude des contrastes appropriés	161
Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions	161
Comparaison des moyennes de la variable qualité de vie au travail au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures	162
Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait à la variable qualité de vie au travail	163
Conclusion	165
Chapitre cinquième – L’interprétation des résultats	166
L’authenticité des résultats de recherche	167
Examen de la pertinence du lien de causalité	168
La validité interne de l’étude	168
La validité des conclusions statistiques de l’étude	172
Examen de la généralisation possibles des résultats de l’étude	174
La validité de construit de l’étude	174
La validité externe de l’étude	176
Aspects complémentaires	177
La pertinence du cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984)	177
La reproductibilité du devis	178
Conclusion	179
Une intervention qui renforce la hardiesse des infirmières ainsi que leur sens de l’engagement, de la maîtrise et du défi	180
Une intervention qui mobilise les stratégies actives de <i>coping</i> tout en diminuant l’utilisation des stratégies d’évitement	185
Une intervention qui réduit l’intensité du stress occupationnel	189

Une intervention qui renforce la qualité de vie au travail	193
Pistes de développement pour la gestion, la pratique et la recherche en sciences infirmières	196
La gestion en soins infirmiers, un défi pour demain si ce n'est pour aujourd'hui	196
La pratique infirmière, un lieu d'intégration des données probantes	198
La recherche infirmières, un espace de développement des connaissances	199
Conclusion	201
Les références	204

Listes des figures

Figure 1	Présentation du premier modèle théorique de la hardiesse	xxi
Figure 2	Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984)	38
Figure 3	Niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude	89
Figure 4	Présentation graphique du devis de recherche	93
Figure 5	Présentation des moyennes des mesures par groupe et par temps	134
Figure 6	Présentation graphique de l'effet groupe	137
Figure 7	Présentation graphique de l'interaction du facteur groupe et du facteur temps	137
Figure 8	Présentation graphique des variations de la moyenne de la hardiesse en score global au cours des différents temps de mesure	140
Figure 9	Présentation graphique des variations de la moyenne de chaque composante (physique, psychologique, sociale) de la variable intensité des stressseurs au cours des différents temps de mesure	146
Figure 10	Présentation graphique des variations de la moyenne de chaque stratégie de <i>coping</i> au cours des différents temps de mesure	153
Figure 11	Présentation graphique des variations de la moyenne de l'indice globale de qualité de vie au travail au cours des différents temps de mesure	160
Figure 12	Présentation graphique des variations de la moyenne des différentes modes et dimensions de la qualité de vie au travail au cours des quatre temps de mesure	cxxxv

Listes des tableaux

Tableau I	Mortalité expérimentale des groupes expérimental et contrôle durant l'expérimentation	109
Tableau II	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques Professionnelles	119
Tableau III	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques Personnelles	122
Tableau IV	Moyennes, écarts types de la désirabilité sociale selon les groupes, aux deux temps de mesure	123
Tableau V	Distribution des sujets selon les variables contrôles aux temps T1 et T2	124
Tableau VI	Distribution des sujets selon les variables contrôles aux temps T3 et T4	125
Tableau VII	Distribution des répondantes selon les groupes pour les variables dépendantes avant l'intervention	127
Tableau VIII	Présentation des corrélations significatives ($p < 0,05$) pour les indices synthétiques des variables dépendantes sur la population globale ($n = 70$)	129
Tableau IX	Présentation des corrélations significatives ($p < 0,05$) pour les indices synthétiques des variables dépendantes pour le groupe expérimental ($n = 35$)	130
Tableau X	Présentation des corrélations significatives ($p < 0,05$) pour les indices synthétiques des variables dépendantes pour le groupe contrôle ($n = 35$)	130
Tableau XI	Effet des divers facteurs (groupe, temps, tests) et de leurs Interactions	135
Tableau XII	Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour la variable hardiesse et ses dimensions au quatre temps de mesures	141

Tableau XIII	Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps de en ce qui a trait à la hardiesse et ses dimensions	141
Tableau XIV	Niveau de hardiesse et de ses dimensions au temps T1 dans les deux groupes	142
Tableau XV	Niveau de hardiesse et de ses dimensions au temps T2 dans les deux groupes	143
Tableau XVI	Niveau de hardiesse et de ses dimensions au temps T3 dans les deux groupes	144
Tableau XVII	Niveau de hardiesse et de ses dimensions au temps T4 dans les deux groupes	145
Tableau XVIII	Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour l'intensité et ses composantes au quatre temps de mesures	148
Tableau XIX	Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps de en ce qui a trait à l'intensité des stressseurs et ses composantes	148
Tableau XX	Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes au temps T1 dans les deux groupes	149
Tableau XXI	Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes au temps T2 dans les deux groupes	150
Tableau XXII	Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes au temps T3 dans les deux groupes	151
Tableau XXIII	Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes au temps T4 dans les deux groupes	151
Tableau XXIV	Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour les trois dimensions du <i>coping</i>	154
Tableau XXV	Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps de en ce qui a trait aux stratégies de <i>coping</i> retenues	155

Tableau XXVI	Comparaison des moyennes des stratégies de <i>coping</i> au temps T1 dans les deux groupes	156
Tableau XXVII	Comparaison des moyennes des stratégies de <i>coping</i> au temps T2 dans les deux groupes	157
Tableau XXVIII	Comparaison des moyennes des stratégies de <i>coping</i> au temps T3 dans les deux groupes	158
Tableau XXIX	Comparaison des moyennes des stratégies de <i>coping</i> au temps T4 dans les deux groupes	159
Tableau XXX	Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour l'indice global de qualité de vie au travail	161
Tableau XXXI	Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps de ce qui a trait à l'indice global de qualité de vie au travail	162
Tableau XXXII	Niveau de qualité de vie au travail au temps T1 pour les deux groupes	163
Tableau XXXIII	Niveau de qualité de vie au travail au temps T2 pour les deux groupes	163
Tableau XXXIV	Niveau de qualité de vie au travail au temps T3 pour les deux groupes	164
Tableau XXXV	Niveau de qualité de vie au travail au temps T4 pour les deux groupes	164
Tableau XXXVI	Présentation des moyennes du groupe expérimental et contrôle en ce qui a trait aux modes et dimensions de la qualité de vie au travail aux quatre temps de mesure	cxxxvi
Tableau XXXVII	Présentation des alphas de Cronbach des différentes échelles utilisées aux quatre temps de mesure	173 bis

Listes des annexes

Annexe 1		
	Propositions de la théorie existentielle de la personnalité en lien avec la hardiesse	xxiv
Annexe 2		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et la perception des stressseurs	xxvi
Annexe 3		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel	xxx
Annexe 4		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et d'autres indicateurs de santé mentale	xxxvi
Annexe 5		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et les stratégies de <i>coping</i>	xxxix
Annexe 6		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et le soutien social	xli
Annexe 7		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et des indicateurs de performance	xliii
Annexe 8		
	Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et d'autres indicateurs sur une population de patients	xliv
Annexe 9		
	Contenus et techniques utilisés en regard des différents programmes de renforcement de la hardiesse	xlviii

Annexe 10		
	Présentation des différents devis des études portant sur l'élaboration et l'évaluation d'un programme de renforcement de la hardiesse	li
Annexe 11		
	Présentation du cahier de contenu et d'exercices remis aux infirmières du groupe expérimental	lv
Annexe 12		
	Détermination de la taille échantillonnale de l'étude	cxxvii
Annexe 13		
	Permis d'éthique	cxx
Annexe 14		
	Corrélations entre les variables socioprofessionnelles et les variables dépendantes	cxxii
Annexe 15		
	Corrélations entre la variable désirabilité sociale et les variables dépendantes	cxxiv
Annexe 16		
	Influence des événements professionnels et familiaux survenus entre les temps de l'expérimentation sur, d'une part, la santé des sujets et, d'autre part, les variables globales de l'expérimentation	cxxvi
Annexe 17		
	Évolution des moyennes des différents modes et dimensions de la qualité de vie au travail et ceux aux quatre temps de mesure	cxixiv

Liste des appendices

Appendice A	
Questionnaire socio-démographique	cxxxix
Appendice B	
Échelle du stress occupationnel en soins infirmiers	cxlii
Appendice C	
Échelle de la hardiesse	cil
Appendice D	
Échelle des stratégies de <i>coping</i> .	clv
Appendice E	
Échelle de la qualité de vie au travail	clix
Appendice F	
Échelle de la désirabilité sociale	clxiii
Appendice G	
Feuillet d'information et formule de consentement	clxviii
Appendice H	
Demande d'autorisation des échelles	clxxiii

Remerciements

Le temps des remerciements est arrivé, mais par où commencer? car cet aboutissement pour un Français a nécessité de multiples partenariats avec des personnes qui croyaient à ma folle entreprise. Foucault soulignait justement que notre sujet de thèse parle de nous. Je pense qu'à bien des moments, j'ai du faire preuve de hardiesse pour dépasser les multiples obstacles qui se présentaient, tout en étant lucide que ce n'est que le commencement. Plusieurs personnes, par leurs appuis de proximité, ont contribué à la réussite de ce défi.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire et de thèse, le Professeur André Duquette, pour la confiance qu'il m'a accordée, pour sa confrontation emphatique, pour sa rigueur intellectuelle, sa disponibilité, pour son profond respect de ma pensée, pour son soutien dans les moments de doute, pour son mentorat.

Ma gratitude s'adresse aussi à Marc Bourdeau, statisticien à Polytechnique au vu de ses conseils judicieux pour le traitement des données, pour sa disponibilité et ses réflexions aiguisées.

Je remercie également les différents membres du jury pour leur intérêt certain dans l'examen de cette thèse mais aussi pour les conseils pertinents que chacun d'entre eux ont pu me prodiguer.

Une pensée particulière pour Paule Savignac et Lyne Cloutier, toutes deux infirmières québécoises, qui m'ont incité à venir faire mes études en sciences infirmières au Québec. Vous avez cru en moi, en voici le résultat.

Un hommage aussi à Josiane Bonnet, qui nous a quittés au mois de juillet 2001, pour tout ce qu'elle a pu me faire partager.

À Madame Guillaudeau, directrice du service infirmier de Rodez, qui m'a permis d'implanter ce programme d'intervention au sein du centre hospitalier. Je la remercie de la confiance qu'elle a pu m'accorder et des moments de partage que nous avons pu avoir. Une attention pour mes collègues cadres supérieurs et cadres de Rodez qui m'ont facilité le recrutement des infirmières.

Je remercie chaleureusement mes collègues étudiants étrangers pour leur accueil, leur soutien, leur compréhension et également Madame Boucher, responsable des étudiants étrangers, pour sa disponibilité et son écoute.

À mes amis Québécois et Français, pour leur soutien et leur affection. Une pensée plus particulière pour Béatrice, Carmen, Florise, Nicole, Muriel, Bruno et Frank.

Enfin, je remercie tous mes proches pour leurs encouragements continus. Puissent-ils accueillir l'expression de ma profonde gratitude.

À Odette et Denis, mes parents

Aux infirmières qui ont participé à cette étude

Introduction

Maddi et Kobasa (1984) soulignent que le concept de hardiesse est né à partir d'une nouvelle relation de l'être à soi, des autres et du monde s'inscrivant dans un processus de croissance de l'humain à travers les différentes expériences que la vie lui propose. Cette caractéristique de la personnalité permet donc à chaque personne d'entrevoir les stressseurs comme des stimuli de croissance personnelle. D'ailleurs, Maddi et Kobasa (1984) remarquent que notre société est soumise de plus en plus à des stressseurs autant au niveau personnel, économique, social et politique. Ce constat peut se transférer au niveau du contexte de soins infirmiers français qui depuis quelques années est le siège de changements perpétuels. De ce fait, les différents acteurs du système de santé doivent déployer sans cesse de nouvelles compétences et habiletés pour s'adapter aux changements ce qui peut porter atteinte à leur santé mentale. Plus finement, il apparaît que les infirmières sont un groupe très exposé à des problèmes de santé mentale dus au travail. En effet, elles manifestent des niveaux d'épuisement professionnel et de détresse psychologique plus importants que les autres professionnels de l'aide. Or, de nombreuses études en sciences infirmières montrent que la hardiesse apparaît comme une ressource personnelle susceptible de maintenir et développer la santé mentale au travail. D'ailleurs certaines études mentionnent que celle-ci permettrait à l'infirmière d'éprouver un meilleur bien-être psychologique ainsi qu'un niveau plus important de qualité de vie au travail. Par contre, s'il semble exister de nombreuses études corrélationnelles, il est aisé de remarquer le peu d'études sur l'évaluation de programme de renforcement de la hardiesse auprès d'une population d'infirmières. S'appuyant sur le modèle de Roy (1991) qui met l'insistance sur l'adaptation de la personne ou d'un groupe de personne aux différents stimuli comme en autre ceux du travail, cette recherche met l'accent sur le renforcement d'une ressource personnelle, la hardiesse, auprès d'infirmières françaises par le biais d'un programme de renforcement. Ce programme d'intervention permettrait donc à l'infirmière de renforcer son niveau de hardiesse, de percevoir de façon moins importante les stressseurs au travail, d'adopter certaines stratégies de *coping* face à des situations stressantes, dans le but de maintenir et de développer un niveau élevé de qualité de vie au travail. Les résultats ainsi obtenus permettront peut-être, d'une part, de valider l'efficacité de ce programme qui pourra

ainsi être diffusé à une plus grande échelle afin de prendre soin de la santé des infirmières au travail et, d'autre part, l'avancement des connaissances au sein de la discipline infirmière par l'apport de connaissances dans un domaine d'intérêt de celle-ci (Donaldson et Crowley, 1978).

Cette thèse est composée de cinq chapitres. Le premier chapitre présente le problème de recherche et le but de l'étude. Le deuxième chapitre brosse une revue des écrits sur le concept de hardiesse en psychologie et en sciences infirmières. De même, les concepts de perception des stressseurs, de stratégies de *coping*, de qualité de vie au travail sont présentés. Enfin, le cadre de référence est illustré ainsi que les hypothèses de recherche. Le troisième chapitre aborde la méthode de recherche de la présente étude. De plus des hypothèses statistiques sont proposées. Le quatrième chapitre expose les résultats statistiques de l'étude dont l'interprétation est présentée au cinquième chapitre.

Chapitre 1 : Problématique

Le contexte du travail infirmier, pourtant lieu privilégié de socialisation et d'appartenance à un groupe, semble depuis quelques années comme une menace à la santé des infirmières (Estryn-Behar, 1990). Plus finement, il apparaît que les infirmières sont confrontées à de nombreux stimuli dus aux multiples changements dans de leur travail quotidien. En effet, l'évolution de la biotechnologie entraîne des changements permanents du matériel de soins. De même, la recherche biomédicale implique des modifications régulières en regard des protocoles de soins délégués. De plus, l'infirmière se trouve de plus en plus confrontée à d'importantes considérations humaines qui sont, sur le plan éthique et déontologique, pourvoyeur de nouveaux stimuli. Au niveau politique et social, les réformes successives du système hospitalier, autant au niveau québécois (1998) que français (1995, 1996), induisent des restructurations hospitalières, des réorganisations budgétaires ainsi que, parfois, des incohérences de fonctionnement. Ces changements organisationnels introduisant une rationalité de gestion ajoutent de nouveaux stressseurs à ceux déjà rencontrés par l'infirmière dans l'exercice de sa profession. Par conséquent, dans ce contexte peu favorable à l'épanouissement de l'infirmière, les recherches montrent que le stress perçu au travail, qui se traduit par une tension, une menace ressentie face à une incapacité de répondre à un événement stressant (Gray-Toft et Anderson, 1981b), peut entraîner chez celle-ci un épuisement professionnel (Collins, 1996 ; Delmas, Pronost et Cloutier, 1997 ; Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier, 1995 ; Estryn-Behar, 1992 ; Harrisson, 1995 ; Mc Granie, Lambert et Lambert, 1987 ; Sortet et Banks, 1996 ; Topf, 1989 ; Wright, Blanche, Ralph et Luterman, 1992) et une détresse psychologique (Duquette et coll., 1995 ; Harrisson, 1997, Nowack, 1996). De plus, Dionne-Proulx (1993) souligne que les difficultés vécues par les infirmières dans l'exercice de leur rôle professionnel génèrent des perturbations de leur santé mentale qui se manifestent par des désordres psychosomatiques (Jamal, 1984 ; Walters et Haines, 1989) et des problèmes émotionnels (Motovildo, Packard et Manning, 1986 ; Olsson, Kandolin et Kaupinen-Toropainen, 1990 ; Walters et Haines, 1989). Bref, les infirmières représentent un groupe de travailleuses particulièrement fragile en regard de leur santé mentale dans un univers de travail comportant de nombreux stressseurs qui, selon certains auteurs, peuvent encore

s'intensifier (Bourbonnais et coll, 1998 ; Duquette et coll, 1994 ; Harrisson, 1997 ; Major, 1995).

Pourtant, malgré cet univers de travail peu propice à la santé, certaines infirmières manifestent un engagement dans toutes les activités qu'elles entreprennent, de même qu'un certain enthousiasme au travail. Les études révèlent que ces infirmières possèdent une caractéristique de la personnalité, soit la hardiesse, qui leur permet de percevoir de façon moins importante les stressseurs au travail (Hall, 1992 ; Gomez, 1994 ; Mc Granie, Lambert et Lambert, 1987 ; Topf, 1989). La hardiesse semble aussi protéger les infirmières de l'épuisement professionnel (Buran, 1992 ; Clarke, 1991 ; Keane, Ducette et Adler, 1985 ; Jama, 1987 ; Major, 1995 ; Paquette, 1994 ; Rich et Rich, 1987), de la détresse psychologique (Duquette et coll, 1995 ; Harrisson, 1997 ; Nowack, 1996), et favoriser leur bien-être psychologique (Harrisson, 1995 ; Savignac, 1993) ainsi que leur qualité de vie au travail (Delmas, 1999).

C'est Kobasa (1977), dans le cadre de sa thèse doctorale auprès d'une population de gestionnaires soumis à de nombreux stressseurs au travail, qui a décrit cette caractéristique de la personnalité. La hardiesse est issue de la théorie existentielle de la personnalité (Kobasa et Maddi, 1977) qui permet d'entrevoir la personne comme un potentiel de développement et de croissance. Selon cet auteur, la hardiesse fait appel à une orientation générale de la personne vers le soi, les autres et le monde, s'exprimant par trois dimensions : le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi. Plus finement, le sens de l'engagement représente une tendance de la personne à s'impliquer dans une série de situations comme le travail, le sens de la maîtrise est une tendance à croire et à agir comme si la personne pouvait influencer le cours des événements et le sens du défi est la tendance à croire que le changement plutôt que la stabilité est normale. La hardiesse fait donc appel à des croyances, des valeurs et des attitudes qui la prédisposent à agir d'une certaine façon face à des événements stressants, lui permettant ainsi de rester en santé. Cette perspective de promotion de la santé (vision salutogénique) développée par Kobasa (1977) à travers le concept de hardiesse apporte un changement majeur en regard de

l'approche habituelle des théories du stress qui postulent que toute personne soumise à des stressseurs développe des symptômes de maladies (vision pathogénique).

Bien que de nombreuses études corrélationnelles démontrent que la hardiesse est fortement associée aux indicateurs de la santé mentale chez l'infirmière, il semble exister à l'heure actuelle peu de programmes de renforcement de la hardiesse (Rich, 1985 ; Tierney et Lavelle, 1997), surtout en langue française (Leclerc, 1999). En outre, ces différents programmes dont le but ultime est d'améliorer la santé des infirmières au travail, par, entre autres, la promotion chez celles-ci de l'utilisation de stratégies actives de *coping*, ne présentent pas de consensus sur leur durée, les techniques et les contenus de formation utilisés en psychologie et en sciences infirmières. À cela s'ajoutent certaines limites statistiques et méthodologiques qui réduisent la validité des résultats. De ce fait, la présente étude s'intéresse à l'élaboration et à l'évaluation d'un programme de renforcement de la hardiesse auprès d'une population d'infirmières françaises dans le but de promouvoir leur santé au travail.

Si les notions de stressseurs, de stratégies d'adaptation, de ressources personnelles sont omniprésentes dans les recherches engagées par les infirmières, et ceci, autant au niveau théorique que pratique (Dallaire, 1997), il semble exister à l'heure actuelle peu de conception infirmière qui semblent avoir proposé des liens entre ces différents concepts. Toutefois, le modèle de Roy (Roy et Andrews, 1991) porte sur l'adaptation de la personne, d'un groupe de personnes ou plus largement de la société à un univers comportant de nombreux stimuli. Dans cette optique, la conception de Roy (1986) vise la promotion de l'adaptation de la personne par, d'une part, l'augmentation de ses réponses adaptées dites positives et, d'autre part, par la diminution de ces réponses non adaptées dites négatives. De plus, Roy (1986) précise que le but des interventions infirmières est d'agir sur les stimuli afin de permettre des réponses adaptées des individus pour favoriser leur santé, soit leur intégrité dans quatre modes (les besoins physiologiques, l'image de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance). De ce fait, il apparaît pertinent de choisir le modèle conceptuel de Roy (1986) comme assise conceptuelle de la présente étude, puisque l'intérêt de l'étude porte sur les relations entre les stimuli et l'adaptation.

Cependant, cette conception infirmière, dont le but est de donner une perspective disciplinaire et de guider le choix des concepts à l'étude, n'apparaît pas assez explicite sur les relations entre les différents concepts du modèle. Par conséquent, la théorie intermédiaire élaborée par Maddi et Kobasa (1984) et raffinée par Maddi (1999) contribuera à expliciter les liens attendus entre les différents concepts de l'étude. En regard du modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984), la personne hardie se caractérisant par son sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi, utilise davantage, lors de situations stressantes, les stratégies actives de *coping* issues du «*coping* transformationnel » (Maddi et Kobasa, 1984). Ce style de *coping* correspond, d'une part, à une évaluation cognitive positive de la situation stressante et, d'autre part, à des actions décisives dont le but est de modifier le potentiel stressant des situations. De ce fait, cette façon de penser et d'agir permet à la personne hardie de percevoir de manière moins importante les stressseurs au travail et ainsi de se maintenir en santé dans un univers pourvoyeur de nombreux stressseurs.

Il est plausible de croire, selon le modèle théorique proposé par Maddi et Kobasa (1984), qu'un programme de renforcement de la hardiesse chez les infirmières leur permettra d'adopter des stratégies actives de *coping*, ce qui va induire, d'une part, un stress perçu au travail moins important et, d'autre part, une amélioration de leur santé mentale. À l'heure actuelle, il ne semble pas exister d'étude ayant évalué l'efficacité d'un programme de renforcement de la hardiesse auprès d'infirmières françaises. En outre, cette approche théorique est cohérente avec la conception de Roy (Roy et Andrews, 1991). En effet, Roy (1986) préconise d'agir sur les stimuli contextuels qui correspondent à des éléments externes comme les facteurs environnementaux (stressseurs) ou internes (hardiesse) comme les caractéristiques de la personnalité. Ces actions (Roy, 1986) doivent permettre à la personne de favoriser son adaptation aux stimuli focaux qui représentent les stressseurs provoquant une réponse de la personne, soit, dans ce cas, les stressseurs au travail.

Selon Roy (1986), le concept de santé dépasse la seule idée d'absence de maladie pour englober les états de bien-être. Par conséquent, la santé est un processus évolutif qui inclut l'adaptation comme processus de promotion de

l'intégrité de la personne dans quatre modes : les besoins physiologiques, l'image de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance (Roy, 1986). Les besoins physiologiques font référence à l'intégrité de la personne dans sa dimension physique. L'image de soi fait appel à l'intégrité de la personne dans sa dimension psychologique. La fonction de rôle correspond à son intégrité sociale. Enfin, l'interdépendance représente l'intégrité de la personne dans sa dimension sociale et affective. Bien que Kobasa (1977) ait introduit le concept de hardiesse dans une perspective salutogénique, le cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984) définit la santé en dichotomie avec la maladie. En effet, en regard des études empiriques menées par Kobasa et ses collaborateurs entre 1979 et 1984, la santé fut opérationnalisée par l'absence de maladie. Plus tard, les nombreuses études portant sur la hardiesse en regard d'une population infirmière ont conçu presque exclusivement la santé à partir d'indicateurs psychologiques, limitant ainsi la vision de la santé selon Roy (1991). En outre, les indicateurs de mesure utilisés étaient principalement des indicateurs négatifs de santé psychologique (épuisement professionnel, anxiété, détresse psychologique). Il apparaît que le concept de hardiesse ait surtout été étudié auprès des infirmières dans une perspective pathogénique. Il ne semble pas exister à l'heure actuelle de programme de renforcement de la hardiesse ayant utilisé comme variable *résultat* un indicateur positif de santé, l'inscrivant ainsi dans une perspective salutogénique.

Delmas (1999) a étudié auprès d'une population d'infirmières françaises le phénomène de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990) comme un indicateur positif de santé qui se rapporte au fonctionnement et à l'efficacité de la personne en interaction avec son environnement dans quatre domaines : physique, psychologique, social et culturel. Plus finement, la qualité de vie au travail conduit à explorer si le travail permet à la personne de maintenir, développer, harmoniser et d'actualiser ses besoins physiques, ses dimensions psychologiques, ses croyances, ses valeurs et ses relations avec l'environnement, et ceci, selon un processus évolutif. Il s'avère que ces quatre domaines peuvent se rapprocher des quatre modes définis par Roy (1986), à part le domaine culturel de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990) qui n'explore qu'une partie du mode d'interdépendance (Roy, 1986). Toutefois, l'état actuel des connaissances ne permet pas de connaître l'efficacité d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières.

Dans un univers de travail soumis à des restrictions budgétaires de plus en plus présentes, il devient important pour les différents intervenants du domaine de la santé de se préoccuper des ressources personnelles des individus. Il apparaît donc prépondérant pour les gestionnaires en soins infirmiers, où les ressources humaines deviennent un bien très précieux, de se pencher sur les différents moyens qui peuvent contribuer à la mobilisation des ressources personnelles de l'infirmière. Par conséquent, il semble pertinent pour les gestionnaires en soins infirmiers de favoriser le développement et l'évaluation de programmes de renforcement de la hardiesse afin de permettre aux infirmières de promouvoir leur santé dans un univers de travail qui ne semble pas être propice à une diminution du stress perçu.

But de l'étude

Élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et évaluer son effet sur le niveau de hardiesse, de stress perçu, sur les stratégies de *coping* et sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises.

Chapitre 2 : Revue des écrits

Le chapitre sur la revue des écrits comprend quatre parties. La première partie a pour but de faire la synthèse sur le concept de hardiesse en psychologie en examinant respectivement ses fondements étymologiques, historiques, philosophiques, conceptuels, théoriques et empiriques. De plus, les critiques apportées par certains chercheurs ainsi que l'évolution du concept et de la théorie seront abordées. La deuxième partie présente les différents types d'études développés en sciences infirmières en regard du concept de hardiesse. Un accent particulier est mis sur la description, l'analyse et la critique des études examinant l'efficacité d'un programme de renforcement de la hardiesse, ce qui constitue la troisième partie. Enfin, la quatrième partie décrit le cadre de référence de l'étude.

Les fondements du concept de hardiesse

Les fondements étymologiques du concept de hardiesse

L'adjectif *hardi* (Hachette, 1999) a été relevé pour la première fois dans la chanson de Roland (1080) et correspond à un participe passé d'un verbe ancien, *hardir*, signifiant « rendre courageux », issu du francique *hardjan* (rendre dur) dérivé de l'allemand *hart* (dur). L'adjectif s'emploie dès son apparition en 1080 au sens de courageux, vaillant, ce qui a donné la notion de témérité (1160-1174). Par extension, l'adjectif *hardi* se dit de quelque chose qui dénote ou exige de l'audace (en 1273, on parle de projet *hardi*, de regard *hardi*). Il peut s'employer à la même époque dans un sens péjoratif (insolent), qui est devenu un sens vieilli de l'adjectif. Depuis le 17^e siècle, *hardi* se dit de ce qui est audacieux, spécialement dans le domaine de l'art et de l'expression. Par ailleurs, à la même époque, l'adjectif qualifie les doctrines qu'il est dangereux de soutenir. Bref, l'adjectif *hardi* peut être employé dans un sens positif ou négatif. Dans son sens positif, il est synonyme d'audacieux, d'aventurier, de brave, de courageux. Dans son sens négatif, il est synonyme d'arrogant, d'effronté, d'insolent.

Le nom *hardiesse* (Hachette, 1999) s'emploie par contre à la fin du 12^e siècle et caractérise une manière d'être hardi. Il est pris en 1538 dans son acception péjorative, qui correspond aujourd'hui à une forme vieillie du mot, qui signifie, depuis 1690, la qualité d'une personne qui dénote de l'audace. En conclusion, comme l'adjectif, le nom *hardiesse* peut être employé au sens positif et négatif. Dans son sens positif, il est synonyme d'assurance, d'audace, de fermeté, de bravoure et de courage. Dans son acception négative, le mot est synonyme d'arrogance, d'audace, d'indiscrétion et d'insolence.

Le terme est aussi utilisé en agronomie pour noter la qualité d'une culture à résister à des conditions climatiques difficiles. De même, en microbiologie (Zavorotinskaya, Albritton, 1999), le terme dénote la résistance d'une molécule ou d'un micro-organisme à un milieu hostile.

De façon globale, il est aisé de remarquer que la perspective existentielle est peu retranscrite par l'étymologie de la traduction française de *hardiness*. Il serait intéressant de repenser à une traduction qui tiendrait compte de la croissance de l'être à travers les expériences stressantes qu'il rencontre. Enfin, la description du sens étymologique attribué à l'adjectif hardi et au nom *hardiesse* amène la poursuite de l'investigation du concept vers l'exploration de son historique.

Les fondements historiques

La *hardiesse* est un concept associé à un phénomène qui s'exprime en regard d'un environnement stressant. De ce fait, il semble licite de s'attarder, dans un premier temps, sur les différentes approches du stress afin de situer l'émergence historique du concept. Cet apport permet ainsi de mieux cerner les enjeux liés aux études portant sur le concept de *hardiesse* (perspective interactionniste et salutogénique).

Le concept de stress est communément employé dans un certain nombre de domaines et de disciplines comme l'économie, les sciences politiques, les sciences infirmières, l'éducation, le management. Cet attrait est attribuable selon les auteurs à, d'une part, des changements rapides dans nos sociétés industrielles qui sont pourvoyeurs de stressés et, d'autre part, à l'avènement d'une période d'abondance qui a permis aux personnes de se libérer des questions de subsistance pour se tourner vers la recherche d'une meilleure qualité de vie. Par contre, il apparaît que les questions englobant le problème de la définition du stress ne sont pas nouvelles. En effet, Cofer et Appley (1964) ont montré que le terme *stress* était utilisé en association avec d'autres concepts comme l'anxiété, l'aliénation, la frustration. De même, ces auteurs pensent que le mot stress vient d'une vogue où chaque investigateur a rebaptisé son concept d'étude initial sous ce terme, mais a continué dans la même lignée d'investigation qu'auparavant. Devant ce constat, il semble pertinent de discuter des différentes approches du concept de stress pour, d'une part, mieux comprendre sa complexité et d'autre part, saisir la perspective théorique du stress qui sous-tend le concept de hardiesse

Une perspective mécaniciste du stress

Historiquement, Servant et Parquet (1995) notent que, dès l'antiquité, Héraclitus suggère que la condition naturelle à tout être et à toute chose ne fait pas appel à un état statique mais de changement. Plus tard, Hippocrate avance l'idée que la santé est un état d'équilibre harmonieux par rapport à la maladie qui représente un état de déséquilibre. Dès le 14^e siècle, le mot *stress* est utilisé pour désigner les épreuves, les privations, l'adversité, la détresse. Quelques siècles plus tard (17^e), Hooke utilise le terme dans les sciences physiques en regard d'une tension interne. Les concepts de stress et de tension se retrouvent aussi en médecine au 19^e siècle, où ils étaient considérés à la base de la dichotomie santé-maladie dont l'origine se trouve dans l'approche dualiste de l'homme de Descartes.

L'essor actuel sur l'étude du stress selon la perspective mécaniciste est dû à deux auteurs : Walter Cannon (1932) et Hans Selye (1936). Cannon (1932), qui a mené de

nombreuses recherches sur la physiologie des émotions, considère le stress comme une perturbation de l'homéostasie sous certaines conditions, comme, par exemple, le froid, le manque d'oxygène, l'hypoglycémie. Il émet l'hypothèse que le degré de stress dans l'organisme pourrait être mesuré. De plus, à partir de ses études sur la physiologie des émotions, il a découvert que l'attaque ou la fuite sont liées à la libération d'une hormone, l'adrénaline, provenant de la médullosurrénale. En 1936, Selye, par sa célèbre expérience de « princeps », va donner une nouvelle dimension à la notion de stress. En effet, Selye (1956) décrit un certain nombre de réponses non spécifiques engendrées par différents agents chimiques ou physiques. Il remarque que ces réponses sont constantes, stéréotypées, indépendantes de l'agent déclencheur. Il élabore ainsi le syndrome général d'adaptation qui est constitué de l'ensemble de ces réponses non spécifiques. Il constate à l'aide de ses recherches que ce syndrome permet une contre-réaction à une agression extérieure dont le but est de rétablir l'équilibre menacé. Lors d'un stress trop intense ou trop prolongé, un épuisement de cette contre-réaction apparaît, ce qui aboutit à l'apparition de maladies. Les travaux de Cannon (1932) et Selye (1956) ont permis le développement d'une conception physiologiste et mécaniciste du stress. Quelques années plus tard, des évidences empiriques ont montré une corrélation positive mais faible ($0,12 < r < 0,32$) entre le stress et la maladie (Holmes et Massuda, 1974 ; Holmes et Rahe, 1967 ; Schmale et Iker, 1966). Cette découverte invite à conclure, selon Sullivan (1993), que la personne en santé est celle qui est exposée à un environnement peu stressant, voire sans stressseurs. Par contre, les limites de l'approche mécaniciste du stress à expliquer certains phénomènes, comme les capacités de résistance individuelle aux stressseurs, de même que la naissance de nouvelles visions de l'homme, de la science et du monde, ont incité les chercheurs à explorer d'autres approches du stress comme la perspective interactionniste.

La perspective interactionniste du stress

L'intérêt pour les différences individuelles a commencé par les études faites auprès des soldats lors de la Seconde Guerre mondiale, où les chercheurs ont retrouvé des différences individuelles dans la perception du stress lors des combats. Plus tard,

Lazarus et Erickson (1952) trouvent aussi une différence de performance des individus sous stress. Ils montrent que les chercheurs ne peuvent pas prédire la performance d'un individu simplement en référence à un stimulus stressant. Weiner et Smith (1982) ont montré qu'il ne fallait pas seulement tenir compte de la différence d'exposition aux événements stressants pour expliquer l'apparition ou non d'une maladie, mais plutôt s'orienter vers des composantes de la personnalité. De ce fait, ces différents auteurs ont permis de passer d'une conception mécaniciste du stress à une conception interactionniste, où la personne est acteur dans la relation stress-maladie, ce qui a permis le raffinement des modèles existants (Pearlin et Schooler, 1978) incorporant ainsi le concept de vulnérabilité individuelle (Weiner et Smith, 1982), de même que l'effet tampon de la relation stress-maladie par différentes ressources personnelles (Johnson et Sarason, 1979 ; Kaplan et al., 1977 ; Kobasa, 1979). Cet intérêt apporté par les chercheurs à la personne humaine comme sujet se retrouve aussi simultanément dans d'autres champs comme la médecine psychosomatique et le développement des thérapies comportementales qui, l'une et l'autre, accordent de l'importance aux caractéristiques de la personnalité. C'est dans cette perspective interactionniste du stress qu'est apparu le concept de hardiesse dans sa forme actuelle, comme variable tampon, dont l'origine va être décrite dans les lignes qui suivent.

La naissance du concept de hardiesse

Hinkle (1958), à travers ses différentes études interdisciplinaires auprès de différentes populations vivant des situations de stress social et politique, a remarqué que certaines personnes atypiques ne développaient pas de pathologie dans ce type d'environnement. Il émet l'hypothèse que les facteurs liés à la personnalité sont importants dans l'étude de la relation stress-maladie. Hinkle (1958, 1961, 1972, 1974) a présenté à partir de ces études une liste de caractéristiques de la personnalité qu'il nomme hardie. La personne hardie resterait en santé malgré la présence d'événements stressants et ne développerait pas de réponse émotionnelle dans les situations où la plupart des personnes seraient confrontées à l'anxiété. De plus, cette personnalité hardie est consciente de ses besoins physiques, psychologiques et sociaux ainsi que de ses

limites. Par contre, selon Hinkle (1958, 1961), les personnes hardies ne développent pas de liens d'attachement avec d'autres personnes ou groupes et ne semblent pas connaître l'intimité. De même, Hinkle, étant influencé par une orientation pathogène et linéaire de la relation stress- maladies, pensait qu'une personne soumise à des événements stressants développait tôt ou tard des symptômes de maladies. De ce fait, la personnalité hardie caractérisait l'exception à la règle et donc un artefact de la relation stress-maladies.

D'autres chercheurs comme Antonowsky (1973) ont poursuivi l'investigation de la personnalité en apportant une dimension positive à celle-ci, qui, selon l'auteur, a la capacité de développer de l'empathie envers les autres et d'accepter la différence. Il développe ainsi le modèle salutogénique (stress-santé) par opposition au modèle classique pathogénique (stress-maladies). Pour Kobasa (1977), il apparaissait nécessaire de poursuivre les investigations dans la voie d'Antonowsky (1974) et ainsi de changer d'orientation générale de la pensée en regard de la nature humaine. D'ailleurs, elle montrait que les variables psychologiques, selon l'approche de Hinkle (1961), protégeaient simplement l'individu de la maladie dans un univers stressant sans perspective de croissance de la personne. De ce constat, et à travers les travaux d'Antonowsky (1973, 1974, 1979), elle suggère de tenir compte des mécanismes psychologiques qui permettent à une personne, qui aime la variété, d'être stimulée par les événements stressants et ainsi d'introduire le concept de hardiesse dans une perspective philosophique existentielle. De ce fait, les événements stressants rencontrés par la personne seraient l'occasion de croissance et de développement. D'ailleurs, une des contributions de Kobasa (1979) est d'avoir permis le transfert du concept de hardiesse d'une perspective d'orientation pathogénique vers une orientation existentialiste et salutogénique. Cette nouvelle approche du concept de hardiesse a fait l'objet d'une étude rigoureuse par Kobasa et Maddi (1977) qui ont élaboré, à partir des concepts centraux de la philosophie existentielle, une théorie existentielle de la personnalité comme guide pour le développement du concept de hardiesse. Les principes de la philosophie existentielle, qui sert de nouvelle vision du concept de hardiesse, ainsi que la description des postulats de cette théorie, sont abordés dans le paragraphe suivant.

Les fondements philosophiques et théoriques de la personnalité hardie

La philosophie existentialiste

La première partie du vingtième siècle a été marquée par un bouleversement technologique ainsi que des périodes de guerre qui ont modifié les modes de fonctionnement, de relations, de pensées, transformant profondément les valeurs traditionnelles, familiales et religieuses de la société. De plus, le constat de l'impersonnalité de la nature du monde a suscité des réactions de certains philosophes. Dans ce registre, Kierkegaard, qui fut le père de la philosophie existentialiste, se questionne alors sur l'existence humaine ainsi que sur sa nature, et ceci, en réaction contre Hegel qui tentait de construire un système d'explication du monde aux prétentions totalisantes où l'humain serait un participant passif. De ce fait, Kierkegaard fut le premier à affirmer le primat de l'existence et à mettre en scène l'existence subjective de l'individu. Il posa ainsi les fondements d'un courant de pensée appelé existentialisme qui fut repris par d'autres philosophes comme James, Jaspers et Tillich, chacun contribuant à l'enrichissement de ce courant de pensée. De plus, tous ces auteurs reconnaissent que la vie d'une personne est meilleure si elle reconnaît le défi et si elle y répond franchement. D'autres auteurs importants ont marqué la philosophie existentialiste, comme Heidegger qui trace une phénoménologie des modes d'être, Gabriel Marcel qui fut le défenseur de l'existentialisme chrétien, par opposition à Sartre qui fut le défenseur de l'existentialisme athéiste. Ces philosophes, bien que divergeant dans leurs façons de traiter les thèmes existentialistes, ont toutefois une préoccupation commune : l'existence de l'être humain dans sa réalité et dans des singularités concrètes. Les philosophes existentialistes interrogent directement l'existence humaine en vue de tirer au clair l'énigme que l'homme est pour lui-même. Plus spécifiquement, c'est l'être dans le monde qui les intéressent. De plus, à partir des orientations sur la nature humaine développée par la philosophie existentielle, Kobasa et Maddi (1977) élaborent une théorie existentielle de la personnalité dont les postulats serviront aux fondements conceptuels de la hardiesse. Celle-ci est décrite dans les paragraphes qui suivent.

La théorie existentielle de la personnalité

La théorie existentielle de la personnalité proposée par Kobasa et Maddi (1977) s'inscrit dans un paradigme humaniste-existential de la personnalité (Morin et Bouchard, 1997) tout en conservant une vision post-positiviste (Neuman, 1992) du développement du concept de hardiesse en regard de celle d'un trait de personnalité. Afin de mieux comprendre la position défendue par Kobasa et Maddi (1977), il semble intéressant de retracer brièvement les visions de l'homme du côté américain et européen. En regard de la psychologie humaniste-existential, le tout et ses parties sont vus de façon différente en Amérique et en Europe. En effet, les théories européennes de la personnalité tentent de saisir l'homme entier, l'individu dans sa totalité, alors que les théories américaines visent plutôt les parties du tout, soit des traits, des attitudes, des syndromes, des facteurs, ou des performances. En Europe, le tout est considéré comme primaire et c'est à partir de cette totalité que l'on distingue les parties grâce à une démarche systématique, principalement phénoménologique portant, sur l'expérience vécue par le sujet. Pour les auteurs américains de la personnalité, la totalité apparaît comme secondaire et est conçue comme le résultat de ces différentes parties. De même, les méthodologies utilisées dans les études de la personnalité sont différentes dans les deux continents, les Américains étant les défenseurs d'un idéal positivisme rigoureux et donc d'un développement quantitatif du concept. De ce fait, il n'est pas surprenant que le développement du concept de hardiesse soit majoritairement issu d'études quantitatives.

En regard de la théorie existentielle de la personnalité qui correspond, selon Fawcett et Downs (1986), à une théorie de niveau macro (ou grande théorie), il apparaît que trois aspects de la personnalité sont décrits (Maddi, 1986), soit le centre de la personnalité existentielle qui fait référence à ce qui est commun à toute personne, la périphérie de la personnalité qui fait référence aux styles de vie qui différencient les personnes et enfin le développement de la personnalité qui aborde la construction de la personnalité au cours de l'enfance et de l'âge adulte. Chacun des trois aspects propose des postulats qui vont être présentés.

Au niveau du cœur de la personnalité, il apparaît que la tendance fondamentale de tout être humain, selon Maddi (1970), est la recherche universelle de sens. Cette reconnaissance et cette attribution de sens à soi, aux autres et à l'environnement permettent à la personne de devenir un être libre, un être dans le monde (Binswanger, 1963). Dans cette recherche de sens, la personne utilise des capacités psychologiques cognitives décrites par Maddi (1967, 1970), comme par exemple l'utilisation de la symbolisation, de l'imagination et du jugement. La symbolisation fait référence, selon Maddi (1967, 1970), aux besoins d'abstraction des expériences concrètes vécues par la personne. L'imagination fait appel à la combinaison et la recombinaison de nouvelles idées menant parfois à un changement de la personne dans sa vision du monde. Enfin, le jugement fait référence à la capacité de la personne d'évaluer ses expériences à la lumière de ses valeurs et préférences. Cette conscience de soi ne renferme pas l'être humain sur lui-même, mais l'ouvre aussi, d'une part, sur un engagement dans la société et, d'autre part, sur sa participation à son environnement physique et biologique. Kobasa et Maddi (1977) précisent que les trois environnements ne sont pas dichotomiques et que la personnalité existentielle vit en harmonie avec eux. De plus, le temps est un facteur de croissance afin d'intégrer les éléments du passé, du présent et de du futur, ce qui permet à la personne de prendre des décisions tout en faisant le deuil de tout maîtriser, induisant ainsi une anxiété. Cette anxiété, qui constitue la racine ontologique de la nature de l'être dans le monde, peut être transcendée par le courage qui permet à la personne de se recentrer sur le futur. D'ailleurs, Maddi (1999) rapproche la hardiesse du courage existentiel. Ces différentes propositions constituent le cœur de la personnalité existentielle, soit les caractéristiques communes de chaque personne vue sous l'angle de la théorie existentielle de la personnalité. Après avoir abordé les bases communes de la personnalité existentielle selon l'approche de Kobasa et Maddi (1977), la prochaine partie aborde les caractéristiques qui différencient les styles de vie.

En référence à la périphérie de la personnalité (Maddi, 1987), la théorie existentielle de la personnalité différencie deux styles de personnalité : la personnalité authentique et la personnalité non authentique. La personnalité authentique comme

résultat final d'un développement existentiel de la personnalité se caractérise par l'utilisation des fonctions de symbolisation, d'imagination et de jugement afin de pouvoir influencer ses expériences sociales et biologiques. De plus, cette authenticité lui permet d'intégrer les données de son passé et de son présent pour se projeter vers le futur. C'est une personnalité faisant preuve de créativité, de subtilité, d'engagement, désirant le changement, qui lui procure une certaine anxiété existentielle, mais que la personne accepte courageusement comme faisant partie de sa vie. L'échec est vécu comme une source d'apprentissage et de croissance. De plus, la personne authentique est capable de s'engager dans des relations intimes et de focaliser son attention sur la qualité de ses relations plus que sur la quantité. La personnalité authentique est le modèle que les existentialistes tentent d'atteindre. Par opposition, la théorie existentialiste décrit aussi la personne non authentique qui inhibe l'expression de ses besoins. De plus, elle se définit comme une personnalité passive face aux décisions à prendre et semble jouer un rôle qui lui a été attribué. Elle ne se projette pas dans le futur, qui lui fait peur, par l'insécurité qu'il procure, due à l'incertitude du lendemain. La personnalité non authentique se décrit comme rigide, se situant dans ses paroles et ses actions dans le passé et le présent. En outre, l'expérience de l'échec peut la précipiter vers des troubles psychopathologiques. Le but de l'existentialisme est donc de permettre à la personne non authentique de devenir une personne authentique dans une perspective de développement personnel, car, pour cette approche, la personnalité n'est pas statique, mais peut se modifier en fonction des interactions entre les facteurs psychologiques, sociaux et physiques. La personne peut ainsi se transformer en une personne développée, responsable, indépendante dans ses choix, mais pouvant faire preuve d'intimité, tout en développant sa créativité pour se projeter dans un monde futur qu'elle aborde avec un courage existentiel malgré l'anxiété que lui procure l'incertain. Enfin, il semble intéressant de se pencher sur le développement de la personnalité authentique, soit au cours de l'enfance et de l'âge adulte, ce qui fait l'objet du paragraphe suivant.

Dans cette optique, le développement de la personnalité doit être compris comme une confrontation entre, d'une part, les besoins physiques, psychologiques et sociaux de l'enfant et, d'autre part, son environnement qui répond ou non à ses besoins. Par contre,

il apparaît que le jeune enfant doit être stimulé et encouragé par ses parents, mais aussi par le système éducatif, en privilégiant la multiplicité des expériences qui lui permettront de développer son sens de la symbolisation, de l'imagination et du jugement dans un univers constitué de limites et ainsi de trouver du sens à ces expériences. D'ailleurs, les échecs ne sont pas analysés de façon négative, mais sont considérés comme un processus de croissance et une étape nécessaire pour développer son autodétermination. D'ailleurs ce processus passe par trois types d'orientation de la personnalité : la personnalité esthétique, la personnalité idéaliste et la personnalité authentique. La personnalité esthétique décrit une période où l'enfant fait l'expérience de sa liberté et de ses fautes. Il commence ainsi l'apprentissage de son autodétermination et de sa singularisation par rapport aux autres membres de la famille. La personnalité idéaliste est l'étape où la jeune personne fait l'intégration de son passé et de son futur dans son présent pour prendre des décisions en accord avec ses valeurs et son engagement qu'il pense éternel. Dans cette perspective, l'amour envers une personne ne se remet pas en question. C'est au cours de l'âge adulte que se concrétisent les styles de vie, qui ne sont que le reflet à prime abord d'un développement de la personne, soit vers le style authentique ou le style non authentique. La théorie existentialiste de la personnalité tend à permettre le développement de la personne authentique. Maddi et Kobasa (1984) soulignent que nos sociétés modernes ne permettent pas forcément le développement de la personnalité authentique pendant l'enfance. En effet, les parents se penchent de moins en moins sur le vécu expérientiel de leurs enfants et créent de moins en moins de situations où l'enfant peut expérimenter l'engagement, la maîtrise et le défi. En outre, le système éducatif est orienté vers des tâches de performance des enfants n'intégrant pas la notion d'échec comme processus de développement. Maddi et Kobasa (1984) suggèrent que, si la période de l'enfance n'a pas permis de développer ce type de personnalité, il est possible à la période adulte de le renforcer par l'intermédiaire de techniques de *counselling* qui sont à la base des programmes de développement de la hardiesse qui caractérise la personnalité authentique.

En regard des différents postulats émis par Kobasa et Maddi (1977), les auteurs ont décrit 25 propositions théoriques que Leclerc (1999) a mis en lien avec le concept de hardiesse (Annexe 1) ce qui permet de faire la synthèse de l'approche de la théorie existentialiste de la personnalité, mais aussi le parallèle entre les propositions théoriques et le concept de hardiesse.

Avant de conclure cette partie, il semble nécessaire d'aborder la notion de trait de personnalité en relation avec le concept de hardiesse. En effet, il ressort que l'approche américaine de la personnalité tend à favoriser l'étude des traits de personnalité. De plus, lors de la présentation de la théorie existentielle de la personnalité, Kobasa et Maddi (1977) parlent de trait hardi. Plus finement, il apparaît que la méthodologie suivie par Kobasa et ses collaborateurs (1977, 1982) correspond à une méthodologie d'étude de trait de personnalité (Allport, 1970). En effet, dans un premier temps, Kobasa (1977) a cherché à déterminer les caractéristiques de la personnalité qui permettent de rester en santé malgré les stress de la vie, et ce, sur un grand nombre de personnes. Elle a procédé par l'utilisation de différentes échelles de mesure afin de quantifier les caractéristiques de cette personnalité. Dans un second temps, elle a conduit une étude prospective afin d'établir que le trait ainsi mis au jour permet à la personne de rester en santé malgré les événements stressants. Enfin, dans un troisième temps, entre 1979 et 1984, elle a mené avec ses collaborateurs une série d'études afin de déterminer comment cette personnalité interagissait avec d'autres variables ressources de la relation stressseurs-maladies. À partir de ces différents niveaux d'études, Maddi et Kobasa (1984) ont admis une généralisation des résultats et ont élaboré leur théorie qui permet de prédire le comportement de la personne hardie dans un univers stressant. C'est une façon de la caractériser et de la singulariser par rapport à une personne non hardie. Par conséquent, il apparaît que la hardiesse soit un trait de personnalité dynamique et non stable, ce qui caractérise de façon singulière la personne dans ses actions et ses pensées (Allport, 1970).

Conclusion

C'est à partir de la théorie existentielle de la personnalité, dont les postulats s'inspirent de la philosophie existentielle, que le concept de hardiesse trouve les assises nécessaires à son développement conceptuel dans une perspective salutogénique. De plus, Kobasa (1977), au regard des propositions de la théorie existentielle de la personnalité, mais aussi des recherches sur le *coping* et le comportement des adultes (Neugarden, 1974 ; Coelho et al, 1974), a proposé une première théorie de niveau intermédiaire (Fawcett et Downs, 1986) (Figure 1). Celle-ci explique les interactions, d'une part, entre le stress, la personnalité hardie et la santé (vision salutogénique) et, d'autre part, entre le stress, la personne non hardie et la maladie (vision pathogénique). De plus, Kobasa (1977) s'en est servi comme cadre théorique pour sa thèse, ce qui lui a permis de poser un certain nombre d'hypothèses. En effet, à travers ce premier modèle, Kobasa (1977) suppose qu'une personne qui reste en santé dans un univers stressant se rapproche de la personnalité authentique, par rapport à la personne qui développe une maladie qui, elle, se rapproche d'une personnalité non-authentique. De plus, la hardiesse a bénéficié de définitions conceptuelles proposées par Kobasa (1977) qui sont l'objet du paragraphe suivant.

Les fondements conceptuels de la hardiesse

La hardiesse apparaît comme une caractéristique de la personnalité se rapportant à des croyances, des sentiments, des valeurs et des tendances psychologiques dans une perspective de développement, et qui s'exprime par une constellation de trois dimensions interreliées, soit : le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi (Kobasa et Maddi, 1977 ; Kobasa, 1979 ; Kobasa, 1982). Sur le plan conceptuel, ces trois dimensions sont définies comme suit.

Le sens de l'engagement qui a été décrit comme la tendance de la personne à s'impliquer dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées. La personne

engagée a tendance à interagir avec l'environnement. Elle exprime de l'enthousiasme et de l'intérêt vis à vis du travail et de la vie en général. Elle prend plaisir à faire des activités inhérentes à ses divers rôles sociaux. Elle aime la vie et apprendre à travailler est un plaisir. Elle a tendance à reconnaître les événements, les objets et les personnes de l'environnement qui lui sont intéressants et significatifs. La personne engagée a la possibilité de demander de l'aide et l'assistance de l'autre lors d'événements qui nécessitent un réajustement. Être engagé requiert une croyance à être pro-actif, une tendance à passer à l'action et d'aller au devant et non pas d'être rétro-actif. L'engagement est l'expression du développement des potentiels; il s'oppose à une aliénation et au sens général d'abandon, de perte d'autonomie et de dépossession de l'authenticité.

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

Le sens du défi qui se rapporte à la croyance que le changement plutôt que la stabilité est normal. De plus, ces personnes qui ont le sens du défi perçoivent le changement comme un stimulus important pour leur croissance et leur développement personnel. Faire preuve de défi, c'est s'ouvrir au changement, c'est être une personne créative qui aime la variété dans son travail, qui est à l'aise avec ceux dont les idées évoluent et changent. De plus, ces personnes sont centrées sur la réalisation de soi plutôt que sur la stabilité et la sécurité. Le défi s'oppose à la méfiance et à la stabilité. Plus récemment, Maddi (1996) apportait quelques modifications à la définition du défi, où l'accent est mis sur un processus d'apprentissage de la personne à travers les différentes expériences que la vie lui procure. Bien que la notion de changement soit maintenue de façon implicite, cette nouvelle approche constitue un changement conceptuel important.

Par contre, Maddi et Kobasa (1984), Ouellette (1993), précisent que la personnalité hardie possède ces trois dimensions sans discrimination, ce qui en constitue son originalité

En 1998, Maddi propose une clarification conceptuelle entre la hardiesse, le sens de la cohérence, le comportement de type A, l'optimisme et la résilience. Maddi (1998) précise que comme la hardiesse, le sens de la cohérence fait appel à une conception de soi dans le monde qui peut influencer les manières d'agir de la personne. Par contre, plusieurs différences apparaissent. En effet, dans un premier temps, il semble que l'origine du sens de la cohérence se situe au niveau de la sociologie en regard d'un contexte culturel judaïque, par opposition au concept de hardiesse qui est apparu en psychologie et dans une culture américaine. De plus, la hardiesse met l'accent sur l'action de la personne par rapport aux situations stressantes, par contre, le sens de la cohérence induit plus une compréhension et une acceptation de la situation que le développement d'actions, en comptant sur le soutien d'autres personnes et de la communauté. En outre, au niveau de la description des différentes dimensions de ces deux concepts, la dimension du défi ne semble pas être une dimension à part entière dans le concept de sens de la cohérence comme dans celui de la hardiesse. De ce fait, le défi ne tient pas une place prépondérante dans le concept de sens de la cohérence par rapport à celui de hardiesse où il en fait toute son originalité (Ouellette, 1993). Maddi (1998) argumente que ces différences entre les deux concepts ont orienté les recherches qui sont plus en regard d'une application pratique pour le concept de hardiesse par rapport aux recherches sur le concept de sens de la cohérence qui sont restées très académiques.

La personnalité de type A fut décrite par Friedman et Rosenman (1974) et correspond à un ensemble de comportements (vigueur, impatience, rapidité) et d'attitudes (ambition, compétition, hostilité) qui prédisposent la personne à deux fois plus de risques de développer une maladie coronarienne. De façon générale, cette personnalité montre un comportement d'impatience, aime avoir le contrôle sur les situations et se sent prisonnier du temps. En regard de la hardiesse, cette urgence du

temps s'oppose à la conception du défi, l'impatience hostile est opposée à l'engagement. Il apparaît par contre que le sens de la maîtrise est commun aux deux concepts. Des études (Kobasa, Maddi et Zola, 1983) montrent que les personnes ayant un haut niveau de personnalité de type A développent très rapidement dans des situations stressantes des maladies, surtout cardio-vasculaires. Par contre, il semble qu'un haut niveau de hardiesse chez ces personnes annule l'effet délétère de la personnalité de type A sur l'apparition de maladies. Maddi (1998) suggère ainsi que les effets modérateurs des dimensions d'engagement et de défi permettent de faire la différence entre une prédisposition à la maladie (par manque d'engagement et de défi comme la personnalité de type A) et une prédisposition à la santé (comme la hardiesse).

La principale similarité qui existe entre le concept de hardiesse et le concept d'optimisme est leur impact sur le bien-être de la personne. Il apparaît aussi que l'optimisme fait partie de la perspective théorique de la hardiesse. En effet, l'évaluation cognitive des situations par la personne hardie est regardée dans une perspective optimiste (Maddi et Kobasa, 1984). Par contre, ce constat n'empêche pas la personne hardie de développer ses capacités d'action et de négociation afin d'influencer les événements. En contraste, les théories sur l'optimiste mettent l'accent sur la généralisation des attentes en regard de résultats bénéfiques face aux situations stressantes, sans pour cela qu'il y ait une quelconque stratégie active de *coping*. Par conséquent, le concept d'optimisme peut inclure plus d'éléments, comme le déni des situations, la naïveté et la complaisance, qui entraînent ainsi des erreurs dans l'estimation de la gravité des situations. En outre, certains comportements optimistes peuvent induire une passivité face aux situations stressantes en développant la croyance que la situation va se résoudre de façon positive sans aucune intervention. De ce fait, il apparaît que le concept d'optimisme se différencie du concept de hardiesse

Il s'avère que le concept le plus confondant avec la hardiesse est celui de la résilience. En effet, même les banques de données comme Medline n'attribuent pas de différence entre les deux concepts. Par contre, Maddi (1998) apporte quelques différences significatives. En effet, la résilience fait appel aux réactions constructives

dues à un effet de ressort psychologique que les enfants peuvent développer face à un environnement familial hostile. Sur le plan conceptuel, la hardiesse est une disposition de la personnalité et non une réaction de rebond. Elle fait donc appel à une caractéristique de la personnalité qui induit une façon d'agir. Par contre, ce qui apparaît parfois confondant, c'est l'utilisation par la personne hardie de réactions résilientes. Selon Maddi (1998), la hardiesse et la résilience sont des concepts très proches, mais bénéficient de modes de développement différents. En effet, la résilience fait appel obligatoirement aux interactions entre l'enfant et son environnement et s'exprime dans un contexte de manque de relations significatives. La hardiesse ne se développe pas exclusivement pendant la période de l'enfance puisqu'elle peut être apprise même à l'âge adulte. De plus, son expression ne dépend pas forcément d'une situation de manque affectif, mais plutôt de la place qu'occupe l'enfant au sein de la famille. Enfin, le développement de potentiel hardi peut se réaliser dans un contexte familial positif contrairement à celui de la résilience qui apparaît dans une situation de crise familiale où le soutien social et familial a un d'impact majeur sur son développement, ce qui n'est d'ailleurs pas forcément le cas pour la hardiesse. Maddi (1998) conclut que la principale différence entre les deux concepts réside dans le fait que la résilience fait appel à une réaction face à une situation, tandis que la hardiesse fait référence à une caractéristique de la personnalité.

À la suite de l'élaboration du concept de hardiesse ainsi que du premier modèle théorique, diverses recherches empiriques menées par Kobasa et ses collaborateurs entre 1979 et 1984 ont permis de construire la théorie présentée par Maddi et Kobasa (1984), qui est d'ailleurs la plus souvent référencée par les auteurs. La prochaine partie récapitule ces différentes études.

Les fondements empiriques de la théorie proposée par Maddi et Kobasa (1984)

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

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

Le pourcentage de réponses fut élevé aux deux temps de mesure (81% et 86% respectivement). À partir de ces résultats, Kobasa (1979) a réparti les sujets en deux groupes en fonction de leur niveau de symptômes de maladies. Le premier groupe était composé de gestionnaires qui étaient exposés à un niveau élevé de stresseurs au travail et qui présentaient des symptômes de maladies (n = 75). Le deuxième groupe comprenait les gestionnaires qui étaient exposés à un nombre élevé d'événements

stressants, mais qui ne présentaient pas ou peu de symptômes de maladies ($n = 86$). Ces deux groupes présentaient des caractéristiques sociodémographiques similaires. En effet, c'était des hommes de race blanche, âgés de 40 à 49 ans, mariés, ayant en moyenne deux enfants, des revenus au-dessus de la moyenne, ainsi qu'une position sociale enviable. Les résultats ont montré une relation significative et statistiquement positive ($r = 0.24$, $p < 0.025$) entre les événements stressants et les symptômes de maladies. De plus, une analyse discriminante a démontré que les gestionnaires qui présentaient un bas niveau de symptômes de maladies sont capables d'engagement, de maîtrise et de défi.

Selon Kobasa (1979), cette première étude a permis de mettre en évidence la présence d'une caractéristique de la personnalité qui permet à l'individu de rester en santé malgré la présence d'un haut niveau de stressors au travail. De plus, les variables sociodémographiques ne semblent pas influencer cette caractéristique de la personnalité. Par contre, cette étude comporte aussi des limites comme l'utilisation d'échelles de mesure négative pour mesurer le concept de hardiesse. Ouellette (1993) montre que ce procédé induisait des biais par une sous-estimation du niveau de hardiesse. En outre, la mesure de ce concept avec des indicateurs négatifs pourrait laisser croire que la hardiesse se rapproche d'un concept négatif à type de trait fixe de la personnalité (la névrose). Également, un reproche qui a été souvent fait à cette étude, c'est qu'elle n'englobe que des gestionnaires de race blanche, ce qui limite sa validité externe. Les résultats ne sont donc pas généralisables à d'autres populations. Par contre, elle a été le point de départ d'une série d'études cherchant à préciser les interrelations entre la hardiesse et les autres variables modératrices de la perception des stressors. De plus, il apparaît que, bien que Kobasa (1977) s'inscrit dans une dimension salutogénique du concept de hardiesse, les indicateurs qui mesurent la santé sont des indicateurs de présence de symptômes de maladies. De ce fait, Kobasa (1977), à travers les études empiriques, a plus examiné la personnalité non authentique.

Une étude prospective longitudinale a été menée par Kobasa, Maddi et Kahn (1982). Ils ont étudié sur une période de cinq ans (1972-1977) une population de gestionnaires de Chicago dont l'échantillon était composé au départ de 670 individus.

Cette étude comprenait trois temps de mesure. Le premier temps de mesure (T1) incluait la mesure des stressseurs et les symptômes de maladies qui étaient survenus pendant les trois années et demie auparavant. De plus, à partir de cet échantillon initial (670 individus), 400 personnes furent sélectionnées pour répondre à un autre questionnaire qui comportait la mesure de la hardiesse et des variables sociodémographiques et dont les résultats seront présentés ultérieurement (Kobasa, Maddi et Courington, 1981). De l'échantillon initial (670 individus), deux temps de mesure (T2 et T3) furent effectués à un an d'intervalle avec les mêmes instruments de mesure. Au troisième temps de mesure (T3), l'échantillon final comptait 259 sujets avec des caractéristiques sociodémographiques similaires à l'échantillon initial. De ce fait, à partir du troisième temps de mesure, Kobasa et ses collaborateurs (1982) ont étudié sur une période de cinq ans une population de gestionnaires de Chicago en regard des mesures des stressseurs et des symptômes de maladies. De plus, le taux de réponses aux différents temps de mesure s'est avéré satisfaisant (supérieur à 80% dans tous les cas). Les échelles de mesure sont semblables à celles utilisées par Kobasa en 1979. Par contre, pour la mesure de la dimension de l'engagement, les auteurs ont retenu deux sous-échelles de l'Alienation Test (Maddi et al., 1979), soit The Alienation From Self et The Alienation From Work. Il en résulte à ce stade que cinq sous échelles mesurent de façon négative la hardiesse et constituent ainsi les échelles de la première génération (Ouellette, 1993). Il apparaît un lien statistiquement significatif et positif ($r = 0,24$, $p < 0,025$) entre les stressseurs et les symptômes de maladies. De plus, il apparaît qu'au cours des cinq années, il y a eu une augmentation du nombre des stressseurs au travail avec deux pics qui correspondaient à des changements structuraux importants au sein de l'entreprise. Les résultats montrent que, parallèlement à cette augmentation des stressseurs, les symptômes de maladies augmentaient. En outre, aucun lien n'apparaît entre les caractéristiques sociodémographiques et la hardiesse. Par contre, à l'aide d'analyses de variance, il apparaît que la hardiesse permet à l'individu de rester en santé, c'est-à-dire de présenter peu ou pas de symptômes de maladies dans un univers de travail potentiellement stressant. La hardiesse semble être une source de résistance propre à l'individu. À la suite de ces résultats, un certain nombre de questions restent posées comme la relation possible de la hardiesse avec les prédispositions physiques à la maladie, mais aussi ses relations avec

d'autres variables comme le *coping* et le soutien social. Les critiques de cette étude peuvent être similaires à celles de l'étude de Kobasa (1979) au point de vue des échelles utilisées et du type de population étudiée. Bref, il est aisé d'observer que Kobasa (1979), à travers les échelles de mesures négatives utilisées, a cerné les caractéristiques de la personne non authentique et a inféré ses résultats par opposition sur la personne authentique.

À la suite des questions soulevées par cette dernière étude, Kobasa, Maddi et Courington (1981) ont examiné, sur l'échantillon de 400 personnes sélectionnées à partir de l'étude prospective (Kobasa et al., 1982), la contribution de la hardiesse et les prédispositions physiques en ce qui concerne la relation stressseurs-maladie. Un questionnaire médical a permis au premier temps de l'enquête de retracer les antécédents familiaux des personnes. La prédisposition à la maladie est donc mesurée grâce à un indice qui correspond à la fréquence des maladies physiques familiales. À l'aide de l'analyse de la variance et de la covariance, il apparaît que les variables hardiesse et prédispositions physiques sont indépendantes. De plus, il apparaît que les personnes qui possèdent le facteur de prédispositions aux maladies physiques auront tendance à développer de façon plus importante des symptômes de maladies dans un univers stressant. De même, il apparaît que la hardiesse soit, par contre, un modérateur en réduisant la perception des stressseurs, qui de la même façon, atténuera les effets délétères induits sur la santé par les prédispositions à la maladie physique de la personne.

Kobasa, Maddi et Puccetti (1982) ont regardé les relations entre la hardiesse, l'exercice physique et l'apparition de symptômes de maladies auprès d'un échantillon de convenance de 137 hommes gestionnaires, de race blanche, en majorité protestants et dont l'âge variait de 39 à 65 ans. Les échelles utilisées furent *The Schedule of Life Events* (Holmes et Rahe, 1967) en version modifiée pour mesurer l'environnement stressant, *The Seriousness of Illness Survey* (Wyler et al., 1968) pour mesurer les symptômes de maladies, *l'Epidemiological Procedure* (p. ex., Paffenberger et al., 1975) pour mesurer l'exercice physique et les cinq sous-échelles décrites par Kobasa (1982)

afin de mesurer de façon négative le concept de hardiesse. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Il s'avère qu'il existe une relation statistiquement significative et positive entre les événements stressants et l'apparition de symptômes de maladies ($r = 0,43$, $p < 0,001$). Par contre, il ne semble pas exister de relation statistique significative entre la hardiesse et l'exercice physique. Par l'intermédiaire d'analyses de variance et de covariance, les auteurs ont montré que, bien qu'agissant de façon indépendante, la hardiesse et le niveau d'exercice diminuaient l'apparition de symptômes de maladies. Par conséquent, les auteurs montrent que la hardiesse et l'exercice physique agissent en synergie, c'est-à-dire qu'une personne hardie qui fait de l'exercice préserve mieux sa santé, qu'une la personne qui ne fait que de l'exercice ou qui ne possède que le trait de hardiesse.

Kobasa et Pucetti (1983) ont regardé les relations entre les événements stressants, les symptômes de maladies, la hardiesse et les ressources sociales auprès d'un échantillon de convenance de 170 hommes gestionnaires ($n = 204$) mariés, protestants et ayant suivi des études supérieures. Les échelles utilisées furent *The Familiar Schedule of Recent Events* (Holmes et Rahe, 1967) pour mesurer les événements stressants, *The Seriouness of Illness Survey* (Wyler et al., 1971) pour mesurer les symptômes de maladies et l'échelle composée des cinq sous-échelles préconisées par Kobasa et al., (1982) pour mesurer la hardiesse. Les ressources sociales furent mesurées par deux échelles, *The Environment Scale* (Moos et al., 1974) et *The Social Asset Scale* (Luborsky et al., 1973). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Il apparaît une relation statistiquement significative et positive entre le manque de hardiesse et les événements stressants ($r = 0,18$, $p < 0,01$), de même qu'entre les événements stressants et l'apparition de symptômes de maladies ($r = 0,43$, $p < 0,010$). Par contre, le soutien social est en relation significative et négative avec les événements stressants ($r = -0,19$, $p < 0,01$) ainsi qu'avec le manque de hardiesse ($r = -0,29$, $p < 0,005$). Les auteurs concluent que les gestionnaires qui possèdent un haut niveau de hardiesse et qui ont perçu de façon positive le soutien de leur supérieur ainsi que celui de la famille présentent moins de symptômes de maladies en comparaison avec les gestionnaires qui sont moins hardis, mais qui ont quand même perçu un soutien positif de la part de leur

supérieur et de leur famille. De plus, les avantages sociaux (rémunération plus importante) ne semblent pas avoir d'influence significative sur l'état de santé des gestionnaires soumis à de nombreux stressseurs.

Dans le même ordre d'idées, Kobasa, Maddi, Pucetti et Zola (1985) ont regardé les relations entre la hardiesse, l'exercice physique et le soutien social, de façon individuelle et en combinaison, sur l'apparition de symptômes de maladies auprès d'une population de 85 hommes gestionnaires soumis à un environnement stressant. Cette étude est de type prospectif sur un an. L'échantillon initial était composé, en 1980, de 85 personnes faisant partie du Stress Project et après un an, il restait 70 personnes. Les échelles mesurant les événements stressants, l'apparition de symptômes de maladies et la hardiesse sont semblables à celles de l'étude de Kobasa et al. (1982). L'exercice physique fut mesuré par l'*Epidemiological Procedure* (Paffenberger et al., 1975) et le soutien social fut mesuré par *The Staff Support Subscale of the Work Environment Scale* (Moos, 1976). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Les résultats montrent que la combinaison des trois ressources de résistance, soit la hardiesse, le soutien social et l'exercice physique, diminue de façon significative l'apparition de symptômes de maladies. De plus, la hardiesse apparaît comme la ressource la plus importante dans la diminution des symptômes de maladies. Les auteurs montrent que la hardiesse permet de diminuer, au premier abord, la perception des événements stressants et ainsi d'induire une diminution de la tension ressentie par la personne face aux stressseurs. Par contre, l'exercice physique permet *a posteriori* de diminuer la tension ressentie face aux stressseurs sans modifier la perception de ceux-ci par la personne. Enfin, le soutien social ne présente aucun effet direct sur la modification de la perception des événements stressseurs et sur la tension créée par les stressseurs. Il est à noter que les auteurs ne proposent pas de mesure de tension de la personne face aux stressseurs.

Des études ont aussi été effectuées sur des populations autres que les gestionnaires. En effet, Kobasa (1982a) a regardé les relations entre la dimension de l'engagement, le soutien social, l'exercice, les stratégies de *coping*, les événements

stressants et l'apparition de symptômes de maladies auprès d'un échantillon de convenance de 157 avocats. Les échelles de mesure utilisées furent, pour les symptômes de maladies, les événements stressants et la dimension de l'engagement, les mêmes que lors de l'étude de Kobasa et al. (1982). Le *coping* fut regardé sous l'angle unique du *coping* régressif. Une série de stratégies de *coping* fut élaborée par Maddi (1967) à partir de la théorie de l'existentialisme. L'évaluation de l'activité sportive a été faite à partir du type de sport pratiqué par les avocats, de la durée de celle-ci, ainsi que de sa fréquence hebdomadaire. De même, le soutien social fut évalué en fonction du nombre de personnes que les avocats ont contacté pour parler de leur stress au travail. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Les résultats montrent qu'il n'existe pas de relation statistiquement significative entre les événements stressants et les symptômes de maladies, par contre, il existe une relation statistiquement significative et positive ($r = 0,29$, $p < 0,0003$) entre les événements stressants et la tension qui en résulte. Par ailleurs, il apparaît que les avocats qui démontrent peu d'engagement utilisent un *coping* de type régressif ($r = 0,20$, $p < 0,01$) et développent plus de symptômes de maladies ($r = 0,30$, $p < 0,005$). Le manque de soutien social et l'utilisation d'un *coping* régressif sont reliés de façon significative et positive avec les événements stressants (respectivement $r = 0,18$, $p < 0,05$ et $r = 0,22$, $p < 0,01$). Par contre, le soutien social ainsi que l'exercice n'ont pas de lien significatif avec la tension créée par les événements stressants.

De plus, Kobasa (1982b) rapporte une autre étude qui a été effectuée auprès d'un groupe de 100 patientes en consultation externe en gynécologie. Les variables testées ont été les événements stressants, les symptômes psychiatriques au moyen de l'échelle de *Hopkins Symtoms Checklist* (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi, 1974) et la personnalité hardie (Kobasa et Hill, 1981). Ces personnes possédaient les caractéristiques suivantes : elles étaient en majorité de race blanche, âgées de 25 à 35 ans, mariées, et possédaient un emploi à temps plein. Il s'avère que les femmes ($n = 40$) qui présentaient peu de symptômes psychiatriques se caractérisaient par une personnalité hardie. Kobasa (1982) ne précise pas l'échelle utilisée pour mesurer les événements stressants.

D'autres études ont examiné les relations entre la hardiesse et d'autres variables comme la personnalité de type A. En effet, Kobasa, Maddi et Zola (1983) ont regardé les relations entre la hardiesse, le type de comportement A et l'apparition de symptômes de maladies. La personnalité de type A fut décrite par Friedman et Rosenman (1974) et correspond à un ensemble de comportements (vigueur, impatience, rapidité) et d'attitudes (ambition, compétition, hostilité) qui prédisposent la personne à deux fois plus de risques de développer une maladie coronarienne (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994). Les autres échelles furent *The Familiar Schedule of Recent Events* (Holmes et Rahe, 1967) pour mesurer les événements stressants, *The Seriouness of Illness Survey* (Wyler et al., 1971) pour mesurer les symptômes de maladies et l'échelle composée des cinq sous-échelles préconisées par Kobasa et al., (1982) pour mesurer la hardiesse. L'échantillon de convenance était composé de 158 hommes gestionnaires de la compagnie *Bell Telephone*, de race blanche, mariés et âgés de 33 à 65 ans. Les échelles utilisées furent les mêmes que celles utilisées dans l'étude de Kobasa et al. (1982) en ce qui concerne la hardiesse, les événements stressants et les symptômes de maladies. La personnalité de type A fut mesurée par *The Jenkins Activity Survey* (Jenkins et al., 1967). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées (Tests de Pearson). Il n'apparaît aucune relation statistiquement significative entre la hardiesse et la personnalité de type A. De plus, à partir de ces résultats, les auteurs ont divisé l'échantillon en deux, en fonction du score obtenu à l'échelle de mesure de la personnalité de type A. Il apparaît que les hommes gestionnaires qui ont une personnalité de type A développent très rapidement des symptômes de maladies, surtout cardio-vasculaires, d'autant plus qu'ils ont un bas niveau de hardiesse.

Ces différentes études ont permis à Kobasa et ses collaborateurs d'affiner les propositions théoriques du premier modèle (Kobasa, 1977) et ainsi de présenter un deuxième modèle théorique (Maddi et Kobasa, 1984) en regard des sources de résistance aux événements stressants (Figure 2). Étant donné que ce modèle théorique est le plus utilisé par les chercheurs de différentes disciplines, les propositions théoriques vont être décrites dans le prochain paragraphe.

Les propositions de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) (Figure 2)

La théorie de Maddi et Kobasa (1984) peut être divisée en deux parties : la première met en évidence les différents éléments du processus qui affecte la santé (maladie) et la deuxième met l'accent sur les variables tampons du processus qui affecte la santé.

Dans la première partie, il apparaît trois concepts : les événements stressants, la tension, la maladie. Les événements stressants regroupent un ensemble d'événements (condition financière, mariage, conditions de travail) qui ont un potentiel stressant. La tension est décrite comme un ensemble de symptômes physiques (palpitation, mains moites) et psychologiques (irritabilité, anxiété, diminution de l'appétit). La maladie est définie comme un ensemble de symptômes physiques mineurs ou majeurs (psoriasis, crise cardiaque) et mentaux mineurs ou majeurs (dépression mineure ou majeure). Les propositions relationnelles sont les suivantes : il existe une relation positive entre les événements stressants et la tension et il existe une relation positive entre une tension prolongée et l'apparition de maladies.

Dans la deuxième partie, les différentes ressources de résistance se retrouvent entre ces relations. Il apparaît trois concepts tampons (ou modérateurs) : les prédispositions constitutionnelles, les pratiques de santé et le *coping* transformationnel. De plus, deux concepts qui n'ont pas d'effet tampon direct apparaissent, soit les concepts de hardiesse et de soutien social. Les prédispositions constitutionnelles regroupent les caractéristiques innées des personnes, comme un haut taux de cholestérol, l'anxiété trait (Spielberger, 1983) pouvant induire une certaine vulnérabilité qui fait partie du patrimoine de l'inné. Les pratiques de santé correspondent aux comportements qui préviennent les symptômes de maladie comme le jogging, l'adhésion à une diète lorsque la personne a un haut taux de cholestérol. Le *coping* transformationnel comprend toutes les stratégies actives de *coping* (Lazarus et Folkman, 1984) comme les stratégies de résolution de problème. Les propositions relationnelles sont les suivantes :

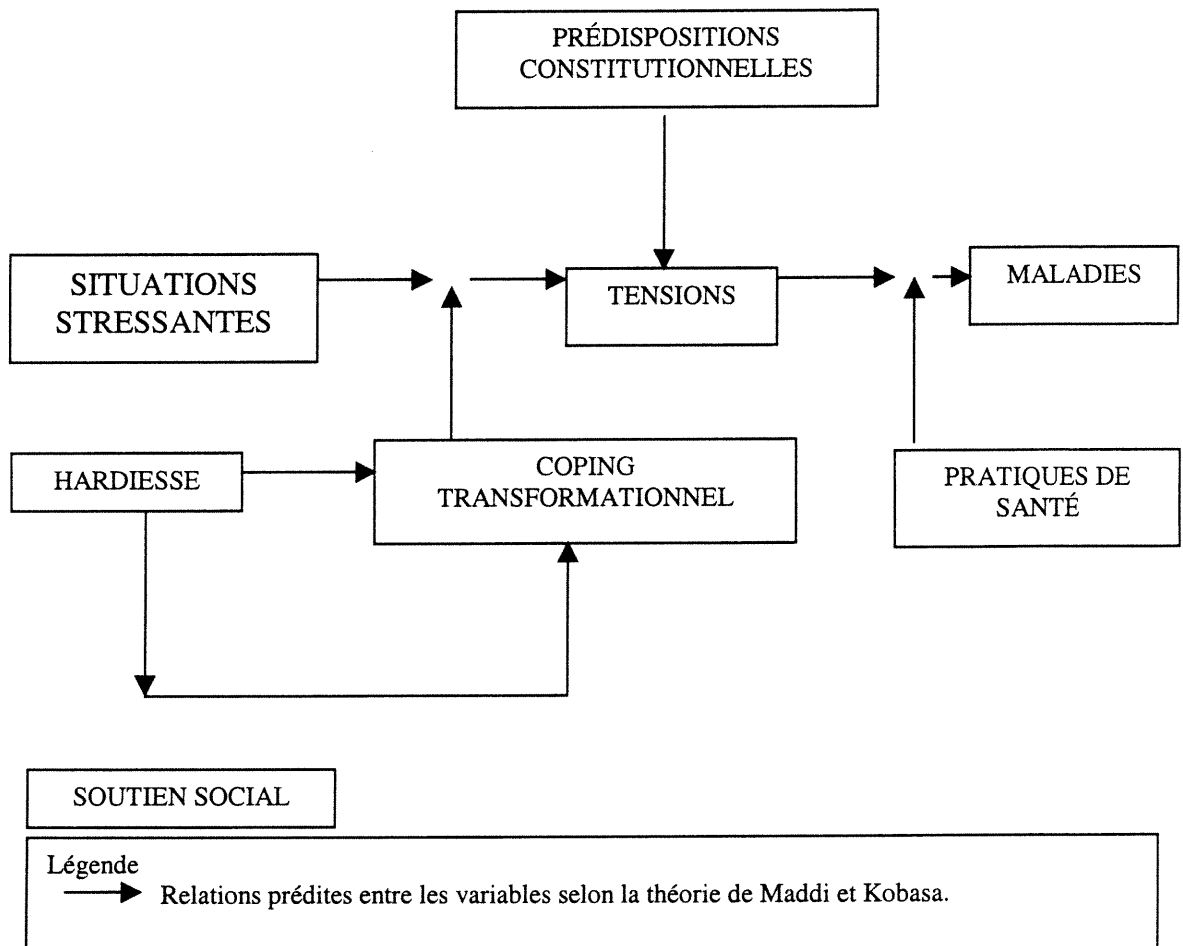


Figure 1. Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984) : Facteurs affectant l'état de santé/maladie

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

les prédispositions physiques ont un effet tampon sur la tension induite par les stressseurs, les pratiques de santé ont un effet tampon sur la relation tension-maladie et le *coping* transformationnel a un effet tampon sur la relation événements stressants-tension.

Deux autres concepts sont développés : la hardiesse et le soutien social. La hardiesse se définit comme une caractéristique de personnalité qui permet à la personne d'évaluer de façon positive les événements stressants. Le soutien social est constitué par l'ensemble des actions qui entraînent l'encouragement, le renforcement et l'admiration envers la personne par ses proches. Les propositions relationnelles sont les suivantes : il existe une relation positive entre la hardiesse et le *coping* transformationnel, il existe une relation positive entre le soutien social et le *coping* transformationnel et il existe une relation positive entre la hardiesse et le soutien social.

Les propositions théoriques de Maddi et Kobasa (1984) sont toutes des propositions relationnelles unidirectionnelles et positives, alors que les analyses statistiques qui ont permis d'établir ces relations lors des études empiriques font appel aux corrélations de Pearson, ce qui ne permet pas de conclure à des liens de causalité. Par contre, Maddi (1998) émet plusieurs hypothèses, en regard du modèle théorique mais aussi des recherches effectuées, pour expliquer les mécanismes par lesquels la hardiesse induit des effets bénéfiques sur la santé et la performance d'une personne. Il apparaît que la hardiesse permet, par l'évaluation cognitive positive, de promouvoir chez les personnes une perception du changement comme étant moins stressante (Allred et Smith, 1989 ; Rhodewalt et Zone, 1989) et l'adoption de stratégies de *coping* actif (Maddi, 1996). En outre, elle permet de produire des réponses immunitaires plus vigoureuses (Okun, Zandra et Robinson, 1988) et d'augmenter la conscientisation de la personne dans l'adoption de pratique de bonne santé (Weibe et Mc Callum, 1986). De ce fait, la personne hardie sera moins tentée, lors de situations stressantes, d'utiliser des stratégies d'évitement comme l'abus de drogues qui peuvent induire une diminution du stress, mais sur une brève échéance. De plus, les interrelations entre le soutien social et la hardiesse permettent de renforcer le potentiel modérateur des pratiques de santé et du *coping* transformationnel. Par contre, le concept de hardiesse a fait l'objet de

nombreuses critiques en regard du construit, de la mesure, des variables confondantes et des effets médiateurs. Ces différents points sont abordés dans les lignes qui suivent.

Les critiques émises au regard du concept de hardiesse

Selon la définition de Kobasa (1977), la hardiesse est un construit composé de trois dimensions, dont le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi. Historiquement, Carver (1989) montre que si les études initiales sur la hardiesse respectent ces trois dimensions par des échelles de mesures séparées, les tendances qui ont suivi se sont orientées, sûrement pour des questions de facilité (Hull, Van Treuren et Virnelli, 1987), vers une échelle unique regroupant les différentes composantes. Cette tendance à regrouper la mesure de la hardiesse dans une seule échelle pose finalement la question fondamentale de savoir si la hardiesse est composée d'une seule dimension ou si elle est bien constituée par une constellation des trois dimensions. À ce sujet, Funk (1992) fournit des informations importantes en utilisant l'analyse factorielle. Il apparaît, selon l'auteur, que certaines échelles de mesure issues des échelles de première génération sont inconsistantes avec la définition conceptuelle de la hardiesse. De plus, l'analyse des sous-échelles montre que les trois facteurs ne sont pas forcément retrouvés (Funk et Houston, 1987 ; Kobasa, Maddi et Kahn, 1982 ; Manning et al., 1988). Ces résultats sont à considérer avec prudence, étant donné que des résultats peuvent différer suivant le type d'analyse factorielle retenu, ainsi que les seuils de décisions choisis par le chercheur qui ne sont pas toujours assez explicites. En outre, l'analyse des corrélations entre les trois dimensions permet aussi de supposer la multidimensionnalité du concept plutôt que son unicité. Par ailleurs, Funk (1992) montre que le défi possède une faible corrélation avec les deux autres dimensions, ce qui semble poser problème à différents auteurs. En effet, Rich, V. L. et Rich, R. A. (1987) ainsi que Schlosser et Sheeley (1985) notent aucune corrélation entre le défi et d'autres variables étudiées, comme l'épuisement professionnel. Selon Ganellen et Blaney (1984), il apparaît que les dimensions de l'engagement et de la maîtrise sont indépendantes en regard de la dimension du défi. De ce fait, Hull et al. (1987) recommande de supprimer la dimension du défi dans les études examinant les relations entre la hardiesse et la santé. Par contre, en regard de ces

différentes études, il apparaît, d'une part, que les auteurs ont utilisé les échelles de première génération qui sont à l'heure actuelle à proscrire et, d'autre part, que le concept de santé fut mesuré par différents indicateurs qui ne permettent pas ainsi de comparer les résultats obtenus par les chercheurs. De plus, Ouellette (1993) est très claire sur ce sujet et montre que la dimension du défi procure au concept de hardiesse toute son originalité et permet de le différencier d'autres concepts, comme le sens de la cohérence dont la dimension de la maîtrise est très proche. En outre, Maddi (1998) explique que les questionnements soulevés à l'égard de la dimension du défi, rencontrés lors de l'utilisation d'échelles de première génération, résidaient dans le fait que la signification du défi différait suivant le statut professionnel de la personne. En effet, en regard des travailleurs, il prenait la signification d'une sécurité/insécurité économique. Par contre, pour les étudiants, le défi se rapprochait d'un dualisme entre une politique libérale et conservatrice. Enfin, il apparaît qu'en regard des échelles de seconde génération, le défi semble mieux corrélé avec les autres dimensions.

Dans le même sens, Carver (1989) se pose la question de savoir si la différence entre les sujets hardis et non hardis par rapport à l'apparition de symptômes de maladies est due aux trois dimensions séparées ou bien à la combinaison des trois. Dans cette optique, Carver (1989), à partir d'une comparaison de variance, montre que la hardiesse apparaît plus sous l'aspect d'une constellation de trois dimensions. D'autres auteurs comme Funk (1992) montrent que de fausses corrélations peuvent être retrouvées en utilisant des échelles composites. En effet, il suffit que l'une des dimensions soit fortement reliée avec la variable étudiée pour induire une relation statistiquement significative entre la hardiesse en score composite et la variable dépendante. D'ailleurs, ce constat pose le problème des différentes études qui ont divisé l'échantillon en deux sous-populations en fonction du score global de hardiesse. De ce fait, les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence, car les auteurs se sont servis de la moyenne globale des trois dimensions pour diviser l'échantillon en deux groupes. Pourtant Ouellette (1993) précise qu'une personne hardie doit posséder un score élevé dans les trois dimensions. Par conséquent, il aurait fallu effectuer la moyenne individuelle de chaque dimension et, à partir de là, diviser les échantillons des

différentes études en deux groupes. Si les problèmes de construit unidimensionnel ou multidimensionnel semblent encore persister avec les échelles de première génération, il apparaît que la nouvelle génération d'échelles de mesure permet de remédier à un certain nombre de problèmes soumis par Funk (1992) et Carver (1989).

L'élaboration de la seconde génération d'échelles de mesure a tenu compte de ces différentes limites. En effet, la dimension du défi a bénéficié d'un changement de stratégie de mesure. En outre, l'équilibre des items négatifs et positifs a été effectué entre les différentes dimensions. Par contre, il apparaît que l'équilibre avec les items négatifs n'a pas été obtenu. En effet, l'échelle *Personal View Survey II (PVS II)* comprend 78 % d'items négatifs et l'échelle *Personal View Survey I (PVS I)* comprend 67 % d'items négatifs. De plus, Ouellette (1993) note que ces items ne sont pas répartis de façon égale entre les dimensions, ce qui pose toujours le problème de balance des items. Par contre, Maddi (1998) montre que le nombre d'études faites en utilisant cette échelle lui confèrent des indices adéquats de consistance interne. En outre, les analyses factorielles tendent à confirmer l'existence de trois composantes de la hardiesse (Bartone, Ursano, Wright et Ingrahan, 1989). Enfin, des inter-corrélations entre les différentes composantes ont été retrouvées chez une population d'adolescents (Maddi et Hess, 1992 ; Maddi et Koshaba, 1994). De plus, cette échelle de mesure fut traduite en plusieurs langues et utilisée auprès de nombreuses populations (Ouellette, 1993). Par conséquent, cette seconde génération d'échelles semble permettre une meilleure mesure du concept de hardiesse, ce qui confère une meilleure validité aux résultats de recherche. Par contre, les problèmes liés à la balance des items négatifs et positifs peuvent induire, selon certains auteurs, des problèmes de distinction entre le concept de hardiesse et d'autres concepts adjacents, comme le neuroticisme.

Plus finement, le neuroticisme est un aspect large de la personnalité qui est encline à des affections négatives, à des expériences incluant l'anxiété, l'hostilité, ainsi que d'autres caractéristiques. Les échelles largement utilisées pour mesurer ce concept (Allred et Smith, 1989) sont les suivantes : l'échelle d'anxiété, de dépression et d'estime de soi. La première génération de mesure de la hardiesse se rapproche des échelles de

neuroticisme par le fait même que les items constituant l'échelle de hardiesse sont issus des échelles de neuroticisme. Selon Funk (1992), les relations trouvées entre la hardiesse et les symptômes de maladies sont en fait biaisées, car les échelles utilisées sont proches des échelles de neuroticisme, qui, selon les écrits, sont déjà en lien avec les symptômes de maladies. La conclusion que la personne hardie développe moins de symptômes de maladies ne peut être soutenue par l'utilisation de ces échelles. D'ailleurs, Funk et Houston (1987), lors de deux études, montrent l'absence de relation statistiquement significative entre la hardiesse et les symptômes de maladies lorsque la variable neuroticisme est contrôlée statistiquement. En fait, il apparaît que les concepts de hardiesse et de neuroticisme se confondent dans la mesure, ce qui procure finalement de nombreux inconvénients. Au regard des échelles de seconde génération, il apparaît que cette problématique est moins importante par la balance des items négatifs et positifs (Maddi, 1996). D'autres problématiques semblent aussi surgir au regard des effets modérateurs, médiateurs et directs. Cet aspect est développé dans le paragraphe suivant.

Les hypothèses théoriques proposées par Maddi et Kobasa (1984) furent aussi l'objet de critiques. Selon Maddi et Kobasa (1984), la hardiesse permet de modérer la perception des stressseurs par l'utilisation de stratégies actives de *coping* issues du *coping* transformationnel. Cet effet modérateur, qui, selon Baron et Kenny (1986), affecte la direction ou la force de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante, fut retrouvé lors des études de Kobasa et ses collaborateurs entre 1979 et 1984. Par contre, Rhodewalt et Zone (1989) montrent que peu d'études faites par d'autres auteurs confirment cette hypothèse, ce qui peut laisser penser que la hardiesse à un effet direct au niveau de la perception des stressseurs (Funk et Houston, 1987 ; Hull et al., 1987). En effet, selon Funk, quatre études ont montré que la hardiesse avait un effet modérateur sur la perception des stressseurs, mais il apparaît que, sur ces quatre études, trois ont été effectuées par Kobasa, ce qui, en outre, pose la question de savoir si cet effet n'est pas spécifique à la population étudiée par les chercheurs. D'ailleurs, Roth et al.(1989) mentionnent que cet effet modérateur est spécifique à une population d'hommes adultes travaillant et ne peut se généraliser à d'autres populations comme celle d'étudiants. Lambert et Lambert (1993) sur une population de 1345 professeurs

américains en sciences infirmières, avec l'aide de régressions multiples pas à pas (*stepwise*), ont mis en évidence l'effet modérateur de la hardiesse sur la perception des stressseurs. Cette seule étude ne permet pas cependant d'apporter une conclusion définitive aux propositions théoriques. Il serait intéressant de poursuivre les investigations sur cet effet modérateur, tout en utilisant des modèles statistiques qui permettraient de confirmer ou d'infirmer celui-ci. Au regard de l'effet médiateur, qui, selon Baron et Kenny (1986), explique jusqu'à un certain point l'action de la variable indépendante sur la variable dépendante, la théorie de Maddi et Kobasa (1984) montre que la hardiesse n'agit pas de façon directe sur la relation événements stressants-tension, mais par l'intermédiaire des stratégies de *coping* qui semblent jouer un effet médiateur. Delmas (1999) sur une population d'infirmières françaises (n = 229) a examiné cet effet médiateur avec l'aide du modèle statistique de Baron et Kenny (1986) qui propose une série d'analyses de régression. Par contre, il apparaît que l'effet médiateur n'a pas été examiné avec la variable tension (stress perçu), mais avec une variable liée au concept de santé et qui est la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990). Bien que les résultats montrent que les stratégies actives de *coping* semblent jouer un rôle médiateur entre la hardiesse et la qualité de vie au travail, l'exploration de cet effet tel que proposé par la théorie de Maddi et Kobasa (1984) n'a encore jamais été effectuée en sciences infirmières. Par contre, Maddi (1999), par une série d'études auprès des gestionnaires, montre que la personne hardie perçoit de façon moins importante les stressseurs par l'utilisation préférentielle de stratégies actives de *coping*. De ce fait, les études récentes tentent à confirmer que la hardiesse n'a pas d'effet direct sur la perception des stressseurs et que les stratégies de *coping* interviennent comme variable médiatrice. Par contre, l'effet indirect de la hardiesse, à partir du soutien social sur l'adoption de stratégies actives de *coping* n'a pas été confirmé par l'étude de Duquette et coll. (1995) et nécessite ainsi de nouvelles explorations.

Bref, les critiques formulées par les différents auteurs se sont surtout centrées sur le construit de hardiesse et sur les échelles de première génération. Ces critiques ont permis à Maddi et ses collaborateurs d'apporter des clarifications et des améliorations, ce

qui a induit une évolution du concept et de la théorie. Celle-ci est décrite dans la partie suivante.

L'évolution du concept de hardiesse en psychologie

Une série d'études empiriques menées par Maddi et ses collaborateurs entre 1992 et 1999 a permis, d'une part, d'apporter des éclaircissements aux problématiques soulevées par Funk (1992) et Carver (1989) et, d'autre part, de contribuer à l'approfondissement des connaissances sur le concept de hardiesse, ce qui a permis, entre autres, de modifier certaines relations proposées par la théorie de Maddi et Kobasa (1984). De plus, des extensions du concept sont suggérées en regard de nouvelles populations et applications.

Les études empiriques en psychologie clarifiant le concept de hardiesse

Maddi et Koshaba (1994) ont examiné les relations entre la hardiesse et la santé mentale, tout en contrôlant la variable affect négatif (neuroticisme) auprès d'un échantillon de convenance de 175 étudiants en psychologie, majoritairement de race blanche et âgés en moyenne de 21 ans. Les échelles utilisées furent le *Personal View Survey II (PVS II)* pour mesurer la hardiesse, *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* pour mesurer la santé mentale et *The Hopkins Symptom Checklist* pour mesurer les affects négatifs (neuroticisme), tel que recommandé par Watson et Pennebaker (1989). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées et d'analyses de régressions multiples. Les résultats montrent qu'il existe une relation statistiquement significative entre la hardiesse et les différentes composantes de l'échelle *MMPI* (p. ex., dépression et hardiesse, $r = -0,43$, $p < 0,001$), mais aussi qu'il existe une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et les affects négatifs ($r = -0,46$, $p < 0,01$). À l'aide d'analyses de régressions multiples sur chaque dimension de l'échelle de *MMPI* par l'entrée en premier des différentes composantes de l'échelle des affects négatifs puis en second de la hardiesse, il apparaît statistiquement que la hardiesse a une contribution unique pour expliquer la variance d'un certain nombre de

variables du *MMPI*. De ce fait, Maddi et Koshaba (1994) concluent que la hardiesse est un prédicteur positif de la santé mentale. Le biais émis par Funk (1992), en regard du neuroticisme comme variable influençant les relations entre la hardiesse mesurée par les échelles de première génération et la santé mentale, ne semble plus se retrouver lors de l'utilisation des échelles de hardiesse de seconde génération.

Koshaba et Maddi (1999) se sont intéressés au développement de la hardiesse chez l'enfant au sein de la dynamique familiale auprès d'un échantillon aléatoire de 40 gestionnaires. L'échelle utilisée fut le *PVS II* (Maddi, 1996) pour mesurer la hardiesse, puis, trois mois après, un entretien individuel de 30 minutes était effectué auprès de ces personnes portant sur leur parcours de vie. L'échantillon final fut composé de 12 personnes ayant un haut niveau de hardiesse et 15 personnes ayant un bas niveau de hardiesse. L'entretien portait sur des questions générales concernant les souvenirs des personnes sur leur famille et leurs expériences sociales durant leur jeunesse. De plus, les auteurs ont administré oralement *The Coddington Scale* pour explorer l'absence ou la présence de stress aigus ou chroniques à l'intérieur de la cellule familiale. Quatre variables ont été retenues comme ayant une influence sur le niveau de personnalité à l'âge adulte. Ces quatre variables sont les stressseurs chroniques ou aigus au sein de la famille, la stimulation parentale, les standards familiaux compensatoires, qui représentent la capacité ou non des parents à faire appel à leur enfant pour les aider à faire face à une situation stressante, et l'auto-perception compensatoire, qui correspond aux modifications ressenties par l'enfant lorsqu'il est amené à jouer un rôle compensatoire. Des analyses bivariées, multivariées et des tests de t ont été utilisés pour analyser les données. Les résultats montrent que les gestionnaires les plus hardis ont expérimenté un niveau de stress ($t = 3,84, p < 0,02$), de stimulation parentale ($t = 1,19, p < 0,05$), de standards familiaux compensatoires ($t = 3,42, p < 0,03$), d'auto-perception compensatoire ($t = 2,60, p < 0,05$) plus élevé que les gestionnaires ayant un niveau bas de hardiesse. L'analyse de régressions multiples des quatre variables sur la hardiesse montre que seuls les standards familiaux compensatoires et l'auto-perception compensatoire expliquent respectivement 31 % et 32 % de la variance de la hardiesse. Les auteurs concluent que le rôle compensatoire perçu par l'enfant et le renforcement

parental de ce rôle par les parents semblent être des points essentiels pour le développement de la hardiesse chez l'enfant.

Maddi et Hightover (1999) ont mené trois études afin d'examiner les relations entre la hardiesse, l'optimisme et le *coping*. L'hypothèse générale retenue par les chercheurs est que la hardiesse plus que l'optimisme est positivement reliée au *coping* transformationnel (Maddi et Kobasa, 1984) et négativement reliée au *coping* régressif. La première étude avait pour but de comparer et de contraster les stratégies de *coping* associées à l'optimisme et à la hardiesse auprès d'une population de 241 étudiants, majoritairement de sexe féminin (55 %) et âgés de 17 à 35 ans. Les échelles utilisées furent *The Life Orientation Test (LOT)* pour mesurer l'optimisme, le *PVS II* pour mesurer la hardiesse, *The 53-items COPE Test* pour mesurer les stratégies de *coping* dont les personnes se souviennent avoir utilisées. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées et de régressions multiples. Il apparaît que la hardiesse prédit la variance de sept stratégies de *coping* sur quinze de l'échelle du *COPE Test*. Par contre, l'optimisme explique seulement la variance d'une stratégie de *coping*. De plus, il apparaît que la hardiesse montre des relations négatives avec les différentes formes de *coping* régressif et des relations positives avec les différentes formes de *coping* transformationnel. La deuxième étude examine les stratégies de *coping* face à un événement stressant actuel auprès de 91 étudiants, majoritairement des femmes (53 %) âgés de 18 à 36 ans. Les échelles utilisées furent le *LOT* et le *PVS II* comme dans l'étude précédente. *The Coping Response Inventory* fut choisi pour explorer les stratégies de *coping* utilisées lors d'un événement stressant actuel. Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées et de régressions multiples. Il apparaît que la personne hardie utilise plus les stratégies actives de *coping* pour faire face aux événements stressants que les personnes ayant un haut niveau d'optimisme. La troisième étude a pour but d'examiner l'influence d'un événement stressant sur les efforts de *coping* d'une personne hardie et optimiste. La population fut composée de 448 femmes âgées entre 23 et 68 ans se présentant dans un centre anticancéreux pour dépistage de cancer du sein. Les questionnaires utilisés furent le *LOT* pour mesurer l'optimisme, le *PVS II* pour mesurer la hardiesse et le *COPE* pour mesurer les stratégies de *coping*. Les questionnaires furent

remplis avant le diagnostic médical. Les données furent analysées à l'aide d'analyse bivariées et de régressions multiples. Les résultats montrent que la hardiesse comme l'optimisme expliquent la variance de huit stratégies de *coping* sur quinze. De plus, il apparaît que la hardiesse montre des relations positives avec les stratégies actives de *coping* et négatives avec les stratégies régressives. Par contre, l'optimisme montre seulement des relations positives avec les stratégies actives de *coping*. En conclusion des trois recherches, il apparaît, selon les auteurs, que la personne hardie utilise de façon quotidienne des stratégies actives de *coping* pour faire face aux stressés. Par contre, lors d'un stress important, les personnes optimistes utilisent aussi des stratégies actives de *coping*. Dans ce cas, les personnes optimistes développent un effort de *coping* qui peut s'expliquer, selon Maddi et Hightover (1999), par une acceptation stoïque de la situation, afin de diminuer la douleur causée par la situation, et non par une inclination naturelle liée à la personnalité. De ce fait, les auteurs concluent que la personne hardie mieux que la personne optimiste utilise des stratégies actives de *coping* pour faire face aux événements stressants.

Maddi (1999) a mené trois études pour explorer respectivement le rôle de la hardiesse sur l'expérience vécue par les personnes à un moment donné, sur les stratégies de *coping* et sur les réactions de tension. Lors de la première étude, Maddi (1999) regarde si les interactions de la personne hardie avec son environnement sont consistantes avec les trois dimensions de la hardiesse. La population était composée de 20 gestionnaires âgés de 33 à 54 ans. L'échelle *PVS II* fut utilisée pour mesurer la hardiesse et la technique développée par Csikszentmihalyi (1975) pour retranscrire dans le moment les activités effectuées par les gestionnaires. Plus précisément, les gestionnaires sont équipés d'une pagette pendant une semaine. Cette pagette sonne 10 fois de façon aléatoire entre 8 h et 22 h 30. À chaque fois que la pagette sonne, les gestionnaires remplissent le même questionnaire (6 items) concernant la nature de leurs activités et de leurs expériences. Les données furent analysées à l'aide de test de t. Les résultats montrent que la personne ayant un haut niveau de hardiesse favorise des activités sur le moment, qui sont en lien avec le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi. La deuxième étude examine les relations entre la hardiesse et le *coping* auprès

de 124 questionnaires âgés de 39 à 65 ans. Les échelles utilisées furent le *PVS II* pour mesurer la hardiesse, *The Ways of Coping Checklist* pour mesurer le *coping*. En regard du score moyen de hardiesse, la population fut divisée en deux : un groupe constitué de personnes ayant un bas niveau de hardiesse et un autre groupe constitué des personnes ayant un haut niveau de hardiesse. Les données furent analysées à l'aide de test de t. Les résultats montrent que la personne hardie utilise dans ses interactions les stratégies actives de *coping* en comparaison avec la personne moins hardie qui utilise plus les stratégies d'évitement. La troisième étude explore les relations entre la hardiesse et la tension organique et psychologique auprès de 140 questionnaires âgés de 29 à 57 ans. Les échelles utilisées furent le *PVS II* pour mesurer la hardiesse, *Stressful Life Events* pour mesurer les événements stressants survenus dans l'année précédente, *The Hopkins Symptom Checklist* pour mesurer la tension physique et psychologique, l'*Indice de Pression Artérielle* comme mesure physique de la tension (les informations furent recueillies dans les dossiers médicaux au travail sur une période de six ans). Les données furent analysées à l'aide d'analyses bivariées et de tests de t. De plus, la population des questionnaires fut divisée en deux groupes comme précédemment, en fonction du niveau de hardiesse. Les résultats montrent que la personne hardie manifeste moins de tension physique ($t = 6,10, p < 0,01$) et psychologique en réponse aux événements stressants que les personnes moins hardies. De plus, il apparaît que le niveau de tension artérielle est statistiquement moins élevé chez les personnes hardies. Les auteurs concluent que ces différentes études tendent à confirmer la validité du construit de hardiesse. En effet, la première recherche montre que la hardiesse s'exprime dans le moment par le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi. La deuxième recherche montre que la personne hardie utilise plus les stratégies actives de *coping* pour faire face aux événements, tout en manifestant des niveaux moindres de tension physique et psychologique (selon la troisième recherche) par rapport aux personnes moins hardies. Par contre, le fait de diviser la population en fonction du score moyen de hardiesse est discutable. En effet, Ouellette (1993), précise qu'une personne est dite hardie si les scores aux trois dimensions sont élevés et non pas par rapport à un score global. De ce fait, les derniers résultats proposés par Maddi (1999) sont à interpréter avec précaution.

Au niveau de la mesure, Maddi (1996) décrit les deux générations qui se sont succédés en insistant sur la nécessité d'utiliser les échelles de deuxième génération comme l'échelle PVS II (50 items) qui semble la plus retenue par les chercheurs pour mesurer la hardiesse. Maddi (1999) propose une forme courte de l'échelle PVS II, soit le PVS III (30 items). Les indices psychométriques semblent satisfaisants, mais il existe encore peu de développement de l'échelle au niveau de la recherche. L'échelle PVS III tient compte dans les items des modifications conceptuelles proposées par Maddi au sujet du défi. Sa traduction en langue française n'est pas encore proposée. Le choix de l'échelle PVS II comme mesure de la hardiesse pour la présente étude se justifie, d'une part, par le maintien de la notion du défi dans sa forme originelle et, d'autre part, par la possibilité de comparaison avec des résultats obtenus avec les autres recherches.

Enfin, Maddi (1994) apporte quelques modifications à la théorie proposée par Maddi et Kobasa (1984). En effet, le pôle santé/maladie est remplacé par le pôle bien-être qui inscrit ainsi l'étude du concept dans une perspective salutogénique. De même, des relations bi-directionnelles sont proposées entre la hardiesse, le *coping* et le soutien, ce qui semble mieux correspondre aux conclusions des études entre ces concepts au regard des statistiques utilisées. Enfin, une nouvelle proposition relationnelle est décrite entre les croyances hardies et les pratiques de santé. Celle-ci n'a pas fait l'objet d'investigation empirique. Parallèlement à ces différentes études empiriques, qui ont renforcé les fondements conceptuels et théoriques de la hardiesse, Maddi et ses collaborateurs ont investi d'autres champs d'application du concept qui sont décrits dans le paragraphe suivant.

Les propositions d'extension du concept selon Maddi et ses collaborateurs

Maddi et Hess (1992) ont examiné les relations entre la hardiesse et la performance athlétique auprès d'un échantillon de convenance de 37 étudiants de trois écoles du sud de la Californie, faisant partie d'une équipe de basket-ball de première division. Les étudiants étaient tous des hommes, âgés de 16 à 18 ans, et faisaient partie de la classe économique moyenne. Les échelles utilisées furent The Personal View

Survey I (PVS I) pour mesurer la hardiesse, huit variables quantifiables (comme le nombre de matchs joués, la moyenne de points obtenus par chaque joueur) furent retenues pour explorer la performance des joueurs. Les auteurs précisent que certains mots de l'échelle de la hardiesse furent modifiés afin de l'adapter à la population investiguée. Les analyses statistiques utilisées furent des analyses bivariées. Les résultats montrent que la hardiesse en score total et les différentes variables mesurant la performance sont reliées par une relation statistiquement significative et positive (r varie de 0,28 à 0,49 avec $p < 0.01$). Les auteurs concluent que la hardiesse apparaît comme un facteur important dans le développement de la performance du joueur de basket-ball.

Maddi, Wadhwa et Haier (1996) ont examiné les relations entre la hardiesse et l'utilisation d'alcool et de drogues chez 226 jeunes adultes américains inscrits en première année au collège. Le taux de participation fut de 88,5 %. Les instruments retenus furent une version abrégée du Additionnal Severity Index (ASI) pour obtenir des informations sur l'utilisation de drogues et d'alcool par les jeunes adultes mais aussi par les membres de leur famille, l'échelle PVS II pour mesurer la hardiesse et une analyse toxicologique des urines, pendant une période de six mois rétrospective, à la mesure pour détecter la consommation de certaines drogues. Les analyses statistiques utilisées furent des analyses bivariées et multivariées. Les résultats montrent qu'il existe une relation statistiquement significative et négative entre la hardiesse et le nombre de drogues utilisées ($r = - 0,08$, $p < 0,01$), de même qu'entre la hardiesse et la fréquence d'utilisation des drogues ($r = - 0,36$, $p < 0,001$). Après analyses multivariées, il apparaît que la hardiesse explique 3 % de la variance de la fréquence d'utilisation d'alcool et 12% de la variance de l'utilisation de drogues et d'alcool. Par contre, il apparaît que le rôle de la hardiesse est indépendant du risque familial, ce qui en fait toute son originalité. Maddi et ses collaborateurs (1996) concluent qu'un bas niveau de hardiesse chez les jeunes adultes peut être un des facteurs explicatifs de l'utilisation de drogues par ceux-ci. Les auteurs spécifient que les facteurs de la personnalité ont peu été explorés lors de problèmes d'utilisation de drogues et que cette première recherche laisse la place à des investigations ultérieures.

Maddi, Koshaba et Parmentier (1999) ont étendu les recherches sur le concept de hardiesse en regard des facteurs organisationnels au sein d'une entreprise pouvant favoriser ou inhiber le développement de celle-ci auprès de leurs employés. De façon plus précise, ils notent que les contraintes du marché astreignent la structure organisationnelle à anticiper le changement, à innover, à s'adapter et même à dépasser les nouvelles technologies. Tout ceci induit un niveau de stress élevé pour les employés qui sombrent rapidement dans une rupture de leur bien-être. Les auteurs, face à ce constat, décrivent les caractéristiques d'une entreprise hardie qui permettraient à la fois de répondre aux exigences du contexte, tout en développant la santé et la performance des personnes au travail. Une organisation hardie est caractérisée par son climat, sa culture, sa structure et sa force de travail. La culture de l'entreprise hardie est formée des valeurs issues du concept de hardiesse, soit l'engagement, la maîtrise et le défi, qui peuvent se transformer au niveau organisationnel en termes de coopération, crédibilité et créativité. L'organisation hardie assume que les conditions environnementales peuvent changer continuellement, ainsi le changement devient une normalité, mais, à travers celui-ci, elle sait saisir les opportunités de développement. En regard de la force de travail, l'organisation hardie reconnaît la place de l'employé au sein de l'entreprise comme un partenaire pour lequel elle doit faciliter sa mission. En outre, l'organisation hardie doit créer un climat de santé basé sur l'apprentissage. En effet, les employés doivent être engagés dans les différentes activités liées à leur travail (engagement), avoir la capacité de maîtriser les événements (maîtrise), tout en regardant les nouvelles expériences comme une source de développement (défi). De ce fait, les membres de l'organisation hardie doivent travailler ensemble sur la résolution de problèmes liés à leur travail. Les solutions doivent émaner d'un consensus. Maddi et coll. (1999) proposent ainsi des stratégies de management participatives avec création de cercles de qualité. De plus, selon les auteurs, le développement des organisations hardies comporte de nombreux avantages dans un contexte tumultueux. En effet, l'organisation hardie est sensible aux besoins présents et futurs de ses clients réels ou potentiels, développe des stratégies afin de connaître les tactiques utilisées par ses concurrents pour rencontrer ses besoins et enfin décide en concertation des stratégies à adopter. En bref, l'organisation hardie ne tient pas compte de la croyance qu'une entreprise peut, dans un premier temps,

devenir leader sur le marché, puis, dans un second temps décliner. Par conséquent, elle véhicule à travers les valeurs de la hardiesse des idées de croissance continue. La maturité de l'entreprise est atteinte lorsqu'on peut constater une vigueur entrepreneuriale et un enthousiasme dû à la jeunesse d'esprit. L'organisation hardie n'est pas simplement attirée par la rentabilité à tout prix, mais aussi par la possibilité de contribuer au développement de valeurs sociales. Dans le but d'évaluer le niveau de hardiesse organisationnelle, Maddi et coll. (1999) proposent un questionnaire comprenant 106 items regardant les attitudes et les compétences hardies des membres de l'organisation. Des plans de formation, dont ni la composition ni les résultats obtenus ne sont décrits, sont aussi proposés pour optimiser le niveau de hardiesse des gestionnaires. À la suite des propositions théoriques de Maddi et coll., Attela (1999) décrit plus précisément une démarche de consultation auprès d'une entreprise avec installation d'un plan de formation auprès des gestionnaires. Cette démarche apparaît à l'heure actuelle comme une nouvelle approche de management participatif dont Attela (1999) illustre d'exemples. Par contre, des résultats de recherche sur cette nouvelle approche seront nécessaires afin de consolider les propositions de Maddi et coll. (1999).

En regard des différentes études menées par Maddi et ses collaborateurs, Ouellette (1993) émet des doutes sur le chemin suivi par ceux-ci. Selon sa perspective, les critiques des chercheurs, comme Funk (1992), amènent à penser que d'autres modes d'investigation du concept seraient nécessaires afin de mieux comprendre le phénomène de la hardiesse. En effet, selon Ouellette (1999), il apparaît incohérent de vouloir généraliser ce concept à toutes les populations, car des différences culturelles et contextuelles semblent émerger. En outre, les fondements philosophiques du concept de hardiesse révèlent des idées complexes et dynamiques de la personnalité, qui suggèrent une approche incluant plus que des questionnaires auto-administrés, comme, par exemple, l'exploration de l'expérience subjective de la personne sur son soi et son identité. Par conséquent, Ouellette (1999) préconise, pour un développement heuristique de la hardiesse, une approche qualitative afin de mieux saisir son expression dans différents contextes et culturelles. À l'heure actuelle, il ne semble pas exister d'investigation empirique selon cette perspective.

Bref, ces plus récents travaux sur la hardiesse ont permis d'apporter des réponses aux différentes critiques émises sur le concept (Carver, 1989 ; Funk, 1992), ce qui ajoute de la pertinence au niveau conceptuel et théorique. De plus, Maddi et ses coll. (1999) ont suggéré l'extension du concept de hardiesse en regard d'autres concepts non proposés par la théorie, ce qui laisse entrevoir des pistes de développement futur. En outre, l'approche multi-ethnique permet de croire à une généralisation transculturelle du concept de hardiesse. Par contre, le développement du concept en psychologie suit principalement les directions proposées par Maddi en regard de la théorie existentielle de la personnalité. D'ailleurs, différents chercheurs ont aussi vérifié empiriquement la validité du construit de hardiesse (Siddiqua et Hasan, 1998), tout en réexaminant le rapport entre la hardiesse et d'autres concepts. Tout ceci ajoute de la robustesse aux travaux de Maddi et ses collaborateurs. Enfin, il apparaît que la perspective phénoménologique proposée par Ouellette (1993, 1999) n'a eu que peu d'échos auprès des chercheurs, privant ainsi le concept de hardiesse d'une richesse de perspective.

Conclusion

À travers la description des fondements historiques, philosophiques, conceptuels, empiriques et théoriques, mais aussi à travers la description des différentes études renforçant les aspects conceptuels et théoriques de la hardiesse, il apparaît que le concept de hardiesse atteint à l'heure actuelle un seuil de maturité dans sa discipline d'origine, la psychologie. De plus, il bénéficie d'une attention particulière de ses concepteurs qui, depuis 20 ans, le raffinent et le font évoluer vers d'autres perspectives. Par contre, il apparaît que le parcours suivi par le concept de hardiesse en sciences infirmières semble plus complexe, car certains auteurs ont modifié son ontologie. Le prochain chapitre va décrire, d'une part, les différents types d'études menées par les infirmières en regard du concept de hardiesse et, d'autre part, les modifications ontologiques proposées par certains chercheurs en sciences infirmières.

Études de la hardiesse en sciences infirmières

Cette partie du texte décrit les différentes approches du concept de hardiesse en sciences infirmières. Les études qualitatives, quantitatives, ainsi que les perspectives différentes du concept proposées par les chercheurs sont explicitées dans les paragraphes suivants.

Les études qualitatives

Il existe à l'heure actuelle peu d'études qualitatives sur le concept de hardiesse. Ce constat peut s'expliquer, d'une part, par la perspective post-positiviste qui sert de base de développement au concept de hardiesse selon des méthodes quantitatives et, d'autre part, par l'approche qualitative qui est en voie de développement au sein de la discipline infirmière après un long passé d'hégémonie quantitative. Une étude qualitative sur la hardiesse a été recensée. En effet, King (1989), s'inspirant de l'approche de Leininger (1985), mène une étude historique auprès d'une femme australienne âgée de 85 ans (Évangéline) sur les facteurs qui contribuent à sa longévité. Après analyse du verbatim, il apparaît des thèmes culturels importants qui caractérisent la vie d'Évangéline comme «la compétence à gérer les périodes troubles ». Il s'avère, selon King (1989), que les caractéristiques d'Évangéline regroupées autour de ce thème culturel sont cohérentes avec la description de la personnalité hardie (Kobasa, 1979). Ces résultats permettent ainsi de mieux comprendre le fonctionnement de la hardiesse. Par ailleurs, dans un registre similaire, Piccinato et Rosenbaum (1997) préconisent d'intégrer, à partir de l'approche de Watson (1988a, 1988b), une pratique du *caring* chez les personnes âgées qui tiendrait compte, à partir des dix facteurs caractifs, de la mobilisation des différentes dimensions de la hardiesse afin d'atteindre un niveau plus élevé d'harmonie entre la pensée, le corps et l'âme tout en restant peu explicite sur la façon de voir la hardiesse en regard du paradigme de la transformation (Neuman, 1992). À l'heure actuelle, aucune investigation empirique n'est proposée par les auteurs. Par contre, Craft (1999) examine, auprès d'une population de 13 femmes atteintes de cancer du sein, les ressources qui leur

permettent de faire face à la situation, selon la méthodologie de la théorie ancrée. Au regard des résultats obtenus, l'auteur propose une modélisation de la hardiesse féminine. Lors d'un examen attentif de cette recherche, il apparaît que les résultats discutés par Craft (1999), en regard du concept de hardiesse, ne se justifient pas car les questions guidant son investigation selon la méthodologie de la théorie ancrée ne laissent pas entendre que la hardiesse est la seule ressource explorée.

Les perspectives qualitatives, bien que trop modestes dans le développement du concept permettraient pourtant d'apporter un nouvel éclairage sur les connaissances en regard de la hardiesse, et ceci, sur deux points précis, soit, d'une part, une meilleure compréhension des différentes formes d'expression de la hardiesse auprès de différentes populations et, d'autre part, de raffiner sa mesure qui semble parfois poser certains problèmes (Lindsay et Hills, 1992). En outre, le regard constructiviste permettrait d'amener d'autres pistes de recherche. Si l'approche qualitative du concept a fait l'objet de peu d'investigations, il n'en est pas de même pour l'approche quantitative. Le prochain paragraphe présente un bilan des différentes études corrélationnelles en regard du concept de hardiesse.

Les études de la hardiesse auprès de populations d'infirmières

L'étude de la hardiesse en relation avec différents concepts auprès d'une population d'infirmières est un champ d'étude qui fut investi très tôt par les infirmières (Millet-Smitt, 1984) et génère encore des recherches (Delmas, 1999). Dans ce contexte, l'étude de la hardiesse s'inscrit dans une dynamique de santé des infirmières au travail et il s'avère, après un examen des différentes études, que plusieurs concepts ont été étudiés en relation avec la hardiesse (perception des stressors occupationnels, épuisement professionnel, détresse psychologique, bien-être, qualité de vie au travail, stratégies de *coping*, soutien au travail). La description, l'analyse et l'interprétation des résultats de ces études sont présentés dans les pages qui suivent.

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et les stressseurs en soins infirmiers

(Annexe 2)

Les stressseurs occupationnels en soins infirmiers représentent les événements qui se rapportent aux situations liées à la prestation des soins infirmiers. Selon Duquette et coll. (1995), ces événements, de part leur fréquence et intensité, peuvent entraîner des réactions de stress. De ce fait, le stress occupationnel constitue ainsi un dérangement ou une tension ressentie face à l'incapacité de répondre à une demande émanant de l'environnement de travail. Plus précisément, Gray-Toft et Anderson (1981b), lors d'une étude réalisée auprès de 122 infirmières américaines œuvrant dans cinq unités différentes (médecine, chirurgie générale, chirurgie cardiaque, oncologie, soins de longue durée), ont identifié différentes sources et fréquences du stress au travail ainsi que l'impact de celles-ci sur la satisfaction et le taux de roulement des infirmières. Grâce à cette étude, les auteurs ont mis en évidence trois types d'environnement stressant pour l'infirmière, soit l'environnement physique, psychologique et social. De plus, dans chacun des environnements, diverses sources majeures de stress ont été mises au jour. En outre, à partir de ces travaux, les auteurs ont élaboré une échelle de mesure, le Nursing Stress Scale (NSS) (Gray-Toft et Anderson, 1981a).

La validité empirique du NSS a été vérifiée par l'examen des corrélations entre la fréquence des stressseurs et l'anxiété, la satisfaction au travail et le taux de roulement. Les résultats ont montré une corrélation positive et significative entre une fréquence élevée des stressseurs en soins infirmiers et l'anxiété de personnalité mesurée par l'Anxiety Scale Questionnaire ($r = 0,39$, $p < 0,01$) ainsi qu'avec l'anxiété situationnelle mesurée par l'Affect Rating Scale ($r = 0,35$, $p < 0,01$). Il ne semble pas exister de relation statistiquement significative entre la fréquence des stressseurs et la satisfaction au travail ($r = -0,15$, $p < 0,06$). De plus, les infirmières qui ont un taux de roulement important présentent une moyenne plus élevée au score des stressseurs que les infirmières qui ne sont pas soumises à la mobilité. Par contre, les auteurs ne présentent pas de test statistique confirmant ce constat. La traduction en langue française a été entreprise par Morissette (1993), ce qui a permis son utilisation auprès de populations d'infirmières

québécoises et françaises (Delmas, 1997 ; Duquette et al., 1995 ; Harrisson, 1995 ; Harrisson, 1997 ; Leclerc, 1999 ; Morisette, 1993).

Bref, en utilisant cette échelle de mesure spécifique au milieu de travail de l'infirmière en centre hospitalier, les différentes études (Annexe 2) tendent à montrer qu'il existe toujours une relation statistiquement significative et négative entre le score de hardiesse et de perception des stressseurs. Cette corrélation varie de faible à modérée ($0,22 < r < 0,62$), ce qui semble suggérer, selon le modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984), que l'infirmière hardie perçoit de façon moins fréquente et intense les stressseurs occupationnels au travail.

Les populations étudiées étaient composées d'infirmières hospitalières travaillant dans différents services (médecine, chirurgie, oncologie, soins intensifs, soins de longue durée), exerçant des rôles différents (infirmières soignantes, professeurs en sciences infirmières) avec des nationalités différentes (américaines, québécoises, françaises). Ce constat amène à supposer une certaine stabilité de la relation entre la hardiesse et la perception des stressseurs en regard des variables professionnelles et culturelles. Par contre, il existe peu d'investigations sur les infirmières œuvrant dans d'autres milieux que les centres hospitaliers.

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel

(Annexe 3)

Il est aisé de remarquer que le concept d'épuisement professionnel qui se définit comme « une expérience psychique négative vécue par un individu en lien avec un stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (Bédard, Duquette, 1998), fut de multiples fois objet de recherche en relation avec le concept de hardiesse (29 études répertoriées, soit 7 826 infirmières questionnées sur le sujet). De plus, les chercheurs ont investigué des populations infirmières œuvrant dans divers secteurs et fonctions (cadres, infirmières de différents services, étudiants) et de cultures différentes (américaine, québécoise, française, italienne). En outre, ils ont utilisé, pour

opérationnaliser le concept d'épuisement professionnel, différents instruments de mesure comme *The Maslach Burnout Inventory (MBI)*, *The Teduim Burnout Scale* ou *The Staff Burnout Scale*.

Le fait saillant de toutes ces études est la persistance d'une relation statistiquement significative et négative entre le score de hardiesse et le score d'épuisement professionnel, ainsi qu'avec ces différentes dimensions. En regard de l'échelle du *MBI* qui est composée de trois dimensions, soit l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation de la relation (DP) et l'accomplissement personnel (AP), les corrélations varient de faible à modérée ($0,11 < r < 0,56$). Pour le *Teduim Burnout Scale*, les corrélations sont modérées ($0,43 < r < 0,55$) ainsi que pour le *Staff Burnout Scale for Health Professionals* ($0,35 < r < 0,59$). Ces résultats semblent suggérer selon la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984) que l'infirmière hardie, quels que soient sa nationalité ou le service dans lequel elle travaille, manifeste moins d'épuisement professionnel malgré un univers de travail pourvoyeur de nombreux stressseurs. De même, la dimension de l'engagement apparaît comme la plus prédictive de l'épuisement professionnel (Duquette et coll., 1994). Par contre, la dimension du défi ne semble pas toujours contribuer de façon significative à cette prédiction (Duquette et coll., 1994 ; Topf, 1989 ; Wright et al., 1993).

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et la détresse psychologique

(Annexe 4)

La détresse psychologique se définit comme « un ensemble de symptômes physiques et psychologiques significatifs qui sont répartis en quatre groupes : l'anxiété, la dépression, l'agressivité et les problèmes cognitifs » (Perreault, 1987). Au regard de ce concept, trois études (Duquette et coll., 1995 ; Harrison, 1997 ; Nowack, 1986) ont regardé les relations entre la hardiesse et la détresse psychologique qui fut mesurée par le questionnaire *Divers Problèmes Personnels* issu de l'Enquête Santé Québec. Cette échelle s'inspire largement du *Psychiatric Symtoms Index* (Ilfeld, 1976). Dans les trois études, il apparaît une relation statistiquement significative modérée ($0,27 < r < 0,51$) et

négligée entre le score de hardiesse et le score de la détresse psychologique. Les populations étudiées sont des infirmières québécoises en soins de longue durée (Duquette et coll., 1995), des infirmières auxiliaires québécoises (Harrisson, 1997) et des employés majoritairement féminins de l'Université de Californie (Nowack, 1986). Ces résultats semblent suggérer, selon la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984) que l'infirmière hardie manifeste moins de détresse psychologique. Ce constat apparaît similaire pour les infirmières auxiliaires.

Certains auteurs n'ont examiné qu'une composante de la détresse psychologique (Annexe 4). En regard de l'anxiété, deux études américaines, l'une auprès d'étudiants en sciences infirmières (Patton et Goldenberg, 1999), l'autre auprès d'infirmières d'unités différentes (Van Servellen, Topf et Leak, 1994), ont regardé les relations entre la hardiesse et l'anxiété. Il apparaît une relation statistiquement significative, modérée ($0,40 < r < 0,57$) et négative dans les deux études. De plus, Van Servellen et coll. (1994) ont examiné les relations entre la hardiesse et la dépression ainsi que la somatisation. Il apparaît une relation statistiquement significative modérée et négative entre, d'une part, la hardiesse et la dépression ($r = - 0,41, p < 0,05$) et, d'autre part, la hardiesse et la somatisation ($r = - 0,29, p < 0,05$). Ces résultats tendent à renforcer les résultats obtenus lors des études examinant les relations entre la hardiesse et la détresse psychologique.

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et le bien-être

(Annexe 4)

Comme le soulignent Delmas (1999) et Margall (1999), peu d'études ont examiné les relations entre la hardiesse et des indicateurs positifs de santé, comme le bien-être qui se caractérise, selon Perreault (1987), par une énergie interne et une force dynamique aux multiples composantes (la capacité de faire face au stress, de contrôler ses émotions, d'utiliser son énergie). Deux études québécoises (Harrisson, 1995 ; Savignac, 1993), ayant exploré les relations entre la hardiesse et le bien-être psychologique auprès d'infirmières œuvrant en soins de longue durée et en médecine chirurgie, ont été recensées. L'échelle retenue pour mesurer le concept de bien-être fut l'instrument intitulé

Votre Bien-Etre de Santé Québec ou BESQ (Perreault, 1987), qui comprend 14 énoncés repartis en sept indicateurs d'adaptation psychologique. Cette échelle s'inspire du General Well Being Scale de Dupuy (1969). Au regard de ces deux études, il apparaît une relation statistiquement significative, modérée ($0,44 < r < 0,61$) et positive entre ces deux variables. Ces résultats semblent suggérer, selon la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984), que l'infirmière hardie ressent plus de bien-être psychologique.

L'étude corrélacionnelle entre la hardiesse et la qualité de vie au travail

(Annexe 4)

Il apparaît selon Davis et Cherns (1975) que le concept de qualité de vie au travail est difficile à définir car il est souvent associé à d'autres concepts adjacents comme la satisfaction au travail. Devant ce constat, Elizur et Shye (1990) ont proposé une approche multidimensionnelle du concept à l'aide de l'analyse de facettes (Guttman, 1969) ce qui a conduit en outre à l'élaboration d'une échelle de mesure. En regard de la conception de Elizur et Shye (1990), la qualité de vie au travail s'observe quand une personne perçoit que ses différentes formes d'interactions avec son environnement de travail lui permettent à un plus haut point de maintenir, d'harmoniser, d'actualiser et de développer les aspects psychologiques, physiques, sociaux et culturels de son être. Cette approche fut retenue par Delmas (1999) afin d'examiner les relations entre la hardiesse, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. Les résultats montrent que deux dimensions de la hardiesse sont reliées de façon statistiquement significative et positive avec la qualité de vie au travail (sens de l'engagement, sens de la maîtrise/qualité de vie au travail, $r = 0,20$, $p < 0,05$ dans les deux cas). Ces résultats semblent suggérer selon la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984) que l'infirmière hardie semble manifester des niveaux plus élevés de qualité de vie au travail.

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et les stratégies de *coping*

(Annexe 5)

Selon Lazarus et Folkman (1984), le *coping* se définit comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». De plus, ces auteurs montrent que le processus central du *coping* est l'évaluation primaire de la situation par la personne. De façon courante, les stratégies de *coping* ont été classées suivant les fonctions du *coping*, soit les stratégies de *coping* centrées sur le problème et les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. Hazel (1991) montrait qu'il ne faut pas mélanger deux facteurs importants dans le *coping* : sa fonction et son résultat. Elle précise que la fonction du *coping* est orientée vers un but qu'une stratégie accomplit, alors que son résultat se fera à partir des effets que la stratégie a induit. En regard des stratégies de *coping* qui ont été classées en général en stratégies centrées sur le problème ou sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994), il apparaît que quatre études ont examiné les relations entre la hardiesse et les stratégies de *coping* (Boyle, Grap, Younger et Thournby, 1991 ; Delmas, 1999 ; Duquette et coll., 1995 ; Simoni et Paterson, 1997). Les populations étudiées furent constituées d'infirmières œuvrant dans des services de médecine, de chirurgie, de soins intensifs de différents pays (USA, Québec, France). Les instruments utilisés furent des versions abrégées de l'échelle Ways of Coping Checklist qui fut élaborée par Lazarus et Folkman (1984). D'ailleurs, ces différentes formes ne facilitent pas l'interprétation des résultats, étant donné que les dimensions retenues ne sont pas forcément identiques dans chaque version. Malgré ce constat, il semble apparaître une relation statistiquement significative et modérée entre la hardiesse et les différentes formes de stratégies actives de *coping*. De plus, Delmas (1999) montre que certaines stratégies de *coping* jouent un rôle médiateur en regard de certaines dimensions de la hardiesse, ce qui mériterait de plus amples investigations. Ces résultats semblent suggérer, selon la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984) que l'infirmière hardie utilise de façon prioritaire les stratégies actives de *coping* pour faire face aux situations stressantes.

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et le soutien social

(Annexe 6)

En regard du soutien au travail qui se rapporte aux aspects relationnels selon lesquels la personne estime recevoir des appuis en milieu de travail (Duquette, 1995 ; Harrisson, 1997), il apparaît que trois études (Boyle et al., 1991 ; Duquette et coll., 1995 ; Harrisson, 1997) ont exploré les relations entre la hardiesse et le soutien social au travail. Les populations étudiées étaient constituées d'infirmières œuvrant dans les services de soins intensifs, de soins de longue durée, d'hôpitaux américains et québécois, et d'infirmières auxiliaires québécoises. Les instruments utilisés furent The Work Relationship Index en traduction française (Dimension relationnelle au Travail) et The House and Wells Social Support Scale. Malgré ces différents instruments de mesure, les résultats montrent qu'il existe une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et le soutien social. En regard de l'instrument The Work Relationship Index en traduction française, cette relation statistiquement significative et positive oscille entre un niveau faible et modéré ($0,27 < r < 0,37$, $p < 0,001$). Pour l'instrument The House and Wells Social Support Scale, cette relation statistiquement significative et positive est faible ($r = 0,28$, $p < 0,01$). Ces résultats semblent suggérer, selon la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984), que l'infirmière hardie perçoit de façon plus importante que son réseau de soutien représente un appui dans son milieu de travail.

Les études corrélationnelles entre la hardiesse et les indicateurs de performance

(Annexe 7)

Il apparaît que le concept de performance en relation avec la hardiesse a été beaucoup plus examiné en regard des étudiants de toutes disciplines (Hegge, Melcher et Williams, 1999). Par contre, il semble exister quelques études qui relatent cette relation au sein des étudiants en sciences infirmières et des infirmières. Au total, trois études (Hegge et al., 1999 ; Messina, 1993 ; Patton et Goldenberg, 1999) ont exploré cette

relation en regard d'une population d'infirmières américaines œuvrant en médecine-chirurgie et d'étudiants en soins infirmiers américains et canadiens. Les indicateurs de performance utilisés furent The Organisation Climate Scale, The Student Self Report, le Taux de réussite au baccalauréat. De plus, le concept de performance ne fut pas défini de façon claire par les auteurs. Par contre, il ressort une relation statistiquement significative et positive entre la hardiesse et la performance telle que perçue par l'étudiant (mesurée par The Student Self Report), ce qui semble cohérent avec les résultats retrouvés auprès d'autres populations d'étudiants (Hegge et al., 1999). Par contre, il ne semble pas y avoir de relation statistiquement significative entre la hardiesse et le taux de réussite au baccalauréat. Il semble donc qu'un étudiant hardi se perçoit plus facilement performant sans que cela ait un impact sur son taux de réussite au baccalauréat.

Bref, la perspective de la santé des infirmières au travail fut une piste de développement du concept de hardiesse. Dans ce cas, les chercheurs ont utilisé la théorie telle que proposée par Maddi et Kobasa (1984). Ces recherches ont permis d'apporter de nombreuses contributions au développement du concept et de la théorie par, entre autres, le renforcement des hypothèses théoriques. Par contre, leurs contributions au développement des connaissances en sciences infirmières, par le peu de perspectives infirmières comme guides des études, est questionable. Enfin, il apparaît aussi que le concept de hardiesse, tel que défini par Maddi et Kobasa (1984), a fait l'objet d'investigations auprès de populations de patients. Les études relatives à ces investigations sont décrites dans le paragraphe suivant.

Les études de la hardiesse auprès de populations de patients (Annexe 8)

Les études en regard du concept de hardiesse, selon l'approche de Maddi et Kobasa (1984), au sein de populations de patients se sont développées plus tardivement et de façon moins importante que les études sur la hardiesse auprès de populations d'infirmières. En effet, c'est en 1990 qu'apparaît la première étude (Lambert, V. A., Lambert, C, E., et Kipple, 1990) sur une population de femmes atteintes de polyarthrites

rhumatoïdes. Il existe, en fait, six études répertoriées qui ont examiné le concept de hardiesse, tel que défini par Maddi et Kobasa (1984), en relation avec différents concepts auprès d'une population de patients.

Il apparaît que les populations retenues pour ces études sont d'origine variée (personnes âgées, femmes atteintes de polyarthrites, personnes atteintes du sida, alcooliques, personnes vivant en milieu agricole, famille ayant un enfant malade). De plus, l'échelle utilisée pour mesurer la hardiesse est l'échelle *PVS II* ce qui procure une certaine fiabilité aux résultats. Les différents chercheurs ont exploré avec la perspective de Maddi et Kobasa (1984) des domaines qui furent l'objet d'investigations selon d'autres perspectives de la hardiesse (hardiesse liée à la santé, la hardiesse familiale) que celles des auteurs cités ci-dessus. Par exemple, Johnson (1994) aborde le concept de hardiesse, tel que défini par Maddi et Kobasa (1984), au sein d'une famille contrastant ainsi avec l'approche familiale de Mc Cubbin et Patterson (1983) qui préconise l'utilisation, dans ce cas, du concept de hardiesse familiale. De même, Lambert et coll. (1990) ont examiné le concept de hardiesse, tel que défini par Maddi et Kobasa (1984), auprès de 122 femmes atteintes de maladies chroniques, ce qui contraste avec l'approche de Pollock (1986) qui suggère l'utilisation du concept de hardiesse lié à la santé auprès de populations atteintes de maladies chroniques.

Divers indicateurs ont été utilisés en relation avec la hardiesse dans le cadre de ces études. Plus finement, il apparaît des liens statistiquement significatif et positif entre la hardiesse et le bien-être psychologique ($r = 0,52$, $p < 0,001$) (Lambert et al., 1989) et spirituel ($r = 0,41$, $p < 0,05$) (Carson et Green, 1992) auprès de femmes atteintes de polyarthrites et de personnes sero-positives ou atteintes du sida ; entre la hardiesse, la satisfaction et le fonctionnement autonome des personnes âgées ($r = 0,21$, $p < 0,01$, $r = 0,29$, $p < 0,001$) (Wilder, 1995) ; entre la hardiesse et le soutien social des patientes atteintes de polyarthrites ($r = 0,24$, $p < 0,001$) (Lambert et al., 1990) ; entre la hardiesse et la santé mentale ($r = 0,39$, $p < 0,001$) (Lee, 1991) de personnes vivant en milieu agricole et enfin entre la hardiesse et les stratégies actives de *coping* (r non précisé) (Woodburn, 1993) auprès d'une population de personnes alcooliques. Par contre, il

existe une relation statistiquement significative et négative (r non précisé) entre la hardiesse et l'impact biopsychosocial sur la famille d'un enfant atteint d'une maladie chronique (Johnson, 1994). Ces résultats sont cohérents avec les propositions théoriques de Maddi et Kobasa (1984) bien que le modèle théorique ne fut pas explicitement utilisé comme guide de ces études.

Cette perspective apparaît très intéressante car elle permet d'ouvrir à d'autres domaines que la santé au travail le concept de hardiesse, tout en gardant son essence originelle. De plus, les coefficients alpha de Cronbach de l'échelle *PVS II* sont tout à fait satisfaisants (0,85 pour la hardiesse en score total, 0,72 pour le défi, 0,80 pour l'engagement et 0,60 pour la maîtrise, résultats présentés par Lee, 1991), ce qui semble montrer une certaine consistance interne de l'échelle au niveau d'une population de patients. Par contre, il semble étonnant qu'il n'y ait pas plus de recherches dans ce domaine. Ce constat peut s'expliquer, d'une part, par l'approche de Pollock (1986) qui a mobilisé les chercheurs sur le développement de la hardiesse liée à la santé auprès de patients atteints de maladies chroniques et, d'autre part, par le fait que la hardiesse ait été étudiée au départ dans un contexte de stressés au travail. Il serait pertinent dans les années à venir d'investir ce champ, tout en proposant une perspective infirmière comme guide de ces études, afin que les connaissances produites puissent s'inscrire au sein de la discipline. Enfin, certaines études ont tenté de vérifier les propositions du modèle de Maddi et Kobasa (1984). Ces études sont décrites dans le paragraphe suivant.

Les études de vérification du modèle

Les études citées précédemment portant sur les effets modérateurs, médiateurs, directs et indirects font partie des études sur la vérification du modèle. Les études présentées ultérieurement ne sont pas reprises ici. Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier et Lachance (1997) ont mené une étude afin de vérifier un modèle de relations entre des facteurs personnels, des facteurs contextuels liés à l'épuisement professionnel et la détresse psychologique d'infirmières québécoises œuvrant en gériatrie. Le modèle théorique proposé par Maddi et Kobasa (1984) a permis de vérifier les hypothèses de

relations suggérées pour plusieurs variables du modèle (stresseurs occupationnels, épuisement professionnel, hardiesse, soutien au travail, stratégies actives de *coping*, détresse psychologique). Les différentes analyses d'équations structurales ont montré que l'épuisement professionnel, les stresseurs occupationnels et la hardiesse ont un effet direct sur la détresse psychologique qui représente la variable résultat. De plus, les variables qui exercent un effet direct sur l'épuisement professionnel sont par, ordre d'importance, la hardiesse, les stresseurs occupationnels, le soutien au travail, les stratégies d'adaptation actives et le statut d'emploi. De plus, il apparaît que les infirmières hardies utiliseraient de façon préférentielle les stratégies d'adaptation actives ainsi que le soutien des pairs et des supérieurs afin de faire face aux nombreux stresseurs occupationnels. Cette étude effectuée auprès de 1 990 infirmières du Québec confirme plusieurs hypothèses de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), ce qui a permis de la renforcer. En effet, Duquette et coll. (1994) ont proposé de regarder le concept de hardiesse dans le cadre de la gestion du stress au travail, permettant ainsi le transfert du concept en regard des stresseurs au travail rencontré par l'infirmière. Le modèle théorique proposé conserve les propositions de la théorie de Maddi et Kobasa (1984). Des études ultérieures ont, d'une part, confirmé certaines propositions du modèle théorique et, d'autre part, proposé une perspective infirmière pour ce type d'étude en regard du modèle conceptuel de Roy (1991). En outre, les définitions conceptuelles et opérationnelles sont en cohérence avec celles de Maddi et Kobasa (1984). Il apparaît que la conception de la hardiesse dans le contexte de la gestion du stress au travail conserve l'ontologie de la hardiesse selon Kobasa (1977). Par contre, ce modèle théorique est peu utilisé par les chercheurs.

Enfin, il apparaît que certains chercheurs en sciences infirmières ont suggéré des approches conceptuelles et théoriques de la hardiesse autres que celle définie par Maddi et Kobasa (1984). Pollock (1984, 1986, 1989) inscrit le concept de hardiesse dans une dimension d'adaptation de la personne aux stresseurs liés à sa maladie chronique. Les multiples avantages proposés par l'approche de Pollock (1990, 1999), comme la base conceptuelle de sa théorie issue de Roy (1971), la conception salutogénique de la hardiesse, le développement psychométrique des échelles de mesure ne doivent pas faire

oublier que les mesures proposées cernent plus des dimensions de compliance au traitement ou d'attitudes. De ce fait, l'ontologie même du concept de hardiesse telle que décrite par Kobasa (1977) n'est pas conservée. De même, Mc Cubbin (1983, 1989, 1991) a proposé plusieurs modèles de résilience au stress familial incluant une conception de la hardiesse familiale, ce qui permet de transférer le concept de hardiesse d'une perspective individuelle à une perspective familiale afin de caractériser la force familiale face à des stressors liés à une pathologie d'un membre de la famille. La théorie existentielle de la personnalité (Kobasa et Maddi, 1977) s'intéresse aux différences qui constituent les personnes, mais aussi qui les caractérisent, mais elle ne s'étend pas aux caractéristiques d'un groupe de personnes comme entité. De ce fait, il apparaît incohérent de faire la somme des différents niveaux de hardiesse de chaque membre de la famille pour postuler sur un niveau familial de hardiesse. Par conséquent, l'approche de Mc Cubbin (1983, 1989, 1991), si souvent utilisée par les infirmières ne conserve pas l'ontologie de la hardiesse telle que définie par Kobasa (1977).

Conclusion

Il apparaît que le concept de hardiesse a très tôt intéressé les infirmières (Bigbee, 1985 ; Lee, 1983). De ce fait, il a bénéficié de multiples investigations par les chercheurs de la discipline. Les différents résultats obtenus ont permis de contribuer aux renforcements des propositions théoriques de Maddi et Kobasa (1984). Par contre, il est aisé de remarquer que les chercheurs utilisent peu de perspectives infirmières explicites pour guider leurs différentes études. De même, il apparaît que certains d'entre eux ont modifié l'ontologie du concept ce qui crée une confusion lors de l'analyse et de la comparaison des résultats. Enfin, bien que les études corrélationnelles sont nombreuses, il semble exister peu de programmes de renforcement de la hardiesse auprès de populations d'infirmières et de gestionnaires. La description, l'analyse et la critique des différents devis expérimentaux et quasi expérimentaux, utilisant comme variable indépendante un programme de renforcement de la hardiesse, sont exposées dans la prochaine partie du texte.

La description, l'analyse et la critique des programmes d'intervention sur la hardiesse

La revue des écrits a permis d'identifier six programmes de renforcement de la hardiesse dont trois furent développés par Maddi et ses collaborateurs (1984, 1987, 1998) et trois par des infirmières (Leclerc, 1999 ; Rich, 1985 ; Tierney et Lavelle, 1977). Le contenu de ces programmes (Annexe 9) est explicité dans la section suivante.

Le contenu des programmes d'intervention sur la hardiesse

En 1984, Maddi et Kobasa précisent que l'intervention sur la hardiesse se démarque des thérapies psychanalytiques par le fait qu'elle n'attribue pas le fonctionnement présent d'une personne comme une expression des conflits inconscients du passé. En effet, cette intervention permet, d'une part, de mettre au jour le fonctionnement d'une personne en regard de son aliénation, de son manque de pouvoir, de sa peur et de l'utilisation de stratégies de *coping* régressif face à des situations stressantes et, d'autre part, de proposer de reconsidérer ces situations selon une perspective d'engagement, de maîtrise et de défi tout en favorisant la promotion des stratégies actives de *coping*. De ce fait, l'intervention a pour but de renforcer les croyances liées à la hardiesse à travers les réactions induites par l'utilisation de certaines techniques. Celles-ci doivent permettre, d'une part, de comprendre plus en profondeur et dans une plus large perspective la situation stressante actuelle rencontrée par la personne et, d'autre part, de décoder les valeurs, les sentiments, les peurs qui rendent cette situation plus stressante qu'une autre. De ce fait, la personne pourra s'engager de façon plus éclairée vers des actions issues du *coping* transformationnel qui auront pour impact de diminuer le potentiel stressant de la situation. Maddi et Kobasa (1984) décrivent quatre techniques qui peuvent être utilisées pour le renforcement de la hardiesse. Deux techniques, le *focusing* et la *situational reconstruction*, sont utilisées lorsque l'événement stressant à un potentiel effectif d'être transformé. Deux autres techniques, comme le *compensatory self improvement* et la

paradoxical intention, sont utilisées plus en regard d'une situation qui ne peut être changée (divorce).

Plus spécifiquement, le *focusing*, selon Gendlin (1978), permet par l'introspection d'explorer et de caractériser les sentiments profonds et vrais d'une personne en regard d'une situation en dehors de toute désirabilité sociale. La personne prend ainsi conscience de sentiments qui peuvent bloquer cette situation, lui procurant ainsi un potentiel stressant. À partir d'un malaise diffus ressenti, la personne commence à identifier les différents symptômes observés ou ressentis qu'elle peut ainsi verbaliser à travers une émotion, une attitude ou une image. Cette identification des sentiments liés à une situation permet à la personne de prendre conscience autant des éléments qui peuvent générer ce malaise que des actions à entreprendre pour diminuer celui-ci. Cette expression des sentiments va au-delà d'une simple verbalisation cognitive par le fait qu'elle permet à la personne une réelle prise de conscience de ses actions. De ce fait, cette technique permet d'aller au-delà des platitudes conventionnelles exprimées en regard de situations. Lamboy (2000) précise que les interventions de *focusing* auront pour finalité la restauration du lieu d'évaluation interne, et ce, par la redécouverte, à travers des situations problématiques, du potentiel de la personne afin de retrouver ses propres repères qui guideront son comportement et ses options de vie.

La reconstruction de situation est une technique qui permet d'identifier qu'elles sont les valeurs, les réactions psychologiques et physiques associées à un événement stressant. Cette technique est proche du *focusing* (Maddi et Kobasa, 1984) tout en mettant plus d'accent sur les considérations situationnelles ayant un potentiel stressant. D'ailleurs, cette technique est plus appropriée lorsque l'événement stressant est de survenue récente. Maddi et Kobasa (1984) proposent trois étapes pour permettre cette reconstruction. Dans un premier temps, la personne doit imaginer trois façons de rendre pire un événement, puis elle imagine de nouveau trois façons de le rendre meilleur. Dans un deuxième temps, la personne se demande quels sont les éléments qui contribuent à empirer ou à améliorer cette situation en regard de soi, des autres, des rôles joués. La troisième étape permet à la personne d'identifier ce qu'elle peut faire pour diminuer le

potentiel stressant des situations. Cette technique promeut, selon Maddi (1987, 1998), le développement de l'imagination de la personne qui, ainsi, lui permet d'entrevoir la situation dans une perspective plus large et favorise une meilleure compréhension de celle-ci. Cette stimulation de l'imagination permet alors de renforcer le sens de la maîtrise et du défi (Maddi et Kobasa, 1984).

Les deux techniques suivantes sont spécifiques à des situations qui ne peuvent être modifiées, tel un divorce. Le *compensatory self improvement* permet à la personne de trouver une activité qui n'a fait l'objet d'aucune investigation antérieure (comme un sport) et où elle va pouvoir exercer son sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi. Par ailleurs, la *paradoxical intention* a pour but de redévelopper le sens de la maîtrise par l'exagération des symptômes provoqués par une situation stressante. Cette tentative d'exagération des symptômes aide la personne à rétablir le contrôle par la pensée et les actions. Le rétablissement du sens de la maîtrise permet de retrouver la confiance en soi. Cette technique s'utilise dans des situations spécifiques. D'ailleurs, elle n'a pas fait partie intégrante des programmes développés par Maddi et ses collaborateurs (1984, 1987, 1998).

Certains faits saillants apparaissent à l'examen des contenus des programmes d'intervention. En terme de contenu des programmes, Maddi et coll. (1984, 1987, 1998) conservent les mêmes techniques d'intervention, ce qui facilite la comparaison des résultats obtenus sur plusieurs études. De plus, l'auteur a toujours développé des sessions échelonnées dans le temps avec un nombre d'heures variant de 8 à 15 heures. En outre, dans sa dernière étude, Maddi (1998) précise la formation initiale des formateurs. En sciences infirmières, la situation est plus confuse par le fait que les contenus et la distribution des programmes sont plus disparates. En terme de contenu, Rich (1987) a introduit de nouvelles techniques qui ont d'ailleurs inspiré les autres chercheurs en sciences infirmières. Il s'agit des techniques de relaxation qui font office de *focusing* et de trois autres techniques (émotivo-rationnelle, affirmation de soi, inoculation du stress) qui renforcent de façon plus spécifique la technique de reconstruction de situations proposée par Maddi et Kobasa (1984). Par contre, il s'avère, selon Lamboy (2000), qu'il

Il y a une certaine incohérence à utiliser les techniques de relaxation comme induction au *focusing*. En effet, la personne qui guide la relaxation suggère des problématiques et des visualisations, contrairement au *focusing* où la personne est à la recherche de son guide intérieur sans aide ni suggestion externe. De plus, les autres techniques en regard de la reconstruction de situation semblent cohérentes avec la finalité de celle-ci, qui est de favoriser l'adoption de stratégies de *coping* transformationnel. Enfin, les différents auteurs en sciences infirmières semblent abandonner la technique de *compensatory self improvement* qui s'adresse plus à des situations qui ne peuvent être modifiées.

Leclerc (1999) propose en sciences infirmières un programme qui semble tenir compte des différentes perspectives. En effet, en terme de contenu, la relaxation fait place au *focusing*, de plus, l'auteur met l'accent sur l'approche émotivo-rationnelle pour renforcer la technique de reconstruction de situation. Leclerc (1999) précise que la technique du *stress inoculation* proposée par Rich (1985) et reprise par Tierney et Lavelle (1997) n'apporte rien de plus en regard des techniques émotivo-rationnelles. De plus, l'auteur précise que, sur une durée d'intervention de cinq heures, cette dernière technique n'est que très brièvement abordée. En terme de dispensation de programme, Leclerc (1999) propose des séances d'intervention séquentielles contrairement aux autres infirmières qui ont proposé un programme continu s'échelonnant de 4 à 6 heures. Plus finement, les différentes études relatives à ces programmes de renforcement de la hardiesse sont décrites, analysées et critiquées dans le paragraphe suivant.

Les études relatives au programme de renforcement de la hardiesse (Annexe 10)

Maddi et Kobasa (1984) proposent une intervention en vue d'augmenter le niveau de hardiesse auprès de cadres américains. L'échantillon initial était composé de quinze cadres répartis par assignement randomisé dans le groupe expérimental (n = 7) et le groupe témoin (n = 8). Les mesures comprenant l'échelle de la hardiesse et la prise de la tension artérielle furent prises avant et après le programme. De plus, les cadres du groupe expérimental devaient noter hebdomadairement les événements stressants vécus. Le devis proposé est donc un devis expérimental avant-après avec groupe contrôle

(Cook et Campbell, 1979). Le programme en lui-même comprenait 8 sessions espacées d'une semaine dont le contenu est détaillé dans l'Annexe 10. Au regard des observations faites, puisque aucun résultat statistique n'est présenté par les auteurs, il apparaît que la hardiesse était plus élevée chez le groupe expérimental que chez le groupe contrôle. De plus, lors de l'analyse des situations stressantes rapportées par les cadres du groupe expérimental pendant le temps de l'intervention, il apparaissait que les actions entreprises par ceux-ci témoignaient d'une augmentation du sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi.

Bien que ce devis accorde une certaine validité interne à l'étude (Cook et Campbell, 1979) en raison de la randomisation, plusieurs facteurs portent atteinte à la validité interne et externe de l'étude : la non-précision des échelles de mesure utilisées, la non-précision de certains paramètres (seuil de signification, puissance de l'étude), le manque de contrôle de variables étrangères, la non-présentation des tests statistiques et des résultats, la non-précision de la mortalité expérimentale. Les résultats annoncés sont donc à interpréter avec précaution.

Rich (1985), dont l'étude n'a pas été publiée, a mené une étude expérimentale auprès de 17 gestionnaires en soins infirmiers d'un hôpital américain comprenant 350 lits de soins aigus. Le devis utilisé est un devis expérimental avant-après avec groupe contrôle et assignement randomisé de 17 gestionnaires dans le groupe expérimental ($n = 10$) et le groupe contrôle ($n = 7$). Une première rencontre est organisée avec les deux groupes et a consisté à l'administration de l'échelle composite de première génération mesurant la hardiesse. Puis, 15 jours après, une session d'intervention de 4 heures est organisée pour le groupe expérimental. Une mesure post-test est effectuée sur les deux groupes en fin d'intervention. L'utilisation de tests de t permet de montrer que le score de hardiesse est significativement plus élevé au niveau du groupe expérimental en pré et post-test ($t = 2,61$; $p < 0,05$). Par contre, il n'apparaît pas de différence statistiquement significative au niveau du groupe contrôle. L'auteur conclut que la hardiesse peut être une caractéristique de la personnalité que l'on peut renforcer par le biais d'un programme d'intervention.

Rich (1985) reconnaît un certain nombre de limites qui diminuent la validité interne et externe de son étude. Par contre, la force de celle-ci réside dans l'assignement randomisé qui permet de répartir de façon aléatoire les variables étrangères, diminuant ainsi le biais de la sélection. De plus, la présence de mesure avant-après sur les deux groupes permet de diminuer les menaces à la validité interne liées à l'histoire et à la maturité. Il aurait été plus avantageux encore que l'échantillon initial ait bénéficié aussi d'une randomisation. Par contre, l'échantillon retenu étant de petite taille, la grandeur de l'effet expérimental, qui n'est d'ailleurs pas précisé, doit être faible, ce qui réduit la validité interne de l'étude par le peu de signification clinique de ce programme. De plus, l'auteur ne précise pas la mortalité de l'échantillon qui correspond à un taux habituel de 5% (Cook et Campbell, 1979). En outre, la validité de construit est faible, car Rich (1985) utilise, d'une part, l'échelle composite de première génération qui comporte de nombreux problèmes psychométriques et, d'autre part, elle a modifié le contenu du programme original sans justification préalable. Par ailleurs, l'offre du programme de renforcement de la hardiesse sur un temps aussi restreint, tout en maintenant un nombre important de techniques, est à interroger en terme de faisabilité et d'impact possible. Enfin, la validité des conclusions statistiques est faible car la statistique la plus appropriée dans ce cas est l'anova, ce qui aurait permis de diminuer les erreurs de variance et de faire des comparaisons intra et inter-groupes. Par contre, la validité externe est plus importante, car le devis est facilement reproductible. Ce paradoxe est souligné par Cook et Campbell (1979) qui montrent que l'augmentation de la validité interne d'une étude entraîne souvent la diminution de sa validité externe. En conclusion, cette étude, par le fait qu'elle comporte de nombreuses atteintes à la validité interne, apporte peu de résultats probants sur l'efficacité d'un programme de renforcement de la hardiesse auprès d'une population de gestionnaires en soins infirmiers.

Maddi (1987) a mené de nouveau une étude quasi expérimentale auprès de cadres du *Illinois Bell Telephone*. Le recrutement a été effectué par appel de candidatures. Le groupe expérimental était composé de 30 cadres répartis en quatre groupes, dont deux de sept et deux de huit personnes. La mortalité du groupe expérimental était de trois

personnes. Le groupe contrôle était constitué de 30 cadres faisant partie de la liste d'attente. La mortalité fut plus importante (neuf personnes), si bien que le nombre de personnes du groupe contrôle qui bénéficieront du programme de renforcement de la hardiesse dans un second temps ne sera que de 19. Pour la première cohorte ($n = 27$), quatre temps de mesure ont été effectués, pré et post-tests, puis deux autres post-tests à deux mois et six mois. Pour la deuxième cohorte ($n = 19$) qui correspond au passage du groupe contrôle en groupe expérimental, trois temps de mesure ont été effectués, soit deux mesures en pré-test et une mesure en post-test (Annexe 10). Les variables mesurées furent la hardiesse à l'aide du *PVS II* le bien-être par un outil développé par l'auteur, la tension psychologique par *The Hopkins Check List* et l'*Indice de tension artérielle* prise par la même infirmière. Le contenu du programme est similaire à l'étude de 1987. Par contre, le nombre d'heure est plus important (15 heures au lieu de 8). La comparaison des moyennes à l'aide de tests de t montre que l'intervention a eu un effet statistiquement significatif et positif sur le score de hardiesse en post-test immédiat (t non précisé, $p < 0,01$), celui-ci continue à augmenter au sixième mois, mais l'auteur ne précise pas si cette observation est statistiquement significative. De même, au niveau de la seconde cohorte, Maddi (1987) souligne une augmentation statistiquement significative du score de hardiesse en post-test immédiat (t non précisé, $p < 0,05$). De plus, le programme de renforcement de la hardiesse a permis une augmentation du score de satisfaction au travail (échelle non précisée) (t non précisé, $p < 0,01$), une diminution du score de tension psychologique (t non précisé, $p < 0,01$) et une diminution de la tension artérielle (t non précisé, $p < 0,05$). En outre, les participants ont noté dans une proportion de 90 %, une nette amélioration de leur compréhension des situations stressantes et, dans 93 % des cas, ils se sentent aptes à gérer leur stress, et ce, de façon définitive.

L'absence de randomisation ne permet pas de protéger les résultats obtenus de l'influence d'une ou plusieurs variables étrangères, ce qui est une atteinte importante à la validité interne de l'étude. De plus, l'auteur ne propose pas de contrôler statistiquement certaines variables étrangères. Par contre, la prise de mesures répétée, tel que proposé par Maddi (1987), permet de diminuer les menaces à la validité interne dues à la maturité et à l'histoire, bien que cette répétition entraîne une certaine accoutumance au

test. De plus, il apparaît que la mortalité est différente entre les deux groupes, ce qui induit une non-équivalence des groupes en post-test qui n'a d'ailleurs pas fait l'objet d'investigation statistique compensatoire. En outre, le passage du groupe contrôle en groupe expérimental, sans adjonction d'un groupe contrôle, ne permet pas de porter des conclusions sur l'augmentation observée au niveau du nouveau groupe expérimental, car il n'y a pas de possibilité de comparaison avec un groupe n'ayant reçu aucune intervention (Cook et Campbell, 1979). De même, la non-précision de certaines échelles de mesure ainsi que la création d'outil de mesure n'ayant pas bénéficié d'études psychométriques diminuent la validité de construit. Par contre, celle-ci est renforcée par une description claire du programme dont le nombre d'heures a augmenté significativement. Enfin, la non-utilisation d'anova pour diminuer la variabilité de l'échantillon due à des mesures répétées de tests de t ainsi que la non-utilisation de covariance à mesures répétées pour évaluer l'effet combiné du groupe et du temps diminuent la validité des conclusions statistiques. Enfin, la complexité de reproductibilité du devis diminue sa validité externe. En conclusion, les nombreuses atteintes à la validité interne de l'étude amène à considérer les résultats de cette étude avec prudence.

Tierney et Lavelle (1997) ont réalisé une étude expérimentale auprès d'infirmières soignantes. L'échantillon était composé de 62 infirmières ayant au moins trois ans d'ancienneté qui ont été assignées par randomisation dans trois groupes. Le premier groupe (G1, n = 21) bénéficie d'un programme de renforcement de la hardiesse sur une durée de six heures. Le second groupe (G2, n = 19) reçoit six heures de formation sur la gestion du temps. Le troisième groupe (G3, n = 22) constitue le groupe contrôle et ne reçoit aucune intervention. Les mesures sont prises avant-après et six mois après. L'échelle utilisée pour mesurer la hardiesse est l'échelle *PVS II* qui est reconnue comme l'échelle la plus valide (Maddi, 1996) pour mesurer le construit de hardiesse. Le contenu du programme suit celui proposé par Rich (1987). Les résultats montrent que, dès le départ, les groupes sont indépendants en regard de la variable dépendante. Pour le groupe G1, il apparaît en post-test une élévation statistiquement significative ($t = 2,4, p < 0,03$) du score global de hardiesse qui tend à se normaliser au bout de six mois et la différence devient statistiquement non significative entre les deux groupes.

En regard de G2, il apparaît en post-test une diminution statistiquement significative ($t = -2,55$, $p < 0,00$) du score global de hardiesse qui persiste après six mois ($t = -2,55$, $p < 0,00$). Par contre, le groupe contrôle ne présente aucune différence statistiquement significative du score de hardiesse aux différents temps de mesure. Le test de Turkey a été utilisé pour comparer les données obtenues entre les groupes (variance intergroupe) en pré et post-tests. Il apparaît une différence statistiquement significative entre les groupes G1 et G2 ($F = 4$, $p < 0,02$) dans la mesure du score moyen de hardiesse, mais cette différence ne persiste pas après six mois. Tierney et Lavelle (1997) supposent qu'une intervention échelonnée sur une période d'au moins huit semaines et dispensée à des infirmières d'une même unité aurait un impact positif sur le maintien du niveau de hardiesse sur une période plus longue.

La présence d'une randomisation, ainsi que la constitution de trois groupes avec la présence d'un groupe contrôle permettent de contrôler les menaces à la validité interne liées aux variables étrangères, à l'histoire et à la maturité. De plus, tester deux programmes en regard d'un groupe contrôle permet de montrer l'impact du programme prévalent par rapport à un autre programme sur la variable d'intérêt (Cook et Campbell, 1979). En outre, les mesures répétées à six mois permettent d'examiner l'efficacité du programme à long terme. Par contre, il est surprenant de constater qu'il n'y ait pas eu de mortalité en regard de l'échantillon surtout après six mois. La validité des conclusions statistiques est assez bonne. En effet, les auteurs respectent les procédures statistiques (vérification de la variance dans les différents groupes au départ), utilisent l'échelle *PVS II* qui possède de bons résultats psychométriques, utilisent un seuil de signification correct et assurent une fidélité dans la prestation du programme qui est conforme à l'approche de Rich (1985). Par contre, la formation de Tierney et Lavelle (1997) n'est pas précisée, ce qui ne permet pas de vérifier si ces personnes ont les compétences requises pour dispenser ce programme. La validité de construit est aussi renforcée par l'utilisation de l'échelle *PVS II* et par une description des différents programmes administrés qui bénéficient d'une légère augmentation du temps d'intervention. Par contre, la durée du programme semble encore courte au regard de toutes les techniques utilisées. De même, la faiblesse de la statistique utilisée (test de Turkey au lieu de

covariance à mesures répétées) diminue de façon importante la validité des conclusions statistiques, par, entre autres, la non-prise en compte de l'interaction du temps avec le groupe. Bien que le devis proposé par les auteurs soit plus rigoureux que les devis précédents, la faiblesse de la statistique utilisée invite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

Maddi, R. S., Kahn, S., Maddi, K. L. (1998) ont conduit une étude expérimentale auprès de cadres volontaires d'une entreprise américaine. L'échantillon initial fut composé de 64 personnes dont 54 furent assignées par randomisation en neuf groupes de six à huit personnes. Ces neuf groupes furent aussi assignés par randomisation en trois catégories, soit trois groupes par catégorie. Chaque catégorie a reçu un programme différent. Les groupes de la première catégorie ont reçu un programme de renforcement de la hardiesse. Les groupes de la deuxième catégorie ont reçu un programme de relaxation/méditation. Enfin, les groupes de la troisième catégorie ont bénéficié de groupes de parole. Les intervenants sont des experts dans leur domaine et, afin de mieux comprendre chaque programme, chaque expert dans un domaine forme les autres experts. Chaque programme est dispensé en 10 sessions d'une heure et demie, espacée chacune d'une semaine. Le programme de renforcement de la hardiesse est conforme à ceux déjà établis par Maddi et coll. (1984, 1987). Les instruments de mesure utilisés furent le *PVS II* pour mesurer la hardiesse, un instrument élaboré par Maddi (1987) pour mesurer la satisfaction au travail, *The Hopkins Symptoms Checklist* pour mesurer la tension ressentie, *The Seriousness of Illness Survey* pour mesurer les symptômes de maladies et l'*échelle de Moos* pour mesurer le soutien social. Les mesures furent prises en pré et post-tests immédiats. La mortalité entre les mesures fut importante. L'échantillon final est composé de 18 personnes pour la catégorie hardiesse, 12 personnes pour la catégorie relaxation/méditation et 16 personnes pour la catégorie groupe de parole, soit un total de 46 personnes. Les analyses statistiques utilisées pour comparer les groupes furent des tests de t et l'analyse de variance. Les résultats montrent une non-équivalence des groupes en pré-tests en regard du niveau de hardiesse. Après analyse de variance, il apparaît une différence statistiquement significative auprès des différents groupes en regard du niveau de hardiesse ($F = 4, p < 0,01$). Plus spécifique-

ment, il apparaît que le programme de renforcement de la hardiesse a le plus augmenté le niveau de hardiesse que le programme de relaxation/méditation ($t = 1,82, p < 0,001$) ainsi que l'écoute passive des groupes de parole ($t = 10,28, p < 0,001$). De même, il apparaît que le programme de relaxation/méditation permet une augmentation plus élevée de la hardiesse que l'écoute passive ($t = 9,19, p < 0,0001$). Aussi, les scores de tension, de symptômes de maladies ont diminué de façon statistiquement significative en pré et post-tests dans les trois catégories. De plus, il apparaît que les différences observées pour les différentes mesures en pré et post-tests sont les plus importantes dans la catégorie ayant bénéficiée du programme de renforcement de la hardiesse. Les auteurs concluent que le programme de renforcement de la hardiesse est le plus bénéfique pour mobiliser la hardiesse, augmenter la satisfaction au travail et percevoir un haut soutien social, tout en diminuant de façon significative la tension subjective et la sévérité des maladies.

Ce devis expérimental avant-après avec trois groupes, dont un groupe contrôle, comprend de nombreux avantages déjà énumérés précédemment, ce qui permet de renforcer la validité interne de l'étude. Par contre, la mortalité importante de l'échantillon pose un certain nombre de problèmes. En effet, Hsu (1989) montre qu'une mortalité importante de l'échantillon initial pouvait induire l'apparition de variables étrangères qui entraînent ainsi une non-équivalence des groupes au regard de la variable dépendante. Ce fait est d'ailleurs signalé par Maddi et al. (1998) qui ne retrouvent pas une équivalence des groupes en regard du score de hardiesse. Ce constat induit que la modification du score de hardiesse en pré et post-tests peut être due à d'autres variables que la variable d'intervention. De plus, les auteurs ne proposent pas de moyen statistique pour contrôler un certain nombre de variables étrangères. Ces différents points portent atteinte à la validité des conclusions statistiques, bien que Maddi et al. (1998) utilisent les analyses de variance pour comparer la variabilité intergroupe. De plus, l'absence de mesures répétées après le post-test ne renseigne pas sur l'évolution des différentes variables, ainsi que sur l'efficacité du programme de renforcement de la hardiesse à moyen terme. En outre, cette technique permettrait de diminuer les nuisances à la validité interne causées par l'histoire et la maturité du groupe. Enfin, la complexité du

devis proposé gêne sa reproductibilité et donc sa validité externe. En conclusion, le devis proposé par Maddi et al. (1998) comporte de nombreux avantages, mais les problématiques causées par la mortalité de l'échantillon, l'absence de mesures répétées ainsi que la non-équivalence des groupes en pré-tests en regard du niveau de hardiesse réduisent la validité des résultats obtenus.

Leclerc (1999) a testé un programme de renforcement de la hardiesse auprès d'infirmières québécoises œuvrant en médecine-chirurgie. La population initiale était de 37 infirmières qui furent réparties en deux groupes selon un mode de convenance, soit 17 dans le groupe expérimental et 20 dans le groupe contrôle. Leclerc (1999) a utilisé un devis quasi expérimental avant-après avec groupe contrôle. Les infirmières du groupe expérimental furent réparties en trois groupes homogènes. Le programme d'intervention comprend un contenu qui fait la synthèse entre les approches des programmes de renforcement de la hardiesse en sciences infirmières et en psychologie. Il est offert à raison de 1 heure par semaine pendant cinq semaines. Les échelles de mesure utilisées sont le *PVS II* pour mesurer la hardiesse, le *Nursing Stress Scale* pour mesurer la fréquence et l'intensité des stressseurs au travail, et le questionnaire *IDPSEQ-14* pour mesurer la détresse psychologique. Les statistiques utilisées furent les tests de t, les chi-carré et les analyses de covariance à mesures répétées pour regarder l'évolution des groupes expérimental et de contrôle en regard de l'interaction entre le groupe et le temps, ce qui permet de conclure que les résultats obtenus ne sont pas dus à cette interaction mais à la variable indépendante. Leclerc (1999) précise que ses analyses permettent de supposer une grandeur de l'effet expérimental deux fois supérieurs aux études précédentes. L'homogénéité des groupes a été vérifiée en pré-test et les analyses effectuées confirment que les groupes expérimental et contrôle étaient comparables en regard des variables dépendantes. Les résultats montrent une augmentation statistiquement significative du score de hardiesse en post-test sur le groupe expérimental (t non précisé, $p < 0,01$) mais aussi une diminution statistiquement significative du niveau de hardiesse en post-test sur le groupe contrôle (t non précisé, $p < 0,01$). L'interaction du temps et du groupe (t non précisé, $p < 0,01$) confirme que le groupe expérimental a évolué de façon différente que le groupe contrôle en faveur d'une

augmentation de la hardiesse. En regard des autres variables, les résultats montrent une diminution statistiquement significative en post-test de l'intensité du stress perçu (t non précisé, $p < 0,02$) et de la détresse psychologique (t non précisé, $p < 0,05$) sur le groupe expérimental. Les modifications du score de ces différentes variables au niveau du groupe contrôle ne sont pas statistiquement significatives. Leclerc (2000) conclut que le programme de renforcement de la hardiesse proposé permet de mobiliser cette caractéristique chez les infirmières, tout en diminuant l'intensité des stress perçu et la détresse psychologique.

Bien que cette étude comporte de nombreux points forts en terme statistique, il n'en reste pas moins que la non-randomisation de la population initiale dans les groupes ne permet pas une répartition aléatoire des variables étrangères non connues et augmente le biais de sélection. De ce fait, la modification du score de hardiesse peut être due à une variable étrangère inconnue. Par contre, le contenu et la prestation du programme de renforcement de hardiesse, tel que proposés par Leclerc (1999), permettent une synthèse des différentes approches ajoutant à la validité des conclusions statistiques, qui est d'ailleurs renforcée par l'utilisation de statistiques appropriées pour interpréter les résultats. Par contre, la diminution du score de hardiesse du groupe contrôle, lors du post-test, a pu accentuer l'augmentation significative du score de hardiesse pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. Il est possible qu'une non-augmentation ou une non-diminution du score de hardiesse au niveau du groupe contrôle, en post-test, induise une différence non significative pour le groupe expérimental. Il aurait été intéressant de proposer des corrections statistiques qui auraient tenu compte de ce constat. De plus, l'absence de mesure après le post-test immédiat ne permet pas de suivre l'efficacité à moyen terme de ce programme. Bref, les résultats obtenus par Leclerc (1999) sont pertinents pour un groupe d'infirmières québécoises. Par contre, un certain nombre de biais amène à interpréter les résultats avec prudence.

Conclusion

Il apparaît que l'évolution des études sur les programmes de renforcement de la hardiesse tente à raffiner les contenus et la prestation des programmes, le nombre de personnes dans les groupes et les statistiques utilisées, permettant ainsi d'augmenter la validité interne des résultats obtenus. L'évolution historique des différents programmes de renforcement de la hardiesse montre le souci des chercheurs, autant en sciences infirmières qu'en psychologie, de renforcer la validité interne de leurs études. De façon globale, il semble qu'un programme de renforcement de la hardiesse permette une augmentation statistiquement significative du niveau de hardiesse autant chez les gestionnaires que chez les infirmières. Par contre, certains biais portent atteinte à la validité interne et externe de chacune des études, limitant ainsi l'interprétation et la généralisation des résultats. De ce fait, la présente étude vise à améliorer celles-ci en regard d'une population d'infirmières françaises. Dans ce sens, les points suivants sont proposés. La validité externe sera renforcée par l'utilisation, au départ, d'un échantillon aléatoire de la population d'un hôpital du sud de la France, ce qui permettra plus facilement la généralisation des résultats. De plus, le déroulement de l'étude par blocs de 4 et 7 heures, dont le détail est proposé dans la partie méthodologique, permettra une meilleure reproductibilité du devis, et donc une meilleure validité externe. La validité interne sera également renforcée par plusieurs points. Un assignement randomisé sera effectué sur une population de 70 infirmières, ce qui diminuera la menace à la validité interne due au biais d'échantillonnage. L'échantillon retenu est le plus important de toutes les études. De plus, les mesures répétées à un mois et trois mois renforcent la validité interne de l'étude en regard de l'efficacité du programme à moyen terme. Par contre, l'accoutumance au test est un biais possible. Enfin, un secrétariat permettra les relances téléphoniques et par courrier des infirmières participant à l'étude afin de diminuer la mortalité d'expérimentation. Le contenu du programme raffine les propositions de Leclerc, ce qui ajoute à la validité de construit. De plus, les échelles de mesure retenues sont en lien direct avec les variables proposées par la théorie de Maddi et Kobasa (1984). En outre, le formateur a acquis les compétences nécessaires pour

offrir ce type de programme. Les échelles de mesure retenues présentent des indices psychométriques acceptables. De plus, les différentes statistiques utilisées (test de t, chi-carré, analyse de covariance à mesures répétées) vont permettre d'apporter des conclusions statistiques plus valides. En outre, d'autres variables étrangères vont être contrôlées statistiquement, comme la désirabilité sociale. Tous ces facteurs ajouteront de la validité aux conclusions statistiques. Bref, il apparaît que cette recherche respectera les douze critères élaborés par Luborsky et coll. (1972) en regard de la qualité méthodologique d'une recherche expérimentale. Enfin, le cadre de référence retenu pour la présente étude est présenté dans la prochaine partie.

Le cadre de référence

Cette partie du texte expose le cadre conceptuel de Roy (1991) qui est retenu pour la présente étude ainsi que la théorie de Maddi et Kobasa (1984) raffinée par Maddi (1999) qui sert de théorie intermédiaire.

Le choix du cadre conceptuel comme guide pour la présente étude s'est porté sur le modèle conceptuel de Roy (1991), car il se distingue par la promotion de l'adaptation des individus ou des groupes (les infirmières, dans ce cas) à leur environnement changeant et exposés à différents types de stimuli. Selon Fawcett et Downs (1986), le modèle de Roy (1991) doit guider le chercheur vers l'étude des problèmes liés à l'adaptation des personnes à leur environnement en constant changement avec la recherche de solutions pour la pratique clinique. Les auteurs précisent que le but de la recherche est orienté vers la compréhension et la promotion de l'adaptation des personnes afin de favoriser la santé et la qualité de vie. De ce fait, un programme de renforcement de la hardiesse, permettant, entre autres, l'adoption par l'infirmière de stratégies de *coping* actif dans le but de promouvoir sa santé, s'inscrit dans une dimension de promotion de l'adaptation, tel que proposé par Roy (1986). En outre, Roy (1991) conçoit l'adaptation des individus sous un angle humaniste, élargissant ainsi la simple notion d'adaptation d'Helson (1964) ainsi que la théorie des systèmes de Von

Bertalanffy (1968). Il semble donc que le modèle de Roy (1986) tient compte de la complexité des phénomènes liés à l'adaptation de la personne, entre autres, de l'adaptation de l'infirmière à un milieu de travail fort exigeant.

De façon plus précise, les éléments du métaparadigme infirmier sont définis par **la personne** (infirmière) comme étant un système d'adaptation ouvert où les intrants sont exogènes (environnementaux) ou endogènes (le moi), **la santé** (qualité de vie au travail) comme un processus d'adaptation dans quatre modes et qui permet à la personne de rester ou de devenir intègre, **l'environnement** comme l'ensemble des stimuli internes (hardiesse) et externes (stresseurs au travail) pouvant influencer les comportements (les stratégies de coping) et **le soin** (programme de renforcement de la hardiesse) comme la promotion de l'adaptation selon les quatre modes (Roy, 1991).

Les concepts primordiaux ou les phénomènes d'intérêt développés par le modèle de Roy (1991) sont au nombre de quatre (Gasse, Guay, 1994) : les intrants, le contrôle, les extrants et la boucle de rétroaction. Les intrants représentent les différentes catégories de stimuli dont l'ensemble constitue, selon Helson (1964), le niveau d'adaptation de l'individu. Ce niveau est en perpétuel changement, car l'individu développe constamment de nouvelles habiletés d'adaptation. Les catégories de stimuli sont au nombre de trois : **le stimulus focal** représente le stimulus auquel la personne fait face immédiatement soit de façon plus spécifique le degré de changement précipitant le comportement observé. Ce changement peut être le fait de la perception de la personne en regard d'une situation potentiellement stressante ou bien induit par un phénomène physique comme une hémorragie. Dans le cas de la présente étude, le stress perçu par l'infirmière représente le stimulus focal. **Les stimuli contextuels** regroupent tous les autres stimuli présents dans la situation, ils sont de nature externe (environnement) ou interne (la hardiesse) et **les stimuli résiduels** représentent les croyances, les expériences antérieures de la personne. Selon Roy (1991), ces derniers stimuli ne peuvent être observés ni mesurés et les actions infirmières semblent limitées. Roy (1991) décrit de façon complexe les processus de contrôle qui traitent l'information provenant des intrants. Elle relie ce contrôle à des mécanismes d'adaptation innés ou acquis permettant

à la personne de répondre aux changements environnementaux. L'auteure distingue, dans les mécanismes d'adaptation, des mécanismes régulateurs réflexes et automatiques qui font intervenir respectivement des processus neurobiologiques et des mécanismes cognitifs (le coping), dont la réponse fait appel à une évaluation cognitive de la situation et résulte de processus tels que la perception, le traitement de l'information, l'apprentissage, le jugement et l'émotion.

À la suite des différents processus de contrôle, la personne adopte un comportement qui est considéré comme une réponse à la situation ou aux extrants. Cette action peut être adaptée ou non à la situation. Le niveau d'adaptation de la personne est étudié dans quatre modes : le mode physiologique, le mode du concept de soi, le mode de fonction de rôle et le mode de l'interdépendance. **Le mode physiologique** représente les besoins de base inhérents à l'intégrité physiologique, **le mode du concept de soi** fait référence à l'ensemble des croyances et des perceptions qu'un individu a de lui-même, **le mode de fonction de rôle** correspond à l'intégrité sociale de l'individu qui peut être influencée par certains facteurs comme les normes sociales et son image de soi, **le mode de l'interdépendance** représente les relations intimes des personnes comme les interactions réciproques à la recherche d'attention, d'affection, de reconnaissance et d'approbation des autres. Enfin, les extrants du système représentent les comportements adaptés ou non dans les quatre modes. Les comportements adaptés favorisent l'intégrité de la personne dans l'atteinte de ses buts humains. De plus, Roy (1991) note une rétroaction entre les extrants et les intrants, c'est-à-dire qu'un extrant peut devenir, dans une relation circulaire, un stimulus focal ou contextuel.

Bref, le modèle de Roy (1991) accorde de l'importance aux déterminants psychosociaux de la santé. Il semble donc adéquat de le prendre comme cadre conceptuel, étant donné que la problématique suggérée fait appel à la mobilisation d'une caractéristique de la personnalité favorisant l'intégrité de la personne, ce qui s'inscrit dans une perspective d'étude liée aux déterminants psychosociaux de la santé des infirmières dans leur milieu de travail. De plus, il met l'accent sur le soin comme promoteur de l'adaptation permettant de développer, maintenir, restaurer l'intégrité de la

personne, ce qui est en lien avec la finalité du programme de renforcement de la hardiesse qui est de promouvoir la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. Par contre, le modèle de Roy n'est pas assez explicite quant aux facteurs influençant la relation stressseurs-maladies. D'ailleurs, Fawcett et Downs (1986) montrent que le modèle conceptuel ne peut être testé directement mais à l'aide de théories intermédiaires. La théorie de Maddi et Kobasa (1984) raffinée par Maddi (1999) a été choisie comme théorie intermédiaire pour expliquer les liens entre les différentes variables de l'étude.

De façon plus spécifique, les différents éléments du modèle de Roy (1991) retenus dans la présente étude sont au nombre de quatre : les stimuli focaux, les stimuli contextuels, les mécanismes d'adaptation, les quatre modes d'adaptation. Ces quatre éléments ont été reliés à certaines variables de la théorie de Maddi et Kobasa (1984) et Maddi (1999). Le premier élément est le stress perçu qui correspond à un état de tension ou de menace ressentie liée à un événement stressant auquel l'infirmière doit faire face (Gray-Toft et Anderson, 1981). Cette définition se rapproche de la tension définie par Maddi (1999) qui se traduit par des réactions spécifiques, comme la tension au niveau mental. Cette approche du stress perçu est cohérente avec le concept de stimulus focal qui correspond, au niveau psychologique, à un événement perçu par la personne qui va induire un changement. Le second élément correspond à la hardiesse, qui selon Maddi et Kobasa (1984), fait appel à des croyances de la personne, à ses capacités à faire face aux stressseurs. De plus, elle apparaît comme une des plus importantes caractéristiques internes de la personne à faire face aux stressseurs. En outre, la personne hardie adopte de façon préférentielle des stratégies de *coping* transformationnel. Cette approche de la hardiesse, selon Maddi et Kobasa (1984) et Maddi (1999), précise la nature du stimulus contextuel qui se définit comme un ensemble de facteurs externes ou internes qui peuvent affecter les mécanismes d'adaptation de la personne en regard des stimuli focaux (stress perçu). Par contre, le concept de hardiesse s'éloigne de la conception des stimuli résiduels de Roy (1991). En effet, bien que la hardiesse se définisse comme une croyance, comme une caractéristique de la personnalité de l'individu, l'approche existentialiste qui sous-tend le concept permet de l'aborder selon une perspective

dynamique et de croissance personnelle. Selon Roy (1991), il est difficile d'évaluer l'impact des stimuli résiduels sur les mécanismes d'adaptation, ainsi qu'à les modifier, car ils font plus appel à des traits stables de personnalité. Il y a donc antagonisme entre les deux approches. Le troisième élément est le *coping*. Selon Maddi et Kobasa (1984) et Maddi (1999), le *coping* hardi se caractérise autant par un processus d'évaluation positive de la situation par la personne que par sa façon d'agir afin de faire quelque chose pour s'ajuster aux stressors dans le but de maintenir un haut niveau de santé. Le processus de *coping* permet ainsi d'inscrire la situation stressante dans une perspective plus large afin de mieux la comprendre. Les auteurs décrivent deux types de *coping* ayant des stratégies spécifiques ou actions utilisées par la personne. Ces deux types de *coping* définis par Maddi et Kobasa (1984) précisent l'angle de vision sous lequel le concept des mécanismes d'adaptation de Roy (1991) a été regardé. Enfin, bien que le concept de santé, qui représente le quatrième élément de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), ait été souvent évalué de façon empirique par des échelles de symptômes de maladies, Maddi (1999) apporte de nouvelles précisions en regard de sa définition. En effet, la santé est liée au niveau de bien-être dans les dimensions bio-psycho-comportementales. Cette nouvelle perspective se rapproche au mieux de la conception de la santé de Roy (1991). D'ailleurs, Roy (1991) la définit comme un état de bien-être qui permet d'être ou de devenir un individu intègre et unifié dans les quatre modes de fonctionnement. Par contre, il apparaît que l'approche de la santé selon Maddi (1999) est plus restrictive que les propositions de Roy (1986), ce qui nécessite le choix d'un concept de santé plus large que ceux proposés par Maddi (1999). Le concept de qualité de vie au travail rejoint d'avantages les propositions de Roy (1986).

Ainsi, le modèle d'adaptation de Roy (1991) guide la présente étude à partir des différents concepts proposés par le modèle. En effet, le stimulus focal est lié au concept de tension proposée par Maddi (1999) et qui sera opérationnalisé par l'Echelle des Stresseurs en Soins Infirmiers, alors que le stimulus contextuel est associé, au niveau théorique, au concept de la hardiesse, qui sera opérationnalisé, au niveau empirique, par l'Echelle Des Points De Vue Personnels (Kérouac et Duquette, 1992). De même, les mécanismes d'adaptation décrits par Roy (1991) ont été associés au *coping* de la théorie

de Maddi et Kobasa (1984) et Maddi (1999) et opérationnalisés par l'échelle réduite des stratégies de *coping* de Bouchard et al. (1995). Les niveaux d'adaptation dans les quatre modes ont été associés au plan théorique au concept de bien-être dans ses dimensions bio-psycho-comportementales, mais, afin de préserver la description proposée par Roy (1991) du concept de santé, la mesure de la qualité de vie au travail a été retenue pour l'opérationnaliser. Cette mesure explore d'ailleurs les quatre modes décrits par Roy (1991). Il existe donc une cohérence entre les niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude comme le montre la Figure 3.

Hypothèses de recherche

De la revue des écrits et du cadre de référence, les hypothèses théoriques suivantes sont proposées :

1. À la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de hardiesse sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.
2. À la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de stress perçu sera moins élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.
3. À la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de stratégies de *coping* actif sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.
4. À la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de qualité de vie au travail sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

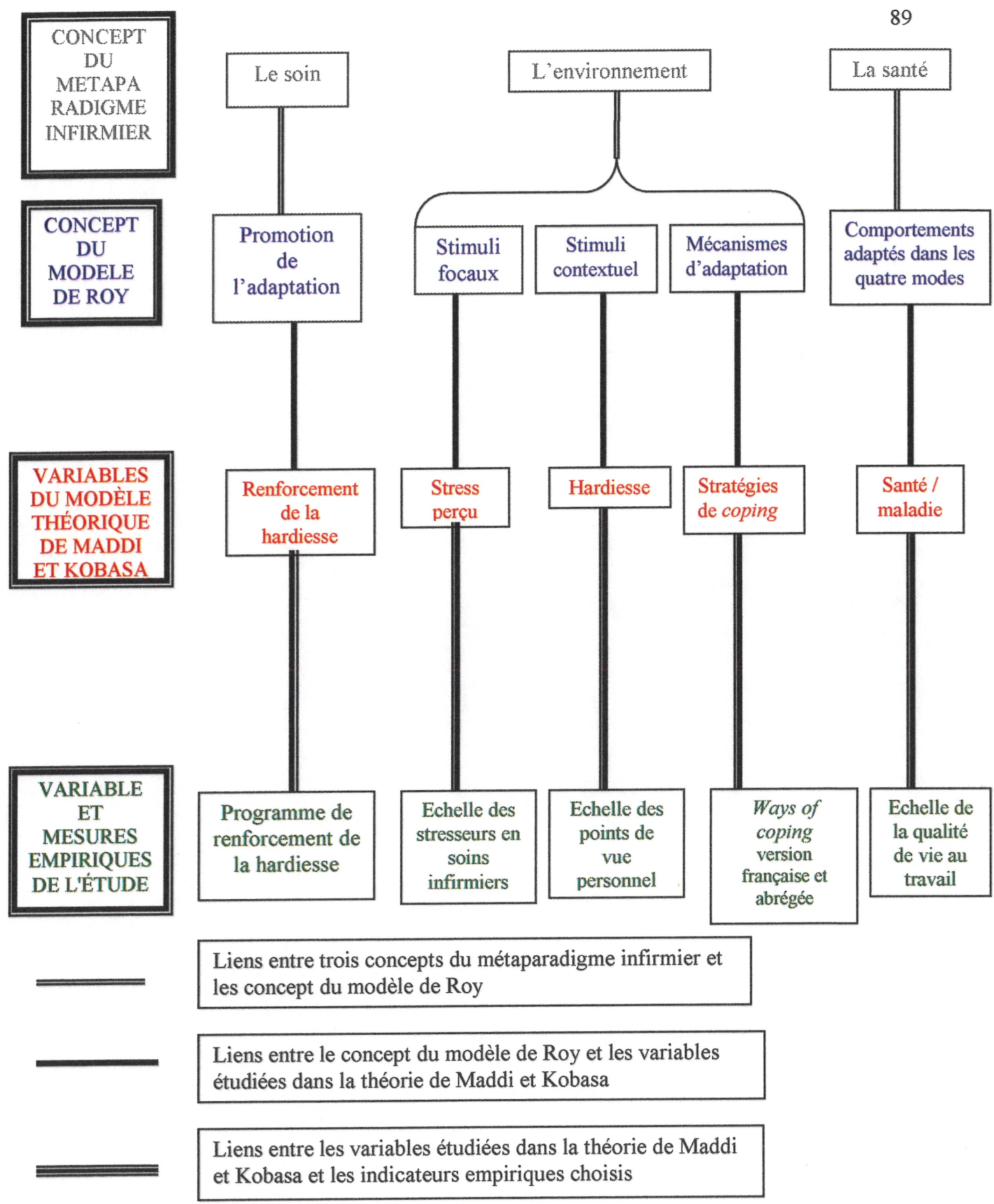


Figure 3 . Niveau conceptuel, théorique et empirique de l'étude

Chapitre 3 : Méthode

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

Le devis de recherche

Cette étude a utilisé un devis de recherche de type expérimental par assignement randomisé, plus couramment appelé essai randomisé, des infirmières retenues pour l'intervention (Figure 4). Ce devis, appelé devis avant/après avec groupe contrôle, vise à examiner un lien de causalité entre l'intervention X dispensée par le chercheur et les variables dépendantes choisies, soit la hardiesse, la perception des stressors, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail. Ce programme fut dispensé en trois temps (Annexe 11). Les mesures des différentes variables ont été prises avant/après l'intervention, mais aussi un mois et trois mois après celle-ci.

La définition opérationnelle des variables

Les variables dépendantes

La hardiesse est une caractéristique de la personnalité qui fait appel à des croyances et des attitudes optimistes selon lesquelles les événements stressants peuvent être transformés de façon positive par des décisions et des actions (Kobasa, 1979). La hardiesse est définie par trois dimensions : le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi. Le sens de l'engagement est la tendance à s'impliquer ou à s'engager dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées ; il s'oppose à une aliénation et au sens général d'abandon, de perte d'autonomie et de dépossession de l'authenticité. Le sens de la maîtrise s'exprime

par la croyance de la personne de pouvoir influencer le cours des événements par ce qui est imaginé, choisi, dit ou fait. Il s'oppose à l'impuissance ou à la manipulation. Le sens du défi se réfère à la croyance que le changement plus que la stabilité est normal. Il s'oppose ainsi à la méfiance et à la stabilité. Ouellette (1993) précise qu'une personne est dite hardie seulement si elle possède un niveau élevé dans les trois dimensions. La hardiesse sera mesurée par une échelle composite de la troisième génération, soit *The Personal View Survey II* (Maddi, 1987, 1990, 1996), en traduction française sous le nom « Des Points de Vue Personnels » (Kérouac et Duquette, 1992).

Le stress perçu en soins infirmiers se définit comme un dérangement, une tension, une menace ressentie face à l'incapacité de répondre à une demande ou aux événements relatifs à la prestation de soins. Ces événements, de part leur potentiel menaçant et leur intensité, peuvent entraîner des réactions plus ou moins intenses de stress chez les soignants (Duquette et al., 1995). Gray-Toft et Anderson (1981b) ont identifié sept sources majeures de stress qui sont associées aux environnements physiques, psychologiques et sociaux. En regard de l'environnement physique, les auteurs mettent en évidence une source de stress, soit la surcharge de travail. En regard de l'environnement psychologique, ils décrivent quatre sources de stress, soit la mort et la morbidité des personnes soignées, la préparation insuffisante de l'infirmière pour faire face aux demandes émotionnelles, le manque d'appui et l'incertitude face au traitement. En regard de l'environnement social, il apparaît deux sources de stress, soit les conflits avec les médecins et les conflits intra-professionnels. Le stress occupationnel en soins infirmiers sera mesuré à l'aide de l'Échelle des Stresseurs en Soins Infirmiers (ESSI) traduction française de l'échelle du *Nursing Stress Scale* (NSS) de Gray-Toft et Anderson (1981a).

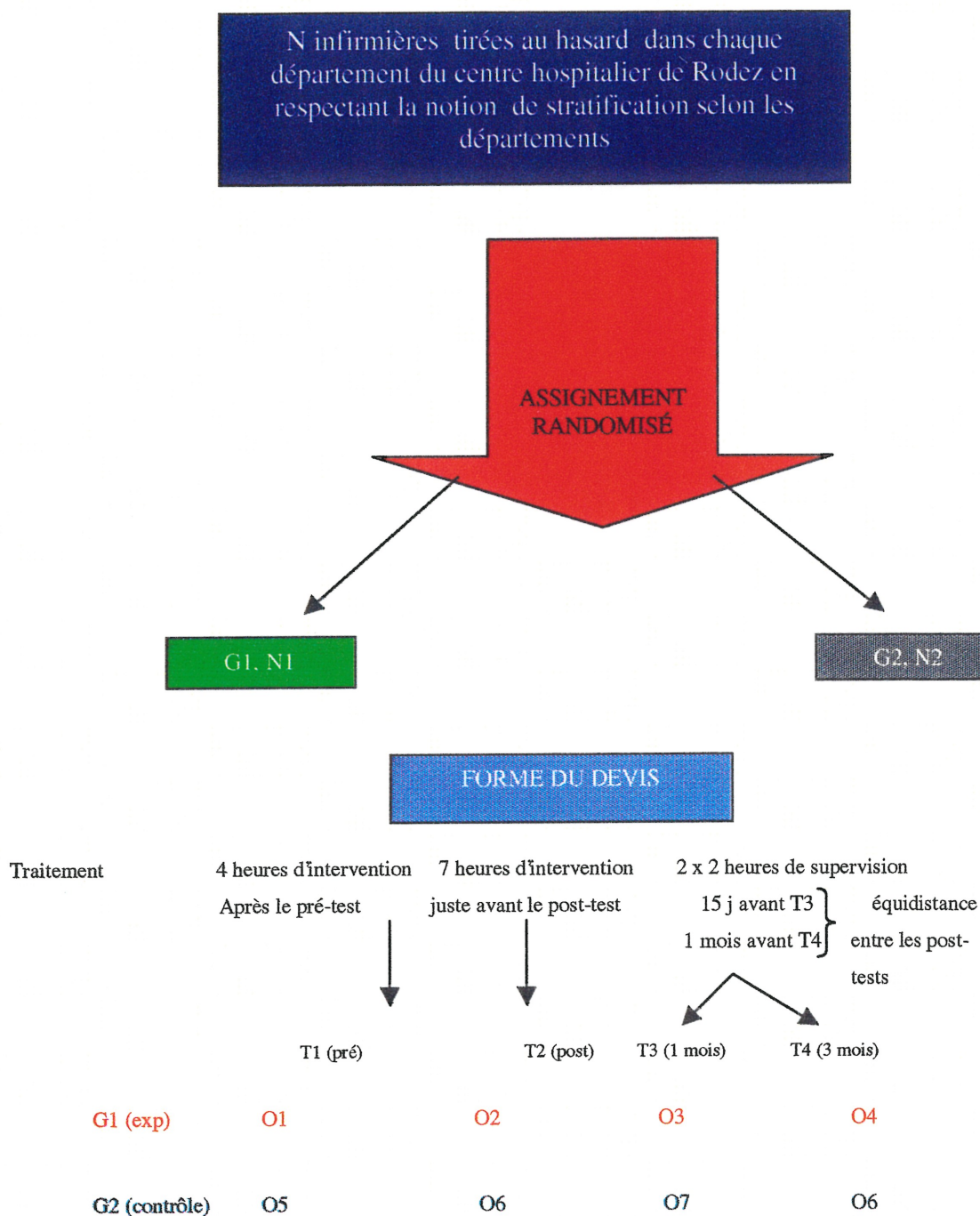


Figure 4. Représentation graphique du devis de recherche

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

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

La qualité de vie au travail est définie par Elizur et Shye (1990) comme un niveau d'efficacité perçue par la personne dans quatre domaines de fonctionnement : physique, psychologique, social et culturel, et ce, à l'intérieur des modes de fonctionnement : conservateur, expressif, adaptatif et intégratif. Plus finement, la dimension physique concerne les qualités et capacités physiques de la personne, la dimension psychologique se rapporte aux divers aspects de la personnalité de l'individu, alors que la dimension sociale s'applique à ses besoins sociaux et aux

relations sociales. Enfin, la dimension culturelle se rattache aux valeurs et croyances de la personne. Ces quatre dimensions explorent les modes d'adaptation tels que proposés par Roy (1991). De façon opérationnelle, la qualité de vie au travail s'observe quand une personne perçoit que ses différentes formes d'interactions avec son environnement de travail lui permettent, à un plus haut point, de maintenir, d'harmoniser, d'actualiser et de développer les aspects psychologiques, physiques, sociaux et culturels de son être. Ces différentes dimensions de la qualité de vie au travail seront mesurées à partir de l'Échelle de la qualité de vie au travail de Elizur et Shye (1990) qui a été traduite en langue française par Delmas (1999).

La variable indépendante

Le programme de renforcement de la hardiesse (Annexe 11), qui constitue la variable indépendante de cette étude, vise essentiellement à renforcer les croyances liées à la hardiesse, soit le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi à travers le feedback des réactions induites par l'utilisation de certaines techniques conseillées par Maddi et Kobasa (1984). De façon plus spécifique, l'intervention utilise des aspects cognitifs, émotionnels, ainsi que des plans de construction d'actions de *coping* efficace en regard des circonstances stressantes liées au travail. De ce fait, l'utilisation de feedback sur ces différents processus doit permettre à l'infirmière de comprendre en profondeur les valeurs et les croyances liées aux différentes dimensions de la hardiesse en regard de soi dans le monde.

Plus finement, ce programme se déroule en trois blocs (Annexe 11). Le premier bloc de quatre heures comprend, d'une part, la remise d'un cahier de contenu et d'exercices, 30 jours avant le déroulement du deuxième bloc, et, d'autre part, des interventions en regard de la santé mentale des infirmières au travail et du concept de hardiesse. Le deuxième bloc de sept heures présente les différentes techniques retenues pour renforcer la hardiesse chez les infirmières. Des exercices seront proposés afin que celles-ci puissent les expérimenter. Enfin, le troisième bloc est constitué de deux séances de supervision de deux heures, espacées respectivement du deuxième bloc de 15 jours et d'un mois et demi. Ces séances de supervision permettront, d'une part, de partager en groupes les nouvelles expériences vécues par

les infirmières du groupe expérimental lors de l'utilisation de ces techniques et, d'autre part, de renforcer ces nouveaux modes de confrontation aux situations de travail. Un cahier de suivi personnalisé sera aussi conseillé aux infirmières afin qu'elles puissent noter leurs remarques personnelles tout au long de l'expérimentation.

La présentation des différentes interventions est décrite ici de façon plus spécifique avec les objectifs globaux, spécifiques, les méthodes d'enseignement, l'instrumentation et la durée de chaque intervention (annexe 11). Le premier bloc permet la transmission d'informations et une sensibilisation des infirmières au concept de hardiesse. Cette première partie essentiellement cognitive aura pour but d'apporter les connaissances nécessaires au vue de la littérature pour aborder le sujet de la santé mentale des infirmières au travail. Le deuxième bloc est constitué des différentes techniques utilisées pour renforcer les croyances liées à la hardiesse, soit le *focusing*, la reconstruction de situation, la technique émotivo-rationnelle. Il apparaît que deux techniques comme le *focusing* et la reconstruction de situations sont communes à tous les programmes et ont été décrites précédemment. Par contre, il apparaît que les chercheuses infirmières (Leclerc, 1999 ; Tierney et Lavelle, 1997 ; Rich, 1985) ont développé deux autres techniques pour renforcer la reconstruction de situations, qui sont l'approche émotivo-rationnelle d'Ellis (1974) et le *Stress inoculation* traduit par Boisvert et Beaudry (1979) sous le nom d'autoverbalisation. De plus, elles ont abandonné les techniques liées aux situations qui ne peuvent être modifiées. Enfin, en regard des remarques de Leclerc (1999), la technique du *Stress inoculation* sera abandonnée dans ce programme d'intervention. De ce fait, les techniques retenues seront donc le *focusing*, la reconstruction de situation et l'approche émotivo-rationnelle.

Le *focusing* est une technique qui permet, à l'aide d'une introspection, d'explorer et de caractériser les sentiments profonds et vrais d'une personne en regard d'une situation en dehors de toute désirabilité sociale. À partir d'un malaise diffus vécu, la personne commence à identifier les différents symptômes observés ou ressentis qu'elle peut ainsi verbaliser à travers une émotion, une attitude ou une

image. Par conséquent, cette technique permet d'aller au-delà des platitudes conventionnelles exprimées en regard de situations.

La reconstruction de situation est une technique qui permet à la personne de reconnaître ce qui est associé en termes de valeurs, de réactions psychologiques et physiques en regard de l'événement stressant. Maddi et Kobasa (1984) proposent trois étapes pour permettre cette reconstruction. Dans un premier temps, la personne doit imaginer trois façons de rendre pire un événement, puis elle imagine de nouveau trois façons de le rendre meilleur. Dans un deuxième temps, la personne se demande quels sont les éléments qui contribuent à détériorer ou à améliorer cette situation en regard de soi, des autres et des rôles joués. La troisième étape permet à la personne d'identifier ce qu'elle peut faire pour diminuer le potentiel stressant des situations.

L'approche émotivo-rationnelle fut développée par Ellis (1973) et reprise dans une perspective francophone par Auger (1974) qui postule que nos émotions sont la résultante de nos croyances intérieures face à un événement. En effet, selon l'auteur, la situation n'a pas en elle-même le potentiel de déclenchement d'une émotion individuelle. De ce fait, les comportements et les émotions inadaptés seraient essentiellement dus aux cognitions irrationnelles sous-jacentes qui se manifestent spontanément lors d'événements révélateurs (Azoulai, 2000). Cette approche permet à la personne de développer un processus de reconstruction cognitive. Cette perspective semble cohérente avec les postulats de Maddi et Kobasa (1984) qui soutiennent que la personne hardie effectue une évaluation cognitive positive de la situation et détermine ainsi les actions qui permettent de diminuer son potentiel stressant. Auger (1974) décrit dix croyances, valeurs et attitudes qui nourrissent notre dialogue intérieur et conditionnent nos réactions face aux situations rencontrées. L'approche émotivo-rationnelle, selon Auger (1974), fut intégrée au programme de renforcement de la hardiesse développé par Leclerc (1999) auprès d'une population d'infirmières québécoises. Cette intégration sera poursuivie dans cette recherche auprès d'une population d'infirmières françaises.

Enfin, le troisième bloc comprendra deux séances de supervision de deux heures chacune et espacées respectivement de 15 jours et un mois et demi du second bloc. Ces deux séances doivent permettre, d'une part, aux infirmières de verbaliser et de partager leurs expériences à la suite de l'utilisation de stratégies actives de *coping* pour faire face aux stressés et, d'autre part, d'assurer un bref rappel théorique en regard des expériences rapportées par les infirmières. De ce fait, les séances de supervision constituent un accompagnement dans le changement de comportement des infirmières.

Les variables attributs

Un questionnaire socio-démographique élaboré par le chercheur regroupe des éléments d'ordre personnel comme le sexe, l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants et de personnes autres à charge et des éléments d'ordre professionnel, comme le statut d'emploi, le quart et le temps de travail, le nombre d'années d'expérience totale et celle dans le service d'affectation actuel.

Les variables de contrôle

La revue des écrits en regard des différents programmes dispensés fait état de peu de variables de contrôle. Il apparaît pourtant pertinent de regarder si certaines variables ne peuvent pas jouer éventuellement le rôle de variables étrangères. Par conséquent, des questions seront rajoutées sur la formation antérieure de l'infirmière en regard d'un programme de gestion du stress, mais aussi en regard d'un événement stressant individuel ou collectif intervenant pendant la période d'expérimentation. De même, le phénomène de désirabilité sociale, conçu comme un motif d'approbation qui se réfère à un processus de fonctionnement normal de la personnalité (Marlowe et Crowne, 1964), sera mesuré comme variable étrangère potentielle.

Les instruments de mesure

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

La mesure de la hardiesse

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

La version en langue anglaise a obtenu des indices psychométriques satisfaisants. En effet, le coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle est de 0,85 et supérieur à 0,70 pour les trois dimensions (Parkes et Randall, 1988). Kobasa (1990) obtient des résultats similaires, soit un coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle de 0,90 et de 0,70 pour les trois dimensions. La stabilité de l'échelle a été vérifiée par Kobasa (1990) et attestée par un coefficient de 0,60 lors d'un test-retest à intervalle de deux semaines.

La version en langue française démontre aussi de bons résultats psychométriques. En effet, Duquette, Kérouac, Sandhu, Ducharme et Saulnier (1995) trouvent un coefficient alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle à 0,84 et respectivement de 0,74 pour la dimension de l'engagement, de 0,62 pour la dimension de la maîtrise et de 0,66 pour la dimension du défi. Savignac (1993), lors d'une étude sur 140 infirmières œuvrant en soins de longue durée, retrouve un coefficient alpha de Cronbach de 0,70 pour l'ensemble de l'échelle et de 0,78 pour le sens de l'engagement, de 0,65 pour le sens de la maîtrise et de 0,62 pour le sens du défi. Harrisson (1995) retrouve aussi des résultats similaires auprès d'une population de 150 infirmières œuvrant en médecine-chirurgie, soit un coefficient alpha de Cronbach de 0,87 pour l'échelle globale et de 0,80 pour le sens de l'engagement, de 0,65 pour le sens de la maîtrise et de 0,68 pour le sens du défi. Delmas et coll. (1997) et Delmas (1999), sur une population d'infirmières françaises œuvrant en soins intensifs ($n = 245$) et en réanimation ($n = 229$), retrouvent respectivement un coefficient d'alpha de Cronbach de 0,83 et de 0,72 pour l'ensemble de l'échelle et respectivement de 0,70 et de 0,55 pour l'engagement, de 0,70 et de 0,47 pour la maîtrise et de 0,70 et de 0,64 pour le défi. De plus, des analyses de corrélations (Delmas, 1999) ont été effectuées entre les dimensions de la hardiesse et le score total de hardiesse. Il apparaît que les trois dimensions sont reliées de façon significative et positive ($r = 0,73$, $p < 0,01$ pour les trois dimensions) avec le score global. En outre, les corrélations retrouvées entre les différentes dimensions sont les suivantes : sens de l'engagement/sens de la maîtrise ($r = 0,51$, $p < 0,01$), sens de l'engagement/sens du défi ($r = 0,23$, $p < 0,01$), sens de la maîtrise/sens du défi ($r = 0,25$, $p < 0,01$). Le chercheur retrouve, lors de la présente étude un coefficient alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle variant de 0,86 à 0,88 pour les temps T1, T2, T3 et T4 et respectivement de 0,56 à 0,73 pour le sens de l'engagement ; de 0,54 à 0,67 pour le sens de la maîtrise ; de 0,71 à 0,78 pour le sens du défi. De même, il apparaît que les trois dimensions au temps T1 sont reliées de façon statistiquement significative au score global (r variant de 0,80 à 0,90 avec $p < 0,05$). En outre, les corrélations retrouvées entre les différentes dimensions sont les suivantes sens de l'engagement/sens de la maîtrise ($r = 0,67$, $p < 0,05$), sens de l'engagement/sens du défi ($r = 0,34$, $p < 0,05$), sens de la maîtrise/sens du défi ($r = 0,35$, $p < 0,05$).

Les résultats des différentes recherches effectuées auprès d'infirmières francophones (Delmas et Duquette, 2000 ; Delmas et coll., 1997 ; Duquette et coll., 1995 ; Harrisson, 1995 ; Harrisson, 1997 ; Major, 1995 ; Morisette, 1993 ; Paquette, 1994 ; Savignac, 1993) suggèrent que la hardiesse est une source de résistance personnelle de l'infirmière face aux événements stressants en milieu de travail, ce qui permet de croire à une certaine validité prédictive du concept de la hardiesse, ainsi qu'à une validité de convergence et de divergence en regard de sa mesure. Enfin, il ne semble pas exister à l'heure actuelle d'étude factorielle permettant d'explorer la validité de construit de l'Échelle des Points de Vue Personnels (Kérouac et Duquette, 1992).

La mesure du stress perçu

Le stress perçu en soins infirmiers sera mesuré grâce à l'échelle du *Nursing Stress Scale* (Gray-Toft et Anderson, 1981a). Cet outil contient 34 situations reconnues comme ayant un potentiel stressant. Les 34 items sont regroupés en sept facteurs qui sont eux-mêmes regroupés en 3 catégories. La catégorie environnement physique comprend un facteur : la charge de travail (6 items : C, W, Z, BB, CC, EE). La catégorie environnement psychologique comprend quatre facteurs : la mort et la morbidité (7 items : B, D, F, G, I, N, O), la préparation insuffisante (3 items : Q, T, X), le manque de soutien (3 items : J, M, R), l'incertitude du traitement (5 items : S, AA, FF, GG, HH). La catégorie environnement social comprend deux facteurs : le conflit avec les médecins (5 items : A, E, K, L, P), le conflit avec les autres infirmières et les supérieurs (5 items : H, U, V, Y, DD). Les répondantes doivent indiquer la fréquence à laquelle se produisent les situations, selon une échelle de 1 à 4 (1 = jamais, 2 = occasionnellement, 3 = fréquemment, 4 = très fréquemment). Un score total de 34 à 136 peut être obtenu par l'addition des choix de chaque participante.

La consistance interne (Gray-Toft et Anderson, 1981a) fut estimée par quatre tests, dont les résultats sont les suivants : Spearman-Brown coefficient : 0,79, Guttman split half : 0,79, coefficient alpha : 0,89 et coefficient alpha standardisé : 0,89. Des estimations de la fidélité ont été obtenues par un test-retest égal à 0,81. La validité du NSS a été vérifiée empiriquement par Gray-Toft et Anderson (1981) en

examinant les relations entre la fréquence des sources de stress, l'anxiété, la satisfaction au travail et le taux de roulement. Les résultats ont montré une relation statistiquement significative et positive entre, d'une part, la fréquence des stressés et l'anxiété de personnalité mesurée par Anxiety Scale Questionnaire ($r = 0,39$, $p < 0,01$) et l'anxiété situationnelle mesurée par l'Affect Rating Scale ($r = 0,35$, $p < 0,01$).

L'outil de mesure fut traduit par Duquette et al. (1995) selon une procédure de traduction inversée. Les auteurs ont obtenu un coefficient alpha de Cronbach de 0,85 auprès d'une population de 1 550 infirmières de gériatrie. Duquette et al. (1995) ont rajouté à l'échelle de la fréquence des stressés une échelle d'intensité à quatre positions (1 = aucun stress, 2 = un peu stressant, 3 = assez stressant, 4 = très stressant). Le coefficient alpha de Cronbach obtenu pour cette échelle d'intensité est de 0,91. De même, Leclerc (1999) retrouve des coefficients en pré et post-test respectivement de 0,91 et de 0,94. Cette échelle fut plusieurs fois utilisée sur des populations d'infirmières québécoises et françaises (Delmas, 1997 ; Duquette et al., 1995 ; Harrisson, 1995 ; Morisette, 1993) et montre une variation de l'alpha de Cronbach de 0,87 à 0,94 pour l'ensemble de l'échelle, autant au niveau de la fréquence que de l'intensité. Le chercheur de la présente étude retrouve des coefficients alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle d'intensité variant de 0,89 à 0,95 aux quatre temps de mesure et respectivement de 0,75 à 0,85 pour la dimension physique, de 0,84 à 0,93 pour la dimension psychologique et de 0,72 à 0,86 pour la dimension sociale. De même, il apparaît que les trois dimensions au temps T1 sont reliées de façon statistiquement significative au score global (r variant de 0,75 à 0,90 avec $p < 5$). En outre, les corrélations retrouvées entre les différentes dimensions du stress perçu sont les suivantes, intensité physique/intensité psychologique ($r = 0,67$, $p < 0,05$), intensité physique/intensité sociale ($r = 0,56$, $p < 0,05$), intensité psychologique/intensité sociale ($r = 0,54$, $p < 0,05$).

La mesure des stratégies de coping

Les stratégies de *coping* seront mesurées par une version abrégée proposée par Bouchard et coll. (1995) à partir de la traduction française effectuée par Mishara (1987) du Ways of Coping Questionnaire (WCQ) élaboré par Lazarus et Folkman

(1984). Bouchard et coll. (1995) montrent que la structure proposée par Lazarus et Folkman (1984) n'est pas empiriquement viable par le fait même que quelques dimensions seulement présentent une certaine stabilité. À partir d'une analyse factorielle, les auteurs ont élaboré une version abrégée de la traduction française du WCQ et proposent ainsi une échelle tridimensionnelle comprenant 21 items (Appendice C), version éprouvée de façon empirique sur une population de 1 012 Canadiens-Français en examinant leur style de *coping*, soit leurs réactions face à des difficultés générales de la vie. Les trois facettes retenues sont la recherche du soutien social (6 items : 8, 18, 22, 31, 42, 45), la réévaluation positive/résolution de problème (9 items : 15, 20, 26, 28, 38, 39, 46, 49, 56) et la distanciation/évitement (6 items : 11, 12, 13, 21, 58, 59). Il s'agit de stratégies mixtes incluant à la fois le *coping* centré sur les émotions et sur la résolution de problèmes. Les répondants ont quatre choix de réponses à ce questionnaire auto-administré suivant une échelle de type Likert variant de « pas utilisées » à « beaucoup utilisées ». Les auteurs n'effectuent pas de moyenne totale mais des moyennes pour chaque dimension.

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

La traduction française de ce questionnaire a été mise au point par Mishara (1987) à l'aide d'une procédure de traduction inversée. Les coefficients d'alpha de Cronbach retrouvés sont de 0,59 pour la confrontation, de 0,67 pour la distanciation, de 0,60 pour l'auto-contrôle, de 0,86 pour la recherche du soutien social, de 0,58

pour l'acceptation des responsabilités, de 0,70 pour l'évitement, de 0,68 pour la résolution de problème et enfin de 0,78 pour la réévaluation positive.

Bouchard et coll. (1995), au niveau de la version abrégée obtiennent des coefficients alpha de Cronbach de 0,85 pour la recherche du soutien social, de 0,76 pour la distanciation/évitement, de 0,80 pour la réévaluation positive/ résolution de problème auprès d'une population de 506 couples canadiens-français. Delmas (1999), trouve lors d'analyses psychométriques sur la présente échelle, un coefficient alpha de Cronbach de 0,76 pour la recherche de soutien social, de 0,63 pour la distanciation/évitement et de 0,85 pour la réévaluation positive/résolution de problème sur une population de 229 infirmières de réanimation. De plus, des analyses de corrélations ont été effectuées entre les différentes stratégies de *coping*. Les résultats sont les suivants : réévaluation positive/résolution de problème et recherche de soutien social ($r = 0,65$, $p < 0,01$), distanciation/évitement et recherche de soutien social ($r = 0,18$, $p < 0,01$) (Delmas, 1999). Le chercheur de la présente étude trouve des coefficients alpha de Cronbach aux quatre temps de mesure variant : pour les stratégies de recherche de soutien de 0,72 à 0,78 ; pour les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème de 0,71 à 0,85 ; pour les stratégies de distanciation/évitement entre 0,72 et 0,81. De plus, des analyses de corrélations ont été effectuées entre les différentes dimensions et ce au temps T1. Les résultats amènent à voir : réévaluation positive/résolution de problème et recherche de soutien social ($r = 0,71$, $p < 0,05$), distanciation/évitement et recherche de soutien social ($r = 0,28$, $p < 0,05$), réévaluation positive/résolution de problème et distanciation/évitement ($r = 0,39$, $p < 0,05$).

Cette version abrégée, comme la version originelle fut de multiples fois utilisées auprès des couples mariés afin de déterminer les stratégies d'adaptation conjugale. Les résultats psychométriques retrouvés par Delmas (1999) montrent une consistance interne adéquate de l'instrument lors de son utilisation auprès d'une population d'infirmières françaises.

La mesure de la qualité de vie au travail

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

La structure empirique de cette échelle fut testée auprès d'une population de 540 employés du milieu industriel hongrois. La consistance interne de l'échelle a été estimée par un alpha de Cronbach de 0,90 pour l'ensemble de l'échelle de la qualité de vie au travail.

Delmas, Escobar, Duquette (2001) ont effectué une traduction en langue française de l'échelle de la qualité de vie au travail selon une procédure de traduction inversée. Il apparaît un coefficient alpha de Cronbach de 0,90 pour l'ensemble de l'échelle. La validité de construit a été examinée à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire basée sur la méthode d'extraction des composantes principales et après rotation orthogonale (varimax) des données de la totalité de l'échantillon (n = 137). Celle-ci a permis de montrer que quatre facteurs composant la facette B expliquent 61,90 % de la variance totale (Delmas, Escobar, Duquette, 2001). De ce fait, la validité de construit en regard des quatre dimensions de la facette B a été renforcée. Le chercheur de la présente étude retrouve des alphas de Cronbach variant de 0,87 à 0,89 pour les quatre temps de mesure. De plus, une analyse des corrélations amènent à voir que tous les modes et dimensions sont reliés de façon statistiquement significative au score global avec un coefficient de corrélation variant au temps T1

de 0,70 à 0,85. En regard des différentes dimensions de la facette B, les coefficients de corrélations varient de 0,45 à 0,63.

La mesure des variables de contrôle

En regard des questions sur la formation antérieure en gestion du stress et sur l'apparition d'événements stressants pendant le temps d'expérimentation, des questions subsidiaires ont été ajoutées au questionnaire socio-démographique.

En regard de la formation, deux questions seront rajoutées : 1) Avez-vous reçu une formation antérieure sur la gestion du stress? si oui, depuis quand? 2) Quelles étaient, parmi les propositions suivantes, les techniques utilisées : sophrologie, relaxation, analyse transactionnelle, programmation neuro-linguistique, groupes de parole, autres?

En regard de la présence d'un événement stressant pouvant se produire pendant l'expérimentation, les questions proposées par Leclerc (1999) seront reproduites, soit : 1) Un événement inhabituel, qu'il soit positif ou négatif, est-il survenu dans votre vie professionnelle? b) dans votre vie personnelle? 2) Pensez-vous que cet événement a pu influencer votre santé?.

En regard de la désirabilité sociale, Marlowe et Crowne (1964) proposent une échelle comprenant 33 items qui décrivent un ensemble de comportements acceptables et valorisés culturellement, mais qui sont aussi peu susceptibles de se produire. Cette échelle fut bâtie à partir de la consultation d'experts qui eurent à se prononcer sur 50 items. Reynolds (1982), dans le but de promouvoir l'utilisation de l'échelle, propose des versions plus courtes comme la version M-C 20 de Strahan et Gerbasi (1972). Cette échelle bénéficie d'un alpha de Cronbach variant de 0,73 à 0,87 suivant les études. De plus, des corrélations de 0,80 à 0,90 sont retrouvées entre cette version et la version originale de 33 items. Aussi, il apparaît que les différentes échelles de désirabilité sociale, issues de l'échelle originale proposée par Marlowe et Crowne (1960), sont à la fois les plus utilisées pour mesurer la désirabilité sociale (Tetrick, 1989) et les mieux reconnues (Hunter et al., 1991). L'échelle réduite, en

langue française, de Strahan et Gerbasi (1972) comprenant 20 items fut validée par Cloutier (1993) auprès d'une population de 120 agresseurs sexuels. Un coefficient alpha de Cronbach de 0,78 fut obtenu lors de l'étude menée par celui-ci. Cette échelle sera retenue pour la présente étude.

Les pré-tests

Deux pré-tests ont été effectués lors de cette étude. Le premier a consisté, d'une part, à vérifier la validité du contenu du programme de renforcement auprès d'une spécialiste et, d'autre part, à tester le programme d'intervention auprès d'un groupe comprenant des infirmières soignantes et des infirmières ayant des compétences sur l'évaluation de programmes. Les observations ont permis un réajustement du programme.

Le deuxième pré-test s'est centré sur la compréhension des instruments de mesure. En effet, parallèlement au pré-test du programme d'intervention, des mesures seront prises avec les instruments retenus. Les observations fournies en regard des échelles de mesures serviront aux réajustements éventuels. Le nombre de personne participant au pré-test est fixé à 10 personnes.

Suite aux prétests, aucune modification n'a été apportée autant au niveau du programme que des échelles de mesure.

Le milieu

L'étude s'est déroulée dans un hôpital de taille moyenne du sud-ouest de la France. Ce type d'hôpital de préfecture est le plus commun des hôpitaux français. Il est composé des départements de médecine générale, de chirurgie, de médecine d'urgence, de long séjour, de maternité et de pédiatrie.

La population

La population est constituée de l'ensemble des infirmières en soins généraux (excluant ainsi les infirmières spécialisées) de cet hôpital qui ne suivent pas simultanément un autre programme de gestion du stress ($n = 165$). Un échantillon aléatoire de 70 infirmières, stratifié selon les départements de médecine générale, de chirurgie, de médecine d'urgence et de long séjour, a été constitué, puis par randomisation, 35 infirmières ont été assignées au groupe expérimental et 35 infirmières ont été assignées au groupe contrôle. La taille de l'échantillon retenu (Annexe 12) dans la présente étude ($n = 70$) est supérieure à celle évaluée par un statisticien lors de l'étude de Leclerc (1999) ($n = 37$ avec α à 5 %, β à 20 % et δ à 0,4). Les personnes retenues pour l'étude sont des infirmières ou des infirmiers soignants non spécialisés œuvrant pendant n'importe quel quart de travail à n'importe quel service de soins. Les résultats amènent à voir que la mortalité expérimentale obtenue dans la présente étude est inférieure à celle estimée (Tableau I).

Tableau I

Mortalité expérimentale du groupe expérimental et contrôle
durant l'expérimentation

	Temps T1	Temps T2	Temps T3	Temps T4
Mortalité expérimentale	GC : 0 GE : 0	GC : 0 GE : 1	GC : 0 GE : 1	GC : 2 GE : 2
Indice cumulé de mortalité expérimentale	GC : 0 GE : 0	GC : 0 GE : 1	GC : 0 GE : 2	GC : 2 GE : 4
Pourcentage d'exploitation des questionnaires	GC : 100 % GE : 100 %	GC : 100 % GE : 97,14 %	GC : 100 % GE : 94,28 %	GC : 94,28 % GE : 88,57 %

GC : groupe contrôle, GE : groupe expérimental

Temps T1 : tests fait avant l'introduction du programme de renforcement de la hardiesse

Temps T2 : tests fait immédiatement après le programme de renforcement de la hardiesse

Temps T3 : tests fait un mois après le programme de renforcement de la hardiesse

Temps T4 : tests fait trois mois après le programme de renforcement de la hardiesse

Le déroulement de l'étude

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

La première étape a consisté à rédiger un dossier de recherche comprenant la problématique, un résumé des études empiriques ainsi que la méthode utilisée. Ce dossier a été présenté à la directrice du service infirmier de l'hôpital retenu. Un accord d'expérimentation pour cette recherche a été obtenu auprès de celle-ci.

La deuxième étape a été une étape d'information auprès des différents cadres de l'hôpital sur le projet de recherche. De même, un dossier plus succinct leur a été présenté. Cette étape supplémentaire a été effectuée afin d'associer les différents partenaires à l'implantation du projet.

La troisième étape a consisté, à l'aide de tables de permutations, à établir la liste des infirmières retenues pour le programme d'intervention selon un échantillon stratifié. La parité par département a été une contrainte de cet échantillonnage. Une lettre leur a été ainsi adressée afin de leur préciser le but de la recherche et leur contribution ainsi que pour recueillir leur consentement éclairé. De ce fait, l'infirmière désireuse de suivre cette formation fut détachée de ses heures de travail pour suivre la formation.

La quatrième étape a consisté, d'une part, à vérifier ultimement la validité de la candidature des infirmières ayant consenti à participer au programme et, d'autre part, à effectuer l'assignement randomisé à l'aide de tables de permutations dans chaque département. Pour le groupe expérimental, la date des différentes interventions a été ainsi fixée avec la direction du service de soins infirmiers. Une lettre leur mentionnant ces différents renseignements a été acheminée à chaque infirmière du groupe expérimental. En regard des infirmières du groupe contrôle, une rencontre de deux heures a été proposée afin d'insister sur l'importance de leur rôle dans l'étude et leur signifier que l'intervention leur sera proposée à la fin de l'expérimentation. La date et l'heure de la rencontre leur a été signalées par courrier interne.

La cinquième étape a consisté à prodiguer le contenu du bloc un au groupe expérimental qui sera divisé pour optimiser l'intervention en deux groupes de 17 et 18 infirmières. Chaque groupe a reçu quatre heures d'intervention. Le questionnaire a été distribué en premier lieu par le chercheur qui répondra aux questions éventuelles, puis le cahier d'exercice leur a été fourni. Afin de suivre de façon anonyme l'évolution des différentes variables mesurées, chaque infirmière a proposé un code confidentiel qui a été enregistré auprès du secrétariat chargé du recueil des questionnaires et des relances.

La sixième étape est constituée de la mise en place du bloc deux. Les infirmières du groupe expérimental ont été divisées en sous-groupes de 6 à 8 personnes. Au total, 4 groupes ont été constitués et l'intervention s'est déroulée la même semaine pour tous les sous-groupes, et ceci, sur une période de sept heures à

l'exclusion des pauses-santé. Les mesures seront prises à la fin de la semaine de l'intervention pour les infirmières du groupe expérimental et du groupe contrôle.

La septième étape a regroupé les séances de supervision. Les sous-groupes constitués pour l'intervention du bloc deux ont été conservés pour cette étape. Les séances de supervision de deux heures chacune ont eu lieu dans la même semaine pour tous les groupes.

La huitième étape a compris les prises de mesures à un mois et trois mois après le bloc deux. Un envoi postal par courrier interne a été acheminé à chaque infirmière avec une lettre explicative rappelant l'importance de leurs réponses. Pendant cette période, le chercheur a été disponible pour rencontrer les infirmières. En outre, un contact téléphonique a été entrepris par le secrétariat de la recherche dans le cas d'absence de réponse.

La neuvième étape consistera dans un avenir proche à programmer l'intervention pour le groupe contrôle tout en tenant compte des impératifs dus à la gestion des ressources humaines.

Les considérations éthiques

Le protocole de recherche a été évalué par le comité multifacultaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal qui, en regard du projet et du respect des droits de la personne, a émis un certificat d'éthique (Annexe 13). De plus, l'accord d'implantation de la recherche par la directrice du service infirmier a servi aussi de garant éthique. Les infirmières ont participé à ce projet sur une base volontaire. De plus, celles-ci ont rempli un formulaire de consentement éclairé qui indique le but de la recherche et leur niveau de participation. De même, les infirmières ont pu se retirer à tout moment de l'expérimentation sans aucun préjudice. Afin d'assurer la confidentialité, mais aussi le suivi de chaque infirmière en regard des variables de l'étude, elles ont choisi un code d'identification personnel qui a été déposé au secrétariat de la direction du service infirmier. Au vu des études

antérieures, il ne semble pas apparaître de risque permanent observé ou verbalisé par les participantes, autant au niveau physique que psychologique. Par contre, les infirmières participant à l'étude ont pu avoir accès à des personnes ressources dans le cas de difficultés éventuelles. Les infirmières du groupe contrôle qui souhaiteront bénéficier du programme d'intervention seront inscrites sur une liste d'attente et l'intervention sera programmée en regard des impératifs de la gestion du personnel.

Les limites de l'étude

Les limites de l'étude proviennent de plusieurs facteurs qui peuvent affecter sa validité interne et externe. Certains facteurs peuvent affecter la validité interne, comme une mortalité trop importante de l'échantillon, certains biais liés à la mesure ; le chercheur n'a aucune garantie lors des mesures post-intervention, que le questionnaire soit rempli de façon individuelle, ou même que le questionnaire soit rempli par la bonne personne. De même, le fait que le chercheur dispense lui-même le programme d'intervention peut induire un biais au niveau de l'effet attendu. En regard de la validité externe, la contamination des groupes peut arriver, étant donné que les infirmières travaillent dans un même établissement. De plus, la population de cette étude venant d'un seul établissement limite la généralisation des résultats à d'autres populations d'infirmières.

Le plan d'analyse des données

Les statistiques utilisées pour les variables descriptives sont des mesures de tendance centrale, de dispersion et de distribution des fréquences. Au niveau de la comparaison des groupes expérimentaux et contrôle en regard des variables socio-démographiques et d'intérêt lors de la mesure du pré-test, différentes techniques sont utilisées. Plus finement, pour chaque temps de mesure et pour chaque variable dépendante, les observations sont décrites, d'une part, pour une mesure à la fois par l'utilisation des moyennes, écarts types, coefficients de variation, répartitions et, d'autre part, pour deux mesures à la fois par l'utilisation de corrélations et de

régressions simples. Enfin, pour plus de deux mesures à la fois, des régressions multiples, des analyses factorielles tenant compte des diverses mesures (ACP, AFC) sont utilisées. Ces observations ont aussi pour but de mettre en évidence les effets des facteurs issus du questionnaire socio-démographique (description de l'échantillon et analyses de variance à un ou plusieurs facteurs) sur les variables dépendantes. Pour examiner l'effet dans le temps de l'intervention proposée, diverses analyses de covariance avec mesures répétées sont proposées tout en tenant compte éventuellement d'autres covariables pertinentes (ex. l'effet de la désirabilité sociale, l'expérience des sujets). Ces analyses permettront de décrire l'effet du programme d'intervention dans le temps, et ce sur chaque variable dépendante. Afin de raffiner les observations, une analyse conjointe des tableaux de données, tout particulièrement par la méthode *Statis* permet des représentations graphiques de l'évolution des variables dépendantes et de leurs liens multi-dimensionnels, ainsi que des sujets dans le temps. En outre, dans le cas d'un effet temporel dû à l'intervention, la modification possible des liens théoriques entre les diverses variables dépendantes sera explorée. Un consultant en statistique (Monsieur Bourdeau, Ph.D. en statistique) vérifiera l'analyse et l'interprétation des données statistiques. Enfin, des hypothèses statistiques ont été formulées.

Les hypothèses statistiques

- H1 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse auront, immédiatement après l'intervention, des scores statistiquement plus élevés sur l'échelle de hardiesse que celles du groupe contrôle.
- H2 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, un mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur l'échelle de hardiesse que celles du groupe contrôle.

- H3 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, trois mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur l'échelle de hardiesse que celles du groupe contrôle.
- H4 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, immédiatement après l'intervention des scores statistiquement moins élevés sur l'échelle du stress perçu que celles du groupe contrôle.
- H5 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, un mois après l'intervention des scores statistiquement moins élevés sur l'échelle du stress perçu que celles du groupe contrôle.
- H6 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, trois mois après l'intervention des scores statistiquement moins élevés sur l'échelle du stress perçu que celles du groupe contrôle.
- H7 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, immédiatement après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur la sous-échelle de réévaluation positive/résolution de problème que celles du groupe contrôle.
- H8 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, un mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur la sous-échelle de réévaluation positive/résolution de problème que celles du groupe contrôle.

- H9 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, trois mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur la sous-échelle de réévaluation positive/résolution de problème que celles du groupe contrôle.
- H10 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, immédiatement après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur la sous-échelle de recherche de soutien social que celles du groupe contrôle.
- H11 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, un mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur la sous-échelle de recherche de soutien social que celles du groupe contrôle.
- H12 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, trois mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur la sous-échelle de recherche de soutien social que celles du groupe contrôle.
- H13 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, Les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, immédiatement après l'intervention des scores statistiquement moins élevés sur la sous-échelle de distanciation/évitement. que celles du groupe contrôle
- H14 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, un mois après l'intervention des scores statistiquement moins

élevés sur la sous-échelle de distanciation/évitement que celles du groupe contrôle.

H15 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, trois mois après l'intervention des scores statistiquement moins élevés sur la sous-échelle de distanciation/évitement que celles du groupe contrôle.

H16 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, immédiatement après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur l'échelle de la qualité de vie au travail que celles du groupe contrôle.

H17 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, un mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur l'échelle de la qualité de vie au travail que celles du groupe contrôle.

H18 : En contrôlant la désirabilité sociale et les scores obtenus au pré-test, les participantes qui recevront le programme de renforcement de la hardiesse démontreront, trois mois après l'intervention des scores statistiquement plus élevés sur l'échelle de la qualité de vie au travail que celles du groupe contrôle.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la présente étude. Il est successivement fait état des caractéristiques socio-professionnelles des répondantes, de l'homogénéité des groupes expérimental et contrôle en fonction des variables de l'étude. Puis, le modèle statistique utilisé avec les stratégies retenues sera abordé. Enfin, les résultats seront présentés dans un premier temps de façon globale, puis en regard de chaque variable dépendante. Ce chapitre se terminera par une conclusion générale.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des répondantes

Cette partie du texte décrit les caractéristiques professionnelles et personnelles des répondantes tout en examinant l'équivalence des groupes expérimental (GE) et contrôle (GC) en regard des variables socio-démographiques.

Au niveau professionnel (Tableau II), il s'avère que les répondantes travaillent en grande majorité à temps plein (77 % et 80 % des répondantes respectivement pour le GE et GC) selon un planning de rotation entre les trois postes de travail (80 % et 74 % des répondantes respectivement pour le GE et le GC), avec majoritairement un statut de titulaire de la fonction publique (77 % et 74 % des répondantes respectivement pour le GE et GC). De plus, elles ont en moyenne une expérience professionnelle de 12 années pour le GC à 17,5 années pour le GE, et elles sont issues principalement des services de médecine (46,20 % et 43,40 % des répondantes respectivement pour le GE et le GC). En outre, les infirmières n'ont pas bénéficié en grande majorité de formation antérieure sur la gestion du stress (65,72 % et 68,58 % des répondantes respectivement pour le GE et GC). Enfin, la formation qui a été la plus retenue pour faire face au stress est la sophrologie (36,36 % et 36,20 % des répondantes respectivement pour le GE et le GC).

Tableau II

Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles

Caractéristiques professionnelles	Groupe expérimental			Groupe contrôle			Valeur de p
	N	%	X	N	%	X	
Temps de travail							
- Temps plein		77,14 %			77,14 %		<u>p = 1</u>
- Temps partiel	08	22,86 %		08	22,86 %		
Quart de travail							
- Matin	01	2,9 %					
- Soir							
- Nuit	06	17,1 %		09	25,7 %		
Rotation	28	80,0 %		26	74,3 %		p = 0,43
Statut d'emploi							
- Titulaire	27	77,14 %			74,28 %		
- Stagiaire	00			03	08,58 %		p = 0,19
Auxiliaire	08	22,86 %		06	17,14 %		
Affectation							
- Médecine	16	46,38 %		15	43,48 %		
- Urgence	04	11,60 %		03	08,70 %		
- Personne âgées	05	14,50 %		02	05,80 %		p = 0, 8
- Chirurgie	06	17,40 %		06	17,40 %		
- Réanimation	00			06	17,40 %		
- Autres	04	20,12 %		03	08,70 %		
Formation antérieure sur la gestion du stress							
- Oui	12	34,28 %		11	31,42 %		
- Non	23	65,72 %		24	68,58 %		<u>p = 1</u>
Techniques utilisées							
- Sophrologie	04	36,36 %		04	36,20 %		
- Analyse transactionnelle							
- Groupe de parole	00			01	09,10 %		p = 0, 57
- Relaxation	01	09,10 %		02	18,18 %		
- PNL	01	09,10 %		01	09,10 %		
- Autres	04	36,36 %		03	27,28 %		
Age	35		40,74	35		37,02	p = 0,11
Expérience en soins	34		17,17	35		12,57	p = 0,059

p : utilisation du test de Fischer

* : test statistiquement significatif au seuil retenu pour la présente étude (p < 0, 05)

Des tests de Chi-carré de Pearson ou des tests de Fischer, selon le cas, ont été effectués afin d'examiner l'homogénéité des groupes en regard des variables professionnelles. Les résultats montrent qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes et ceci aux quatre temps de mesure pour les variables professionnelles à l'exception de l'expérience en soins. En effet, pour cette dernière, l'expérience pour le groupe expérimental est de $17,2 \pm 11,3$ et de $12,6 \pm 8,5$ en moyennes pour le groupe contrôle, avec un $p = 0,06$, soit proche du seuil de signification statistique pour le test sur l'égalité des deux moyennes. Toutefois, les distributions graphiques de cette mesure, selon chacun des groupes, sont loin de suivre une distribution normale. Box (1953), Norton (1953) et Bonneau (1960) se sont intéressés aux répercussions sur l'application des tests de t lors de certaines violations des conditions d'application de ceux-ci. Il s'avère, selon ces auteurs que la violation de la condition de normalité de la distribution avec une asymétrie marquée a un impact non négligeable sur la valeur nominale de alpha, ce qui réduit ainsi la portée du p. Néanmoins, l'étude statistique complémentaire de type corrélationnelle permettant d'examiner les liens de la variable expérience en soin avec les principales mesures a été effectuée. Les résultats montrent qu'aucune variable dépendante ne semble être très associée à cette variable (Annexe 14). Par contre, il apparaît une exception à ce constat. La variable expérience est en lien avec la variable hardiesse au temps un et deux. Plus finement, en regard de la variable hardiesse, les éléments probants sont les suivants : 1) Les corrélations entre l'expérience et la hardiesse sont, au temps T1, de - 0,17 et - 0,26 ($p < 0,05$) respectivement pour le groupe contrôle et le groupe expérimental ; ces corrélations étant nulles pour les composantes défi et contrôle de la hardiesse, mais non nulle pour l'engagement : respectivement : - 0,27 et - 0,32 ($p < 0,05$) pour les groupes de contrôle et expérimental ; 2) Au temps deux, les corrélations entre la hardiesse et l'expérience sont de - 0,30 et de 0,39 ($p < 0,05$) respectivement pour les groupe contrôle et expérimental (noter l'inversion des signes du temps un au temps deux, ces corrélations provenant encore au temps deux de la composante engagement) ; enfin, 3) Les différences dans la hardiesse du temps un au temps deux sont corrélées avec l'expérience au niveau de - 0,25 et de 0,39 ($p < 0,05$) respectivement pour les groupes de contrôle et expérimental, ces différences provenant encore exclusivement de l'engagement. De ce fait, il est apparu pertinent de considérer la variable expérience, de la même façon que la variable désirabilité, comme variable concomitante (covariable) dans les différentes analyses de variances proposées.

Au niveau personnel (Tableau III), les répondantes sont majoritairement des femmes (97 % des répondants respectivement pour le GE et GC), âgées en moyenne de 40,74 ans et 37,02 ans respectivement pour le GE et le GC, vivant en majorité avec un conjoint (82,86 % et 64,72 % des répondantes respectivement pour le GE et le GC). Parmi ces répondantes, 65,72 % et 57,14 % respectivement pour le GE et le GC ont au moins un enfant et bénéficient dans la grande majorité des cas d'un soutien familial ou d'une autre forme de soutien lors d'un événement stressant (91,42 % et 94,28 % des répondantes respectivement pour le GE et le GC). De plus, il s'avère que les répondantes ont, dans les deux groupes, aucune autre personne à charge en dehors de leurs enfants (91,44 %). Des tests de Chi-carré de Pearson ou des tests de Fischer, selon les cas, ont été effectués afin d'examiner l'homogénéité des groupes en regard des variables personnelles. Les résultats montrent à voir qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes, et ceci, au quatre temps de mesure pour les variables personnelles.

Homogénéité des groupes expérimental et contrôle en fonction des variables de l'étude

Afin d'apporter des conclusions pertinentes sur l'effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur un certain nombre de variables dépendantes, il semble pertinent de vérifier au temps T1 (avant l'introduction du programme) l'homogénéité des groupes en regard des différentes variables retenues pour l'étude. De ce fait, l'homogénéité des groupes a été examinée au temps T1 en regard des covariables, des variables contrôles et des variables dépendantes.

Tableau III

Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques personnelles

Caractéristiques personnelles	Groupe expérimental			Groupe contrôle			Valeur de p
	N	%	X	N	%	X	
Genre							
- Femme	34	97,14 %		34	97,14 %		<u>p = 1</u>
- Homme	01	02,86 %		01	02,86 %		
Etat civil							
- Marié(e)	23	83,06 %		23	65,72 %		p = 0,34
- Union libre	04	11,42 %		07	20,00 %		
- Divorcé(e)	00			02	05,72 %		
- Veuf ou veuve	00			01	02,86 %		
- Célibataire	02	05,72 %		02	05,72 %		
Nombre d'enfants							
- 0	12	34,28 %		15	42,86 %		p = 0,36
- 1	05	14,18 %		09	25,72 %		
- 2	12	34,28 %		07	20,00 %		
- 3	06	17,14 %		04	11,42 %		
Soutien face aux stressseurs							
- Oui	32	91,42 %		33	94,28 %		<u>p = 1</u>
- Non	03	08,58 %		02	05,72 %		
Personne à charge							
- Oui	24	08,58 %		25	08,58 %		<u>p = 1</u>
- Non	32	91,42 %		32	91,42 %		
Temps de travail							
- Temps plein		77,14 %			77,14 %		<u>p = 1</u>
- Temps partiel	08	22,86 %		08	22,86 %		
Âge	35		40,74	35		37,02	p = 0,11

p : utilisation du test de Fischer

Homogénéité des groupes expérimental et contrôle en regard des covariables

Il a été mentionné que l'homogénéité des groupes en regard des variables socio-professionnelles sur les variables dépendantes a été examinée et il a été conclu à l'utilité de considérer l'expérience professionnelle comme covariable dans les analyses ultérieures. Ainsi, en regard des résultats précédents, le rejet de l'hypothèse d'homogénéité des variances pour la variable expérience professionnelle ne peut être fait. De la même façon, l'homogénéité des groupes a été examinée en regard de l'autre covariable, la désirabilité sociale (Tableau IV).

Tableau IV

Moyennes et écarts types de la désirabilité sociale
selon les groupes, aux deux temps de mesure

Groupe	N	Moy \pm é.t.	Valeur de p
T1 : GE	35	11,68 \pm 2,29	p = 0,28
T1 : GC	35	11,02 \pm 2,78	
T4 : GE	30	07,90 \pm 2,31	p = 0,1
T4 : GC	33	08,96 \pm 2,81	

Il n'apparaît pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes au sujet de la désirabilité sociale, et ceci, aux temps T1 et T4 (test de t). De même, après une étude corrélacionnelle entre la variable désirabilité sociale et les autres variables dépendantes, il n'apparaît aucun lien statistiquement significatif entre elles (Annexe 15). Toutefois, il a été décidé de la conserver comme covariable. En effet, elle apporte un petit surcroît d'explication aux modèles, qu'il est naturel de ne pas négliger, comme pour l'expérience professionnelle. Par conséquent, il convient de la contrôler.

Homogénéité du groupe expérimental et contrôle en regard des variables contrôles aux différents temps de mesure

Les Tableaux V et VI retracent le nombre de répondantes ayant eu un événement stressant professionnel ou personnel ayant un impact possible sur la santé aux quatre temps de mesure.

Tableau V
Distribution des sujets selon les variables contrôles, aux temps T1 et T2

Variables de contrôle	Population totale		Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Evénements professionnels	n = 70	n = 69	n = 35	n = 34	n = 35	n = 35
- OUI	12	11	08	06	04	05
- NON	58	58	27	28	31	30
Evénements personnels	n = 70	n = 69	n = 35	n = 34	n = 35	n = 35
- OUI	13	03	06	02	07	01
- NON	57	66	29	32	28	34
Evénements ayant eu un impact possible sur la santé	n = 70	n = 69	n = 35	n = 34	n = 35	n = 35
- OUI	21	12	11	08	10	04
- NON	49	57	14	26	25	31

Les résultats montrent qu'en regard de la population totale les répondantes ayant eu des événements stressants professionnels ou personnels ayant un impact sur la santé sont peu nombreuses en comparaison des résultats obtenus par Leclerc (1999). D'ailleurs, il apparaît que la perception des répondantes en regard d'un événement stressant ayant un impact possible sur la santé diminue au fur et à mesure du temps. Il est plausible que la formation diminue la perception d'événements stressants.

Tableau VI

Distribution des sujets selon les variables contrôle aux temps T3 et T4

Variables de contrôle au temps T3 et T4	Population totale T3	Population totale T4	Groupe expérimental T3	Groupe expérimental T4	Groupe contrôle T3	Groupe contrôle T4
Evénements professionnels	n = 68	n = 64	n = 33	n = 31	n = 35	n = 33
- OUI	14	06	08	06	06	03
- NON	54	58	25	28	29	30
Evénements personnels	n = 68	n = 64	n = 33	n = 31	n = 35	n = 33
- OUI	01	02	01	01	01	01
- NON	67	62	32	31	34	32
Evénements ayant eu un impact possible sur la santé	n = 68	n = 64	n = 33	n = 31	n = 35	n = 33
- OUI	08	03	06	02	02	02
- NON	60	61	27	29	33	32

Afin de vérifier l'impact possible de ces variables contrôles sur les variables dépendantes, l'échantillon initial a été divisé en deux. Le premier regroupe toutes les infirmières ayant répondues « oui » à une quelconque des variables contrôles. Le second groupe se compose des répondantes qui ont répondu « non ». Des tests de t ont été effectués entre les deux groupes, et ceci, aux quatre temps de mesure sur la population globale. Les résultats amènent à voir peu de différences significatives entre les moyennes des deux groupes (Annexe 16). Par contre, en regard du groupe à incidence (infirmières ayant répondu « oui » à l'une des variables de contrôle), on peut s'apercevoir que les différences statistiquement significatives avec l'autre groupe sont parfois contre-intuitives. En effet, au temps T3, il est aisé de remarquer que le nombre d'incidents perçus à caractère professionnel est le plus important (14), mais, parallèlement à ce fait, on peut remarquer que les niveaux de hardiesse et de qualité de vie au travail de ce groupe augmentent, ce qui est contraire aux présuppositions de l'étude.

En conclusion, compte tenu du fait qu'il existe, d'une part, peu de différences significatives aux quatre temps de mesure, et, d'autre part, que la seule différence observée à T3 va à l'encontre des présuppositions de départ, et ce, avec des sous-groupes incidents à effectif réduit, il est raisonnable de penser que les incidents professionnels et personnels ayant un impact sur la santé n'ont pas d'incidence fâcheuse sur les résultats de l'expérimentation.

Homogénéité du groupe expérimental et contrôle en regard des variables dépendantes au temps T1.

Au temps T1, avant donc l'administration du programme d'intervention, il peut être utile de s'assurer que les groupes sont sensiblement homogènes en regard des variables dépendantes. Bien que les analyses de variances vont expliciter les effets différenciés selon les groupes en lien avec un traitement (ici, l'intervention au groupe expérimental survenant après le temps de la première prise des mesures dépendantes), elles ne nous renseignent pas sur l'équivalence des groupes au point de départ. Par conséquent, le tableau VII explicite, une mesure ou variable dépendante à la fois, les différences des groupes à l'origine.

En regard des variables dépendantes, l'hypothèse de l'égalité des moyennes dans chaque groupe ne peut être rejetée à l'exception de la dimension fréquence des stresseurs au plan physique. Cependant, il apparaît que la différence statistiquement significative des moyennes de cette dimension peut être attribuable aux écarts graphiques assez marqués de la loi normale des deux groupes. En effet, cet écart est nettement plus important pour cette dimension que pour les autres variables. De ce fait, cette différence peut alors être un jugement statistique erroné, la valeur de la probabilité p pouvant être grossièrement sous-estimée (Box, 1953 ; Norton, 1953 ; Bonneau, 1960). Par conséquent, à cette exception près, l'hypothèse d'homogénéité des moyennes pour aucune des mesures ne peut être rejetée. La différence des résultats pour les stresseurs physiques, qu'il n'est pas possible d'écarter, sera toutefois tenue en ligne de compte dans les analyses de variances présentées ultérieurement.

Tableau VII

Distribution des répondantes, selon les groupes,
pour les variables dépendantes avant l'intervention

Variables dépendantes	Groupe expérimental Moy ± é.t.	Groupe contrôle Moy ± é.t.	Valeur de p
Fréquence des stressseurs			
- physique	16,24 ± 2,77	14,71 ± 2,68	p = 0,02*
- psychologique	40,34 ± 4,58	38,23 ± 5,55	p = 0,09
- social	18,94 ± 1,92	18,20 ± 2,11	p = 0,13
Intensité des stressseurs			
- physique	16,59 ± 3,76	15,25 ± 3,32	p = 0,12
- psychologique	47,93 ± 8,25	45,89 ± 8,60	p = 0,32
- social	25,75 ± 5,30	23,99 ± 5,30	p = 0,16
Hardiesse			
- le sens du défi	0,57 ± 0,13	0,61 ± 0,11	p = 0,13
- le sens de l'engagement	0,72 ± 0,13	0,74 ± 0,12	p = 0,56
- le sens de la maîtrise	0,70 ± 0,1	0,70 ± 0,09	p = 0,9
<i>Score total</i>	67,26 ± 9,97	68,47 ± 9,07	p = 0,3
Stratégies de coping			
- recherche de soutien	2,01 ± 0,53	1,77 ± 0,61	p = 0,08
- réévaluation positive	1,89 ± 0,60	1,73 ± 0,42	p = 0,21
- évitement	1,02 ± 0,54	0,96 ± 0,59	p = 0,68
Qualité de vie au travail			
- mode expressif	3,61 ± 0,63	3,62 ± 0,61	p = 0,67
- mode adaptatif	3,36 ± 0,81	3,37 ± 0,52	p = 0,98
- mode intégratif	3,47 ± 0,70	3,39 ± 0,55	p = 0,62
- mode conservateur	3,57 ± 0,79	3,39 ± 0,56	p = 0,28
- dimension physique	3,41 ± 0,73	3,47 ± 0,55	p = 0,71
- dimension psychologique	3,78 ± 0,74	3,67 ± 0,54	p = 0,49
- dimension sociale	3,33 ± 0,90	3,23 ± 0,78	p = 0,63
- dimension culturelle	3,49 ± 0,84	3,40 ± 0,63	p = 0,61

* : test de t statistiquement significatif au seuil retenu pour la présente étude (p < 0,05).

En conclusion, il apparaît de façon globale que les groupes sont homogènes au temps T1 à ce qui a trait aux covariables, aux variables contrôles et aux variables dépendantes. Les petits écarts constatés chez certaines variables n'entachent en rien l'homogénéité des groupes au temps T1. Par contre, lors des analyses de variances ultérieures, il sera tenu compte de ces écarts dans la présentation des résultats. La section suivante va décrire, d'une part, le modèle statistique retenu pour la présente étude et, d'autre part, l'explicitation et la vérification des présuppositions à l'utilisation du modèle statistique retenu.

Le modèle statistique utilisé

Le modèle statistique approprié à cette expérimentation est un schéma d'analyse de variance multidimensionnelle avec deux covariables déjà identifiées antérieurement soit : la désirabilité sociale prévue à l'origine, mais aussi telle qu'elle est apparue au cours d'une analyse préliminaire des variables socio-professionnelles, l'expérience en soin (en années) des répondantes. Dans tous les cas, des tests de parallélisme usuels qui justifient l'utilisation des covariables dans ce modèle ont été effectués.

Un certain nombre d'hypothèses sont cependant à examiner en regard de l'applicabilité du modèle statistique de cette étude (soit, de façon plus explicite, l'utilisation de Mancova). Ces présuppositions, à vérifier dans chaque cas, en ce qui a trait à la nature (modèles probabilistes) des mesures ainsi qu'aux résultats des analyses, sont l'intensité des liens corrélationnels entre les variables dépendantes de l'étude, la normalité de la distribution de chaque variable, les analyses des résidus, la vérification des hypothèses d'indépendance, la vérification de l'homogénéité des variances, ainsi que des problématiques éventuelles de sphéricité (Howell, 1997). Ces différents points vont être explicités dans les lignes qui suivent.

Présentation des analyses corrélationnelles entre les variables dépendantes

Des analyses corrélationnelles ont été effectuées au temps T1 entre les différentes variables dépendantes afin de vérifier les liens d'association entre celles-ci. Le détail des corrélations significatives entre les différentes variables dépendantes, au niveau de la population totale, puis du groupe expérimental et enfin du groupe contrôle, est proposé aux tableaux suivants.

Tableau VIII

Présentation des corrélations significatives ($p < 0,05$) pour les indices synthétiques des variables dépendantes sur la population globale ($n = 70$)

Variabes	Engagement	Maîtrise	Défi	Qualité de vie au travail
Stress physique	$r = - 0,27$			
Stress psychologique			$r = - 0,30$	
Stress social		$r = - 0,37$	$r = - 0,29$	
Engagement				
Maîtrise				
Défi				
Recherche de soutien				$r = 0,34$
Réévaluation positive		$r = 0,25$		$r = 0,38$
Evitement	$r = - 0,31$	$r = - 0,25$	$r = - 0,37$	
Qualité de vie au travail				

Tableau IX

Présentation des corrélations significatives ($p < 0,05$) pour les indices synthétiques des variables dépendantes pour le groupe expérimental ($n = 35$)

Variables	Engagement	Maîtrise	Défi	Qualité de vie au travail
Stress physique	$r = - 0,34$			
Stress psychologique			$r = - 0,27$	
Stress social		$r = - 0,30$	$r = - 0,32$	
Engagement				
Maîtrise				
Défi				
Recherche de soutien				$r = 0,34$
Réévaluation positive		$r = 0,25$		$r = 0,41$
Evitement	$r = - 0,44$	$r = - 0,46$	$r = - 0,36$	
Qualité de vie au travail				

Tableau X

Présentation des corrélations significatives ($p < 0,05$) pour les indices synthétiques des variables dépendantes pour le groupe contrôle ($n = 35$)

Variables	Engagement	Maîtrise	Défi	Qualité de vie au travail
Stress physique	$r = - 0,31$			
Stress psychologique			$r = - 0,34$	
Stress social		$r = - 0,34$	$r = - 0,29$	
Engagement				
Maîtrise				
Défi				
Recherche de soutien				$r = 0,36$
Réévaluation positive				$r = 0,39$
Evitement			$r = - 0,37$	
Qualité de vie au travail				

Il apparaît que le sens et l'intensité des corrélations retrouvées entre les différentes variables dépendantes, et ceci, dans les deux groupes sont semblables aux études antérieures à ce sujet. En effet, au niveau des corrélations entre la hardiesse et la perception des stressors, le sens et l'intensité de celles-ci se retrouvent dans les études de Collins (1996) ; Delmas, Pronost et Cloutié (1997) ; Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995) ; Gomez (1994) ; Hall (1992) ; Harrisson (1995) ; Leclerc (1999) ; Savignac (1994) ; Wright, Blanche, Ralph et Luterman (1992). De même, au niveau des relations entre la hardiesse et les stratégies de *coping*, les liens corrélatifs sont semblables à ceux obtenus par Delmas (1999). Enfin, les corrélations entre les stratégies de *coping* et la qualité de vie sont superposables aux résultats obtenus par Delmas (1999) et Carlier (2001).

De façon globale, l'intensité des corrélations entre les variables dépendantes est faible ou modérée, et donc les conditions de sphéricité sont à peu près valides au temps T1, ce qui justifie, selon Fleiss (1986), l'utilisation des analyses de variances multidimensionnelles à mesures répétées avec covariables (Mancova). Cependant, aux divers temps de mesure post-formation (T2, T3, T4), des liens corrélationnels persistent entre certaines variables dépendantes, ce qui peut créer, dans les analyses de variances à mesures répétées, des problèmes dits de sphéricité, troublant parfois les résultats des analyses. Suivant le degré de sphéricité, plusieurs stratégies sont possibles. En effet, dans les degrés moindres, Howell (1997) préconise l'utilisation des corrections de Greenhouse et Geisser¹ (1959), qui seront utilisées dans cette étude. De même, Howell (1997) suggère, dans les cas graves de sphéricité, l'utilisation des modèles Mancova sans mesures répétées. Par contre, en regard des effets de l'intervention, l'utilisation de ce modèle modifie peu les résultats, mais, par contre, limite l'utilisation de certaines stratégies statistiques retenues pour cette étude. De ce fait, seules les corrections de Greenhouse et Geisser (1959) seront retenues lors de problèmes de sphéricité rencontrés sur les variables dépendantes.

En ce qui a trait aux autres hypothèses à examiner pour de telles analyses, on peut tout de suite mentionner que les mesures globales ou leurs composantes sont des moyennes à des questions à réponses discrètes (échelles de Likert) en suffisamment grand nombre pour que le

¹ La correction de Greenhouse-Geisser (1959) diminue les degrés de liberté des tests F, et vient donc, de ce fait, augmenter la probabilité de dépassement p. Cela ne risque de modifier les conclusions que dans les cas d'effets marginaux, c'est-à-dire là où p est voisin du 0,05 critique.

théorème de limite centrale s'applique, de sorte que les mesures, dans chaque cellule des modèles, sont en général normales. De plus, les hypothèses concernant les résidus des modèles dans les cellules ont été vérifiées. Il apparaît, la plupart du temps, qu'ils sont aussi normaux et de variances suffisamment homogènes (tests de Lévene) pour qu'il n'y ait pas à se préoccuper de trop grands écarts aux hypothèses. Enfin, le tirage aléatoire stratifié sur la population globale d'un centre hospitalier afin de constituer l'échantillon, d'une part, et la randomisation de celui-ci en deux groupes, d'autre part, permettent ainsi de répondre de façon optimale aux présuppositions d'indépendance des observations. Après avoir vérifié les présuppositions à l'utilisation du modèle statistique retenu, le paragraphe suivant explicite la stratégie retenue de présentation des résultats de l'étude.

La stratégie statistique utilisée pour répondre aux hypothèses de recherche

Il a été convenu d'examiner les résultats selon une certaine approche : du général au particulier. De ce fait, la première partie analyse de façon générale, soit en indice global, les résultats de la recherche. La deuxième partie s'attarde à détailler les résultats spécifiques de chaque variable ainsi que de leurs composantes. De plus, pour chacune de ces approches, deux étapes similaires sont proposées. La première consiste à présenter de façon graphique les résultats. La deuxième étape propose d'examiner statistiquement, à l'aide de contrastes appropriés, d'une part, les interactions entre le temps (T1 et T2 seulement) et le groupe pour les variables dépendantes, puis, d'autre part, de comparer leur moyenne au temps T1 avec celles aux trois autres temps de mesure. Cette approche synthétique, qui utilise la définition de contrastes appropriés, permet de détecter s'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes des différentes variables dépendantes au niveau des deux groupes entre le temps T1 et la moyenne des autres temps de mesure. Un simple coup d'œil sur les graphiques permet alors, la plupart du temps, de conclure à l'effet de l'intervention sans plus de formalités. Enfin, lors de la présentation des résultats spécifiques de chaque variable, une troisième étape est proposée afin d'examiner plus finement les différences statistiquement significatives entre les moyennes des différentes variables dépendantes en regard des deux groupes, et ceci, aux quatre temps de mesure. Cette dernière approche permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche. Cette stratégie de présentation des résultats pas à pas permet de consolider la validité des conclusions

statistiques. De ce fait, les résultats obtenus gagneront en pertinence. La partie suivante va donc expliciter les résultats statistiques obtenus pour les mesures globales.

Présentation des résultats globaux

Présentation graphique des résultats

Afin de rendre plus compréhensive la présentation graphique des résultats en regard des indices globaux des différentes variables dépendantes, et ceci, au quatre temps de mesures, des modifications d'indices globaux ont été effectuées, de sorte qu'au cours de l'expérimentation ils évoluent tous dans la même direction croissante. Par conséquent, il a fallu inverser, pour chaque temps de l'expérimentation, d'une part, les échelles du stress, à la fois en fréquence et en intensité, qui diminuaient au cours du temps, puis, d'autre part, inverser le sous-indice évitement de la mesure du *coping*, ce qui permet de construire un indice global de *coping* par moyennage de ses trois composantes ou sous-indices. L'appellation des indices transformés est donc la suivante : pour la fréquence des stressés, la rareté des stressés (Str-rareté) ; pour l'intensité des stressés, l'innocuité des stressés (Str-innocuité) ; pour la stratégie d'évitement, l'implication. De ce fait, il apparaît une mesure globale de la rareté des stressés (plutôt que la fréquence), de l'innocuité des stressés (plutôt que leur intensité), de la hardiesse, du *coping* et, enfin, de la qualité de vie au travail (Qvt).

Ces transformations vont être utilisées pour les analyses de variances multiples globales, telles que rapportées dans cette section. Par contre, les variables non transformées seront utilisées pour les analyses partielles sur chacun des tests de l'expérience. La Figure 5 permet d'appréhender les résultats globaux aux quatre temps de mesure.

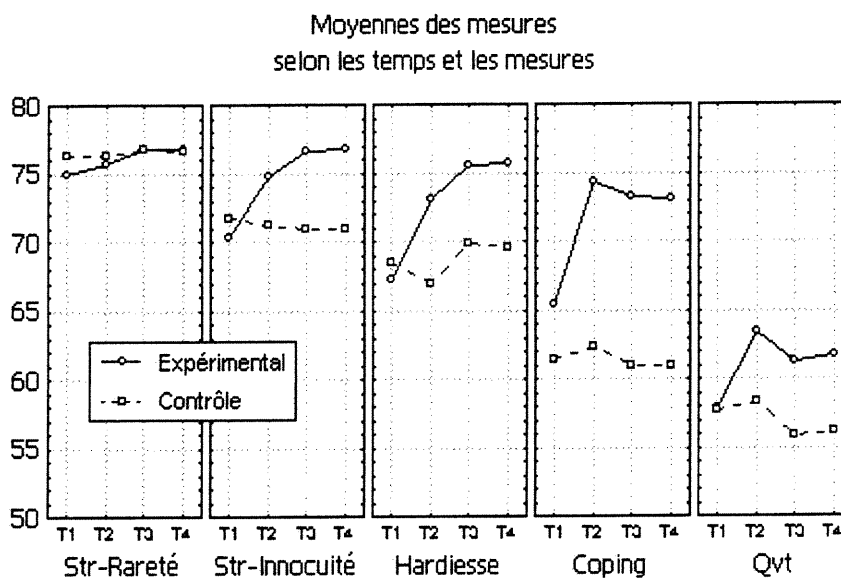


Figure 5. Présentation des moyennes des mesures par groupe et par temps

Il est aisé de remarquer, sur la Figure 5, qu'au temps T1 les deux groupes sont très voisins, à l'exception de la mesure de *coping*. De plus, le groupe expérimental connaît une croissance de toutes les mesures du temps T1 au temps T2, celles-ci se maintenant aux temps trois et quatre, à l'exception de la mesure de *coping* et de la qualité de vie au travail pour lesquelles les deux groupes connaissent alors des développements parallèles. La rareté des stressseurs est plus faible au temps un dans le groupe expérimental, mais celui-ci rattrape le groupe contrôle aux temps postérieurs. D'ailleurs, à ce niveau, les moyennes apparaissent équivalentes entre les deux groupes. Par conséquent, la représentation graphique des variables dépendantes dans le temps amènent à voir un effet positif de l'intervention sur toutes les mesures survenant entre les temps T1 et T2. Cet effet se maintenant aux temps T3 et T4, sauf pour la variable rareté des stressseurs où les moyennes des deux groupes sont très proches. La prochaine partie aborde l'étude des contrastes qui va permettre d'asseoir statistiquement les conclusions graphiques.

Etude des contrastes

Cette partie présente à la fois les phénomènes d'interaction entre le temps et le groupe, puis, dans une deuxième phase, compare les moyennes des variables dépendantes au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures.

Effets des divers facteurs (groupe, temps, tests) et de leurs interactions

Le Tableau XI présente de façon globale les effets des divers facteurs et de leurs interactions. Les probabilités sont données avec les corrections de Greenhouse et Geisser (1959).

Tableau XI

Effet des divers facteurs (groupe, temps, tests) et de leurs interactions

Effets	F	Valeur de p
Groupe (1)	15,15	0,0007*
Temps (2)	28,21	0,0000*
Tests (3)	70,10	0,0000*
Interaction 1 x 2	32,55	0,0000*
Interaction 1 x 3	5,64	0,0011*
Interaction 2 x 3	6,71	0,0000*
Interaction 1 x 2 x 3	2,68	0,0015*

Les résultats mettent en évidence que l'intervention a induit un effet sur le facteur groupe (qui montre qu'il y a eu une modification des moyennes des variables de l'étude), sur le facteur temps qui montre que les moyennes des variables sont différentes aux quatre temps de mesure) et sur le facteur test (qui indique que les moyennes aux différents tests sont différentes) ainsi qu'au niveau de leurs interactions. Les effets sont les plus importants (les statistiques F les plus élevées) pour les tests, suivi de l'effet du temps. Parmi les interactions, on remarque avant tout l'interaction du groupe avec le temps (l'interaction 1 x 2) qui est statistiquement significative, ce qui revêt une importance dans la démonstration de l'effet de l'intervention au cours du temps.

Plus finement, l'examen spécifique, d'une part, de l'effet du facteur groupe sur les indices globaux et, d'autre part, de l'interaction entre le groupe et le temps permet d'apporter des informations sur l'effet de l'intervention en regard des variables dépendantes, et ceci, aux différents temps de mesure. En regard de l'effet du groupe, la Figure 6 montre directement cet effet, en regroupant les moyennes des cinq mesures aux quatre temps en une seule moyenne. A la lecture de celle-ci, il est aisé de remarquer une augmentation des moyennes du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. De ce fait, l'intervention a eu un impact sur les différentes moyennes des variables dépendantes. En regard de l'interaction des facteurs groupes et temps (l'interaction notée 1 x 2 sur le tableau des résultats), illustrée à la Figure 7, elle est hautement significative ($p = 0,0000$). De tous les effets, c'est celui qui est le plus probant pour montrer l'effet de l'intervention différenciée selon les groupes du temps T1 aux temps postérieurs (T2, T3, T4), sur les comportements mesurés globalement par les cinq instruments sur chacun des deux groupes. La Figure 7, qui montre les moyennes par groupe et par temps des moyennes des cinq mesures, amène à voir que, si les groupes sont partis d'un niveau d'égalité en regard de la moyenne des cinq moyennes issues des cinq mesures, les sujets des deux groupes se distinguent nettement à partir du temps deux, et restent très séparés. C'est l'effet d'interaction 1 x 2. On constate aussi, visuellement à la Figure 7, que l'effet ne s'estompe pas avec le temps, on pourrait même croire qu'il se renforce avec le temps, puisque, globalement, sur l'ensemble des mesures, des accroissements aux temps T2, T3 et T4 sont constatés, et cela seulement pour le groupe expérimental, alors que le groupe de contrôle, lui, reste presque constant. De ce fait, l'impact de l'intervention sur le groupe expérimental sur l'ensemble des variables dépendantes est bien réel et statistiquement significatif, et ce, aux différents temps de mesure. Par conséquent, il semble exister un effet de l'intervention sur les différentes variables dépendantes de l'étude qui persiste dans le temps.

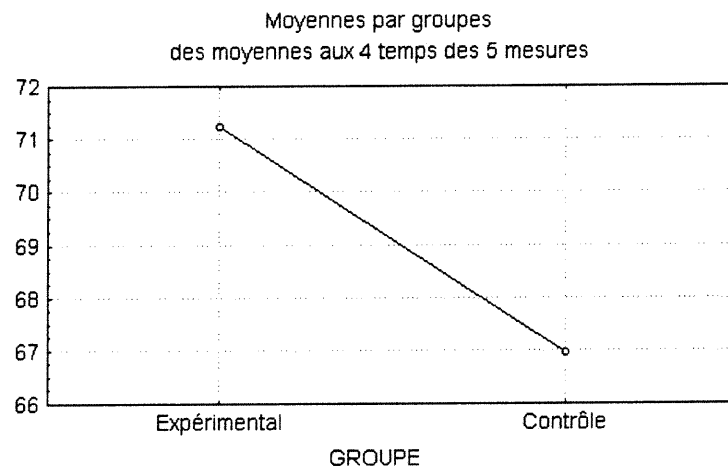


Figure 6. Présentation graphique de l'effet groupe

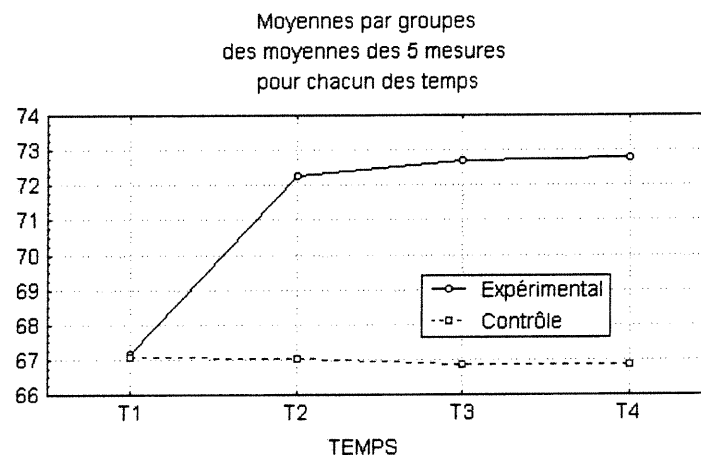


Figure 7. Présentation graphique de l'interaction du facteur groupe avec le facteur temps (interaction 1 x 2)

La prochaine partie comparera les moyennes des variables dépendantes au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures.

Test particuliers et contrastes

La technique des contrastes, qui généralise les tests usuels, permet d'apporter rapidement des conclusions statistiques sur les effets de l'intervention. Au temps un, il n'y a pas de différence significative, globalement, pour l'ensemble des mesures regroupées, entre

les deux groupes ($p = 0,87$), alors qu'au temps deux, avec le même regroupement de toutes les mesures, on trouve une différence fortement différente pour les deux groupes ($p = 0,00015$). De même, l'interaction 1 x 2, regroupant elle aussi toutes les mesures, est de même très fortement marquée ($p = 0,000000$). Tout cela dans le sens d'une amélioration due à l'intervention. Le portrait statistique pour chacune des mesures prises séparément va exactement dans le même sens. Curieusement, au vu de la Figure 5, la rareté des stressés au temps T1 est significativement plus petite pour le groupe expérimental que pour le groupe contrôle ($p = 0,02$). Par contre, aux temps T2, T3, T4, il ne semble pas persister de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = t, 0,29 ; 0,80 ; 0,80$, respectivement). Ainsi donc, la rareté des stressés semble bien avoir augmenté pour le groupe expérimental pour presque équivaloir au groupe de contrôle aux temps trois et quatre, mais tout doucement, après l'intervention, l'effet ne s'est pas fait sentir au temps deux. De ce fait, de façon globale, même en considérant le temps T1, la rareté des stressés (mesure inversée de la fréquence des stressés) ne subit aucune modification statistiquement significative dans les deux groupes au cours de l'intervention et au cours du temps. Ce constat d'ailleurs a été retrouvé par Leclerc (1999). Par conséquent, il n'y aura pas d'analyse spécifique sur cette variable.

Conclusion

Cette étude des indices synthétiques des cinq instruments de mesure permet de conclure que l'intervention, qui s'est déroulée entre le premier et le second temps de l'expérience, a eu un effet statistiquement très marqué au niveau de tous les instruments de mesure, à l'exception de la mesure de la fréquence des stressés, pour laquelle il ne s'est produit que peu de changements, et si effet il y eut, il s'est estompé lors des mesures postérieures à la formation.

Après avoir présenté de façon globale les résultats de la présente recherche qui montrent, d'un premier abord, que l'intervention a eu un effet sur les différentes variables dépendantes, sauf pour la fréquence des stressés, la partie suivante va aborder la description des résultats spécifiques pour chaque variable de l'étude. De la même façon, la présentation des résultats comportera une présentation graphique des résultats, puis une analyse des contrastes appropriés, pour finir par la présentation temps par temps des résultats

issus des Mancova à mesures répétées. L'ordre de présentation des variables est le suivant : en premier lieu, la variable hardiesse et ses composantes, puis la variable perception des stressseurs et ses composantes, ensuite les différentes dimensions du *coping*, pour finir par la variable résultat, soit la qualité de vie et ses dimensions. De façon simultanée, les hypothèses de recherche seront confirmées ou infirmées.

Présentation des résultats en regard de la variable hardiesse et de ses dimensions

Cette partie exposera, comme vu précédemment, une présentation graphique des résultats, puis une présentation des résultats issus d'une analyse des contrastes appropriés, pour finir par une présentation temps par temps des résultats issus des Mancova à mesures répétées. Cette méthode de présentation des résultats sera retenue comme schéma commun de présentation pour toutes les variables dépendantes retenues pour la présente étude.

Première étape : présentation graphique des résultats

De façon globale, la Figure 8 permet d'observer que la moyenne de la hardiesse augmente de façon très importante aux temps postérieurs à l'intervention pour le groupe expérimental. Par ailleurs, la moyenne de hardiesse n'apparaît pas stable en regard du groupe contrôle puisqu'elle subit de légère augmentation et diminution au cours du temps. Il est fort plausible, vu les écarts entre les groupes après l'intervention, que cette instabilité ait un impact statistiquement significatif sur le niveau de hardiesse des répondantes du groupe expérimental. A la suite de la présentation graphique des résultats, une analyse des contrastes va permettre de confirmer les hypothèses graphiques.

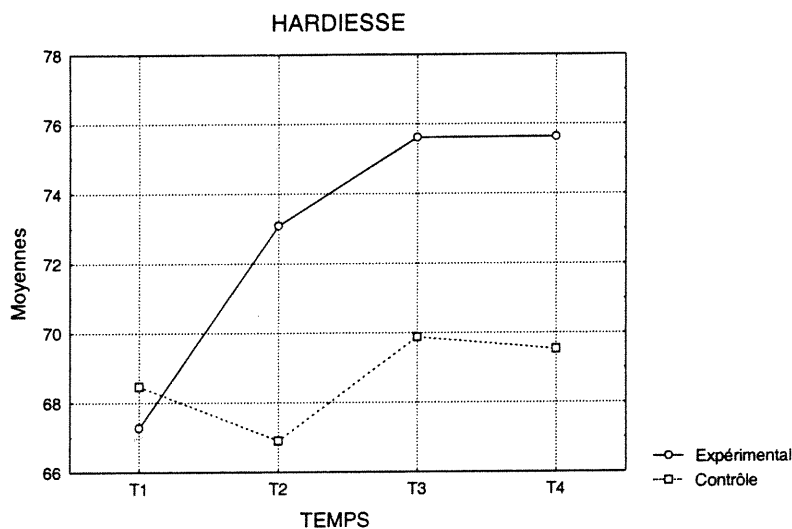


Figure 8. Présentation graphique des variations de la moyenne de hardiesse en score global au cours des différents temps de mesure

Deuxième étape : étude des contrastes appropriés

Cette partie présente à la fois les phénomènes d'interaction entre le temps et le groupe, puis, dans une deuxième phase, compare les moyennes des variables dépendantes au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesure.

Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions

Le Tableau XII présente de façon globale les effets des divers facteurs et de leurs interactions. Les probabilités sont données avec les corrections de Greenhouse et Geisser (1959).

En regard des résultats, il est aisé de remarquer l'absence significative d'effet du facteur groupe. Ce constat peut être dû au fait que certaines augmentations des moyennes du groupe expérimental sont compensées par des baisses des moyennes dans le groupe contrôle. De ce fait, l'effet groupe se trouve gommé lorsqu'on considère l'ensemble des quatre mesures répétées. Par contre, la présence d'un effet statistiquement significatif de l'interaction entre le temps et le groupe conforte l'hypothèse d'un effet positif (en regard du sens de déplacement des moyennes) de l'intervention sur la mesure répétée.

Tableau XII

Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour la variable hardiesse et ses dimensions aux quatre temps de mesure

Effet	Valeur de F	Valeur de p
Groupe	3,64	p = 0,06
Temps	26,55	p = 0,00*
Groupe x Temps	16,02	p = 0,00*

Comparaison des moyennes de la variable hardiesse et de ses dimensions au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures

Le Tableau XIII récapitule les résultats en regard de la comparaison des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps (T1, T2, T3) pour la hardiesse et ses dimensions.

Tableau XIII

Comparaison des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps en ce qui a trait à la hardiesse et ses dimensions

Variable hardiesse et ses dimensions	Valeur de F	Valeur de p
Hardiesse	21,35	p = 0,00*
Le sens de l'engagement	06,32	p = 0,01*
Le sens de la maîtrise	10,31	p = 0,00*
Le sens du défi	18,77	p = 0,00*

Les résultats amènent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre la moyenne des groupes, en regard de la hardiesse et de ses dimensions au temps T1, avec la moyenne de celle-ci aux trois autres temps de mesure (soit, T2, T3, T4). Le graphique précédent (Figure 8) indique que cette différence est en fait une augmentation des moyennes entre le temps T1 et, les temps T2, T3, T4, en ce qui a trait au score de hardiesse et de ses dimensions au niveau du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. De ce fait, il

est aisé de conclure que le niveau de hardiesse, ainsi que de ses dimensions, a augmenté de façon significative au niveau du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle après l'introduction du programme de renforcement de la hardiesse. De plus, la présence d'une interaction statistiquement significative entre le temps et le groupe confortent les conclusions apportées. Par contre, cette première approche ne permet pas de répondre précisément aux hypothèses statistiques de recherche, car cela nécessite un examen plus fin des résultats temps par temps.

Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes au cours du temps à ce qui a attiré à la variable hardiesse et ses dimensions

Les Tableaux XIV, XV, XVI, XVII présentent respectivement le niveau de hardiesse et de ses dimensions aux temps T1, T2, T3, T4 dans les deux groupes.

Tableau XIV

Niveau de hardiesse et ses dimensions au temps T1 dans les deux groupes

Variable hardiesse et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Hardiesse en score global	GE : 67,28 ± 9,97 GC : 68,47 ± 9,07	0,43	p = 0,51
Le sens de l'engagement	GE : 0,72 ± 0,10 GC : 0,68 ± 0,09	0,20	p = 0,64
Le sens de la maîtrise	GE : 0,67 ± 0,10 GC : 0,68 ± 0,09	0,00	p = 0,99
Le sens du défi	GE : 0,67 ± 0,10 GC : 0,68 ± 0,09	1,12	p = 0,29

Les analyses statistiques au temps T1 (avant l'introduction du programme de renforcement de la hardiesse) amènent à voir qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative en ce qui a trait aux moyennes du score global de hardiesse et de ses dimensions entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Il existe donc une homogénéité des moyennes de hardiesse et de ses dimensions au temps T1 entre les deux groupes .

Tableau XV

Niveau de hardiesse et ses dimensions au temps T2 dans les deux groupes

Variable hardiesse et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Hardiesse en score global	GE : 73,08 ± 7,83 GC : 66,90 ± 8,61	7,79	p = 0,007*
Le sens de l'engagement	GE : 0,75 ± 0,07 GC : 0,72 ± 0,08	2,86	p = 0,09
Le sens de la maîtrise	GE : 0,74 ± 0,07 GC : 0,66 ± 0,08	12,83	p < 0,000*
Le sens du défi	GE : 0,68 ± 0,12 GC : 0,62 ± 0,12	3,81	p = 0,055

Les résultats montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes de la hardiesse des deux groupes au temps T2 (p = 0,007). De plus, on peut constater que la moyenne de la hardiesse en score global a augmenté pour le groupe expérimental entre les deux mesures alors que, dans la même période, au niveau du groupe contrôle, le niveau de hardiesse n'a pas subi de modification statistiquement significative. De ce fait, il apparaît que, juste après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental présentent un niveau de hardiesse plus élevé que celui du groupe contrôle. Par conséquent, l'hypothèse H1 est confirmée.

Plus finement, en regard des dimensions de la hardiesse, on s'aperçoit que la dimension qui augmente de façon significative au temps T2 est le sens de la maîtrise. Ce résultat complémentaire permet de mieux comprendre la façon dont le programme de renforcement mobilise les différentes dimensions de la hardiesse, et ceci, dans le temps, ce qui permettra d'affiner l'interprétation des résultats.

Tableau XVI

Niveau de hardiesse et ses dimensions au temps T3 dans les deux groupes

Variable hardiesse et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Hardiesse en score global	GE : 75,61 ± 6,62 GC : 69,67 ± 9,34	6,66	p = 0,01*
Le sens de l'engagement	GE : 0,79 ± 0,09 GC : 0,76 ± 0,10	2,81	p = 0,09
Le sens de la maîtrise	GE : 0,76 ± 0,08 GC : 0,71 ± 0,08	6,62	p = 0,01*
Le sens du défi	GE : 0,69 ± 0,11 GC : 0,63 ± 0,12	5,09	p = 0,02 *

Les résultats montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes de la hardiesse des deux groupes au temps T3 ($p = 0,01$). De plus, on peut constater que la moyenne de la hardiesse en score global a augmenté pour le groupe expérimental entre les deux mesures alors que, dans la même période, au niveau du groupe contrôle, la hardiesse n'a pas subi de modification statistiquement significative de sa moyenne. De ce fait, il apparaît qu'un mois après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental présentent un niveau de hardiesse plus élevé que celui du groupe contrôle. Par conséquent, l'hypothèse H2 est confirmée.

Plus finement, en regard des dimensions de la hardiesse, il apparaît que les moyennes des dimensions de la maîtrise ($p = 0,012$) et du défi ($p = 0,02$) sont plus élevées dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Par contre, la dimension de l'engagement ne semble pas être affectée statistiquement par le programme.

Les résultats du Tableau XVII montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes de la hardiesse des deux groupes au temps T4 ($p = 0,005$). De plus, on peut constater que la moyenne de la hardiesse en score global a tendance à se stabiliser au niveau de groupe expérimental entre les deux mesures alors que,

Tableau XVII

Niveau de hardiesse et de ses dimensions au temps T4 dans les deux groupes

Variable hardiesse et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Hardiesse en score global	GE : 75,63 ± 6,34 GC : 69,53 ± 9,06	8,21	p = 0,005*
Le sens de l'engagement	GE : 0,80 ± 0,07 GC : 0,74 ± 0,10	4,54	p = 0,037*
Le sens de la maîtrise	GE : 0,77 ± 0,07 GC : 0,71 ± 0,08	7,14	p = 0,009*
Le sens du défi	GE : 0,70 ± 0,09 GC : 0,62 ± 0,13	5,52	p = 0,022 *

dans la même période, au niveau du groupe contrôle, la hardiesse n'a pas subi de modification statistiquement significative de sa moyenne. De ce fait, il apparaît que, trois mois après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental présentent un niveau de hardiesse plus élevé que celui du groupe contrôle. Par conséquent, l'hypothèse H3 est confirmée.

Plus finement, en regard des dimensions de la hardiesse, il apparaît que les moyennes des dimensions de la maîtrise (p = 0,012) du défi (p = 0,02) et de l'engagement (p = 0,037) sont plus élevées dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

Conclusion

En regard de la démarche pas à pas adoptée afin d'affiner la pertinence des résultats statistiques, il s'avère, autant au niveau de l'approche graphique que de celle des contrastes et de la présentation des résultats issus des Mancova à mesures répétées, que le programme de renforcement de la hardiesse permet l'augmentation statistiquement significative du niveau de hardiesse des infirmières du groupe expérimental. Plus finement, les conclusions statistiques de la troisième étape ont permis de confirmer les hypothèses H1, H2, H3. De plus, la répétition des mesures dans le temps a permis de mieux comprendre comment, de façon individuelle, les dimensions de la hardiesse se sont modifiées par l'intervention. Il

apparaît à cet effet que la dimension de la maîtrise a été la première à avoir eu une élévation de la moyenne de façon significative, suivie au temps T3 par la dimension du défi, puis au temps T4, par la dimension de l'engagement qui fut la dernière à avoir eu une augmentation significative. Ce constat méritera un approfondissement de la réflexion sur le concept lors de l'interprétation des résultats. De plus, trois mois après l'intervention, on peut constater que le niveau de l'indice global ainsi que les moyennes des trois dimensions du groupe expérimental ont tendance à se stabiliser ce qui laisse présager un effet continu dans le temps de cette intervention en regard de la hardiesse et de ses dimensions.

Présentation des résultats en regard de la variable intensité des stresseurs

Cette partie présentera les résultats selon le schéma commun retenu. La variable intensité des stresseurs est en fait constituée de trois composantes : l'intensité physique, psychologique et sociale (Gray-Toft et Anderson, 1981 a). Les résultats présenteront les variations au cours du temps de l'indice global d'intensité des stresseurs perçus, mais aussi de chacune des trois composantes.

Première étape : présentation graphique des résultats

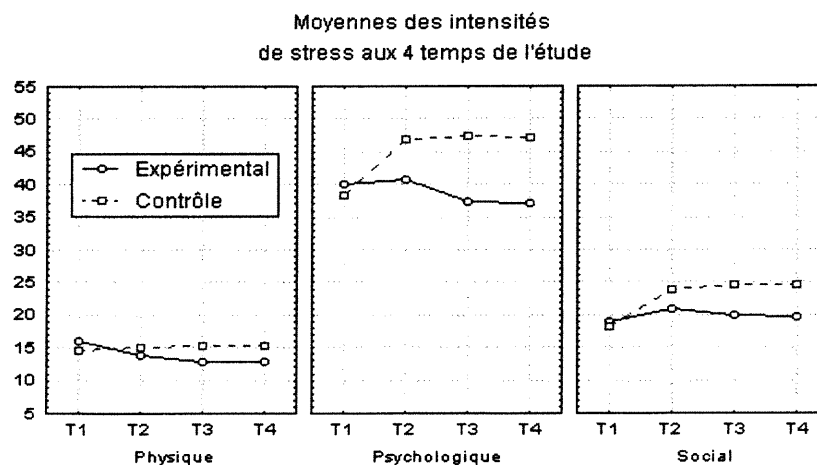


Figure 9. Présentation graphique des variations de la moyenne de chaque composante (physique, psychologique, sociale) de la variable intensité des stresseurs au cours des différents temps de mesure

De façon globale, la Figure 9 amène à voir que la moyenne des composantes intensité physique, psychologique, sociale des stresseurs diminue de façon plus ou moins importante aux temps postérieurs à l'intervention, et ceci, pour les répondantes du groupe expérimental. Il est à noter que la moyenne de l'intensité psychologique est celle qui enregistre la plus grande diminution, contrairement à la moyenne de l'intensité physique qui présente des variations plus modérées. Par contre, il apparaît, au niveau du groupe contrôle, que les moyennes des trois composantes semblent demeurer stables dans le temps. Une légère augmentation de la moyenne de l'intensité psychologique est à noter sans pour cela qu'elle soit statistiquement significative. Ainsi, la présentation graphique des résultats en regard de l'intensité physique, psychologique et sociale des stresseurs laisse présager que l'intervention a eu un impact sur le stress perçu. L'analyse des contrastes va permettre d'étayer les hypothèses graphiques.

Deuxième étape : étude des contrastes appropriés

Comme précédemment, cette partie présente, dans un premier temps, les phénomènes d'interactions entre le temps et le groupe, puis, dans un second temps, une comparaison des moyennes entre le temps T1 et la moyenne des trois autres temps.

Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions

Le Tableau XVIII présente les effets des divers facteurs et de leurs interactions. Les probabilités sont données en tenant compte de la correction de Greenhouse et Geisser (1959).

Les résultats amènent à voir que l'effet des facteurs principaux (groupe et temps) est ici très significatif. Plus finement, l'interaction entre le groupe et le temps apparaît très significative ($p = 0,000^*$), ce qui permet d'identifier que l'intervention a eu un effet sur la mesure répétée. De plus, la présentation graphique des résultats permet de préciser la nature de cet effet, soit une diminution de la moyenne de chaque composante au cours du temps

Tableau XVIII

Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour l'intensité des stressés et de ses composantes aux quatre temps de mesures

Effet	Valeur de F	Valeur de p
Groupe	07,23	p = 0,009*
Temps	14,94	p = 0,000*
Groupe x Temps	23,50	p = 0,000*

Comparaison des moyennes de la variable intensité des stressés et de ses composantes au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures (T2, T3, T4)

Tableau XIX

Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps pour ce qui a trait à la variable intensité des stressés et ses composantes.

Variante intensité des stressés et de ses composantes	Valeur de F	Valeur de p
Indice global d'intensité des stressés	30,25	p = 0,000*
Intensité physique	20,64	p = 0,000*
Intensité psychologique	28,11	p = 0,000*
Intensité sociale	21,16	p = 0,000*

Les résultats amènent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre la moyenne des groupes en regard de l'indice global de l'intensité des stressés et de ses dimensions au temps T1 et la moyenne de celles-ci aux trois autres temps de mesure (soit T2, T3, T4). En regard du graphique précédant, il apparaît que cette différence est en fait une diminution des moyennes de l'indice global mais aussi des composantes de l'intensité des stressés entre le temps T1 et les temps, T2, T3, T4. De ce fait, il est aisé de conclure que l'indice global, mais aussi les indices des différentes composantes, ont diminué de façon

statistiquement significative après l'introduction du programme de renforcement de la hardiesse. De plus, la présence d'une interaction statistiquement significative entre le groupe et le temps ajoute à la validité des conclusions apportées. Malgré cela, cette approche ne permet pas de répondre de façon précise aux hypothèses statistiques posées, ce qui nécessite un examen plus approfondi des résultats.

Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait à la variable intensité des stressseurs et de ses composantes

Les Tableaux XX, XXI, XXII, XXIII présentent respectivement la moyenne de l'intensité des stressseurs et de ses composantes aux temps T1, T2, T3, T4 dans les deux groupes.

Tableau XX

Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes
au temps T1 dans les deux groupes

Variable intensité du stress occupationnel et de ses composantes	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Score global	GE : 90,27 ± 14,53 GC : 85,13 ± 12,25	2,61	0,11
Intensité physique	GE : 16,59 ± 3,76 GC : 15,25 ± 3,32	2,07	0,15
Intensité psychologique	GE : 47,93 ± 8,25 GC : 45,89 ± 8,6	1,10	0,29
Intensité sociale	GE : 25,75 ± 5,3 GC : 23,99 ± 5,3	3,38	0,07

Les analyses statistiques au temps T1 (avant l'intervention) amènent à voir qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des groupes contrôle et expérimental en regard du score global d'intensité et de ses trois composantes. Il existe donc une homogénéité des moyennes pour le score global d'intensité des stressseurs et de ses trois composantes au temps T1.

En regard des résultats présentés au Tableau XXI, il apparaît que l'intensité en score global du stress occupationnel ($p = 0,03$) ainsi que l'intensité psychologique des stressseurs ($p = 0,02$) ont diminué pour les répondantes du groupe expérimental au temps T2, soit immédiatement après l'intervention. Par contre, pour l'intensité physique et sociale, cette différence n'apparaît pas statistiquement significative. De ce fait, il advient que, juste après avoir reçu l'intervention, les infirmières du groupe expérimental perçoivent de façon moins importante l'intensité globale du stress occupationnel et, plus spécifiquement, l'intensité psychologique des stressseurs. Par conséquent l'hypothèse H4 est confirmée.

Tableau XXI

Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes
au temps T2 dans les deux groupes

Variable intensité du stress occupationnel et de ses composantes	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Score global	GE : 75,03 ± 12,53 GC : 86,06 ± 12,02	4,83	0,03*
Intensité physique	GE : 13,31 ± 3,48 GC : 15,12 ± 3,62	1,80	0,18
Intensité psychologique	GE : 40,80 ± 9,44 GC : 46,98 ± 9,13	5,68	0,02*
Intensité sociale	GE : 21,02 ± 5,06 GC : 23,96 ± 5,58	3,08	0,08

Les résultats au temps T3 (Tableau XXII), soit un mois après l'intervention, montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative du score global d'intensité des stressseurs ainsi que de ses trois composantes pour les deux groupes. On peut constater que les moyennes de l'intensité des stressseurs ont diminué entre le temps T2 et le temps T3 alors que pour la même période, celles des groupes contrôle et expérimental n'ont pas subi de modification importante. De ce fait, il apparaît qu'un mois après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental présentent une intensité des stressseurs en score global moindre que celle du groupe contrôle. De ce fait, l'hypothèse H5 est confirmée. Plus finement, en regard des composantes, il apparaît que les moyennes de l'intensité physique ($p = 0,03$), psychologique ($p = 0,000$) et sociale ($p = 0,003$) des stressseurs

sont moindre, et ceci, de façon statistiquement significative au niveau du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle.

Tableau XXII

Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes
au temps T3 dans les deux groupes

Variable intensité du stress occupationnel et de ses composantes	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Score global	GE : 70,12 ± 10,77 GC : 87,25 ± 12,56	12, 63	0, 000*
Intensité physique	GE : 12,90 ± 03,70 GC : 15,30 ± 03,89	04, 72	0, 03*
Intensité psychologique	GE : 37,35 ± 08,73 GC : 47,33 ± 10,13	14, 24	0, 000*
Intensité sociale	GE : 19,87 ± 04,89 GC : 24,62 ± 05,93	09, 56	0, 003*

Tableau XXIII

Intensité du stress occupationnel et de ses différentes composantes
au temps T4 dans les deux groupes

Variable intensité du stress occupationnel et de ses composantes	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Score global	GE : 69,65 ± 10,25 GC : 87,03 ± 11,98	13,66	0,000*
Intensité physique	GE : 12,83 ± 03,67 GC : 15,18 ± 03,76	05,67	0,03*
Intensité psychologique	GE : 37,15 ± 08,61 GC : 47,23 ± 09,98	17,93	0,000*
Intensité sociale	GE : 19,67 ± 04,64 GC : 24,62 ± 05,93	12,63	0,001*

Les résultats au temps T4 (Tableau XXIII), soit trois mois après l'intervention, montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative du score global d'intensité des stressseurs des deux groupes. De plus, on peut constater que la moyenne de l'intensité des stressseurs a diminué entre le temps T3 et le temps T4 alors que, pour la même période, celui-

ci, au niveau du groupe contrôle, n'a pas subi de modification importante. De ce fait, il apparaît que trois mois après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental présentent une intensité des stresseurs en score global moindre que celle du groupe contrôle. De ce fait, l'hypothèse H6 est confirmée.

Plus finement, en regard des composantes, il apparaît que les moyennes de l'intensité physique ($p = 0,03$), psychologique ($p = 0,000$) et sociale ($p = 0,001$) des stresseurs sont moindres et ceci, de façon statistiquement significative au niveau du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle.

Conclusion

En regard de la démarche pas à pas adoptée afin de rendre plus pertinent les résultats de cette recherche, il s'avère que le programme de renforcement de la hardiesse a permis aux infirmières de percevoir de façon moins importante l'intensité des stresseurs, et ceci, aux trois temps de mesure postérieurs à l'intervention. Ce constat a permis de confirmer les hypothèses H3, H4, H5. Plus finement, il apparaît que le score global ainsi que les moyennes des trois composantes diminuent régulièrement au cours du temps, même si parfois cette différence n'est pas statistiquement significative. De plus, trois mois après l'intervention, on peut constater que le niveau de l'indice global ainsi que les moyennes des trois composantes du groupe expérimental ont tendance à se stabiliser, ce qui laisse présager un effet continu dans le temps de cette intervention en regard de l'intensité des stresseurs perçus.

Présentation des résultats en regard des dimensions du *coping*

Cette partie exposera les résultats selon le schéma commun retenu. La variable *coping* est en fait composée de trois stratégies selon l'échelle réduite de Bouchard et coll. (1995), qui sont la recherche de soutien social, la réévaluation positive/résolution de problème et la distanciation/éviter. Il n'existe pas d'indice global en regard de cette variable puisque les trois stratégies examinent de façon différenciée un type de comportement que la personne adopte lorsqu'elle doit faire face à une situation stressante.

Première étape : présentation graphique des résultats

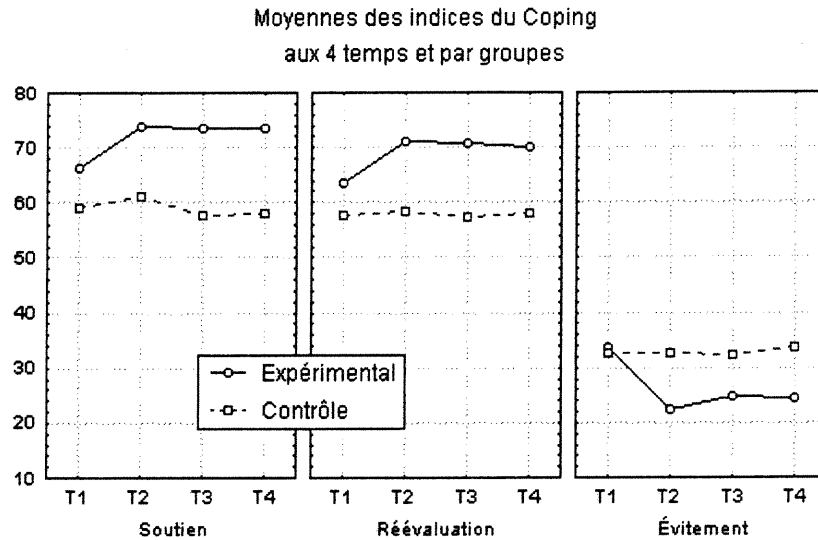


Figure 10. Présentation graphique des variations de la moyenne de chaque stratégie de *coping* au cours des différents temps de mesure.

De façon globale, la Figure 10 amène à voir que la moyenne des stratégies de *coping* évolue de façon différente dans le temps. En effet, la moyenne des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et recherche de soutien augmente dans le temps contrairement à la moyenne de la stratégie distanciation/évitement. Ce constat était prévisible en regard des hypothèses de la présente recherche. Par contre, il apparaît, au niveau du groupe contrôle, que la moyenne des trois stratégies semble demeurer stable dans le temps. Une légère augmentation de la moyenne de la stratégie réévaluation positive/résolution de problème est à noter, sans pour cela qu'elle soit statistiquement significative. De ce fait, il est licite de penser que l'intervention a eu un impact sur le niveau de *coping*. L'analyse des contrastes appropriés va permettre d'étayer les hypothèses graphiques.

Deuxième étape : étude des contrastes appropriés

Comme précédemment, cette partie présente, dans un premier temps, les phénomènes d'interactions entre le temps et le groupe, puis, dans un second temps, une comparaison des

moyennes entre le temps T1 et la moyenne des trois autres temps en ce qui a trait aux trois stratégies de *coping* retenues.

Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions

Le Tableau XXIV présente de façon globale les effets des divers facteurs et de leurs interactions. Les probabilités sont données avec les corrections de Greenhouse et Geisser (1959).

Tableau XXIV

Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour les trois dimensions du *coping*

Effet	Valeur de F	Valeur de p
Groupe	4,33	p = 0,04*
Temps	0,33	p = 0,79
Groupe x Temps	165, 11	p = 0,000*

En regard des résultats présentés, il est aisé de remarquer l'absence significative d'effet du facteur temps. Ce constat peut être dû au fait que les moyennes des trois stratégies évoluent de façon différentes au cours du temps, soit que la moyenne des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et recherche de soutien augmentent contrairement à la moyenne de la stratégie de distanciation/évitement qui, elle, diminue. De ce fait, l'effet du facteur temps se trouve gommé lorsqu'on considère l'ensemble des quatre mesures répétées. Par contre, la présence d'un effet statistiquement très significatif (p = 0,000) de l'interaction entre le temps et le groupe conforte l'hypothèse d'un effet positif de l'intervention sur la mesure répétée.

Comparaison des moyennes des différentes stratégies de *coping* retenues au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures

Le Tableau XXV récapitule les résultats en regard de la comparaison des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps (T2, T3, T4) pour les trois stratégies de *coping*.

Tableau XXV

Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps en ce qui a trait aux stratégies de *coping* retenues

Dimensions du <i>coping</i>	Valeur de F	Valeur de p
Réévaluation positive/résolution de problème	5,82	p = 0,01*
Recherche de soutien	3,92	p = 0,05*
Distanciation /évitement	9,26	p = 0,003*

Les résultats amènent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre la moyenne des groupes en regard des trois stratégies de *coping* au temps T1 avec la moyenne de celles-ci aux trois autres temps de mesure (soit, T2, T3, T4). Le graphique précédent permet de visualiser que cette différence est le résultat, d'une part, d'une augmentation des moyennes entre le temps T1 et les temps, T2, T3, T4 pour les stratégies de réévaluation positive /résolution de problème au niveau du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle et, d'autre part, d'une diminution de la moyenne de la stratégie de distanciation/évitement. De ce fait, il est aisé de conclure que les infirmières du groupe expérimental ont utilisé de façon préférentielle, après avoir bénéficié du programme de renforcement de la hardiesse, des stratégies de *coping* actives pour faire face aux situations stressantes, tout en diminuant l'utilisation des stratégies d'évitement. De plus, la présence d'une interaction statistiquement significative entre le temps et le groupe (p = 0,000) conforte les conclusions apportées. Par contre, cette première approche ne permet pas de répondre précisément aux hypothèses statistiques de recherche qui nécessitent un examen plus approfondi des résultats temps par temps, ce qui sera proposé dans la partie suivante.

Troisième étape : examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait aux stratégies de *coping* retenues

Les Tableaux XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX présentent respectivement les moyennes des stratégies de *coping* retenues au temps T1, T2, T3, T4 dans les deux groupes.

Tableau XXVI

Comparaison des moyennes des stratégies de *coping* au temps T1 dans les deux groupes

Dimensions du <i>coping</i>	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Réévaluation positive/résolution de problème	GE : 1,89 ± 0,60 GC : 1,73 ± 0,42	1,13	0,29
Recherche de soutien	GE : 2,01 ± 0,53 GC : 1,77 ± 0,61	1,86	0,17
Distanciation /évitement	GE : 1,02 ± 0,54 GC : 0,96 ± 0,59	0,04	0,83

Les analyses statistiques au temps T1 (avant l'intervention) amènent à voir qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des groupes contrôle et expérimental en regard des moyennes des trois stratégies de *coping*. Il existe donc une homogénéité des moyennes pour les trois stratégies au temps T1. Par contre, il apparaît que les infirmières des deux groupes utilisent déjà de façon préférentielle les stratégies actives lorsqu'elles ont à faire face aux événements stressants. Ce constat a déjà été trouvé par Delmas (1999) auprès d'une population d'infirmières françaises.

Les résultats du Tableau XXVII montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour les moyennes des trois stratégies de *coping* au temps T2 (respectivement, $p = 0,02$, $p = 0,008$, $p = 0,04$). De plus, on peut remarquer que la moyenne des stratégies de réévaluation positive et de recherche de soutien social a augmenté entre les deux mesures, contrairement à la moyenne de la stratégie

de distanciation/évitement. De plus, les moyennes de ces stratégies au niveau du groupe contrôle demeurent stable. De ce fait, il apparaît que les infirmières du groupe expérimental

Tableau XXVII

Comparaison des moyennes des stratégies de *coping* au temps T2 dans les deux groupes

Dimensions du <i>coping</i>	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Reévaluation positive/résolution de problème	GE : 2,30 ± 0,51 GC : 1,75 ± 0,49	5,45	0,02*
Recherche de soutien	GE : 2,21 ± 0,41 GC : 1,85 ± 0,56	7,32	0,008*
Distanciation /évitement	GE : 0,66 ± 0,42 GC : 0,98 ± 0,73	4,15	0,04*

juste après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, utilisent davantage les stratégies de *coping* actives tout en diminuant l'utilisation de stratégies d'évitement lors de situations stressantes. Au temps T1, ce constat existait déjà mais dans un rapport de deux sur un, tandis qu'au temps T2 ce rapport est passé à trois sur un. De ce fait, les hypothèses H7, H10 et H13 sont confirmées.

Les résultats montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes des stratégies de *coping* actives des deux groupes au temps T3 (respectivement $p = 0,01$; $p = 0,000$). De plus, celles-ci ont tendance à se stabiliser en regard des moyennes obtenues au temps T2. Par contre, en regard de la stratégie de distanciation /évitement, il n'apparaît pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Ce fait peut s'expliquer par l'augmentation de la moyenne de celle-ci en T3 par rapport à T2.

Tableau XXVIII

Comparaison des moyennes des stratégies de *coping* au temps T3
dans les deux groupes

Dimensions du <i>coping</i>	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Réévaluation positive/résolution de problème	GE : 2,11 ± 0,47 GC : 1,72 ± 0,51	7,06	0,01*
Recherche de soutien	GE : 2,20 ± 0,36 GC : 1,72 ± 0,60	14,15	0,000*
Distanciation/éviterment	GE : 0,74 ± 0,41 GC : 0,96 ± 0,68	2,03	0,15

En outre, au niveau du groupe contrôle, les moyennes des différentes stratégies semblent demeurer stable sauf pour la dimension de recherche de soutien social où une diminution de la moyenne est constatée. De ce fait, il apparaît que, un mois après avoir bénéficié du programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental utilisent de façon très préférentielle des stratégies de *coping* actives tout en diminuant l'utilisation de stratégies d'évitement, même si la différence n'apparaît pas significative. Le rapport entre l'utilisation de stratégies actives versus stratégies d'évitement lors de situations stressantes se maintient à trois pour un. Par conséquent, les hypothèses H8 et H11 sont confirmées. L'hypothèse H14 est infirmée.

Le Tableau XXIX montre une différence statistiquement significative entre les moyennes des stratégies de *coping* actives des deux groupes au temps T4 (respectivement $p = 0,01$, $p = 0,000$). Par contre, en regard de la stratégie de distanciation /évitemment, il n'apparaît pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes, bien que la moyenne du groupe expérimental demeure inférieure à la moyenne du groupe contrôle. De ce fait, il apparaît que, trois mois après avoir bénéficié du programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental continuent à utiliser de façon très préférentielle, lors de situations stressantes, des stratégies de *coping* actives, tout en diminuant l'utilisation de stratégies d'évitement, même si la différence n'apparaît pas significative.

Tableau XXIX

Comparaison des moyennes des stratégies de *coping* au temps T4
dans les deux groupes

Dimensions du <i>coping</i>	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Reévaluation positive/résolution de problème	GE : 2,10 ± 0,48 GC : 1,74 ± 0,50	5,74	0,01*
Recherche de soutien	GE : 2,20 ± 0,36 GC : 1,74 ± 0,59	12,72	0,000*
Distanciation/évitement	GE : 0,73 ± 0,38 GC : 1,01 ± 0,67	2,98	0,08

Le rapport entre l'utilisation de stratégies actives versus stratégies d'évitement se maintient à trois pour un. Par conséquent les hypothèses H9 et H12 sont confirmées. Par contre, l'hypothèse H15 est infirmée.

Conclusion

En regard de la démarche adoptée, il apparaît que le programme de renforcement de la hardiesse permet l'augmentation statistiquement significative des stratégies actives de *coping*, et ce, aux trois temps postérieurs à l'intervention. Par contre, en regard de la stratégie d'évitement, bien qu'une diminution de la moyenne soit apparue aux trois temps postérieurs à l'intervention pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, cette différence n'est statistiquement significative qu'au temps T2. Par conséquent, les résultats présentés permettent de confirmer les hypothèses H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13. Par contre, les hypothèses H14 et H15 sont réfutées.

Présentation des résultats en regard de la variable qualité de vie au travail

Cette partie présentera les résultats selon le schéma commun retenu. En regard du nombre important de composantes et de dimensions de la qualité de vie au travail au vu des

deux facettes, seul l'indice global de la qualité de vie au travail sera retenu pour, d'une part, la présentation graphique des résultats ainsi que de l'étude des contrastes appropriés, et, d'autre part, la présentation des résultats issus des Mancova à mesures répétées.

Première étape : présentation graphique des résultats

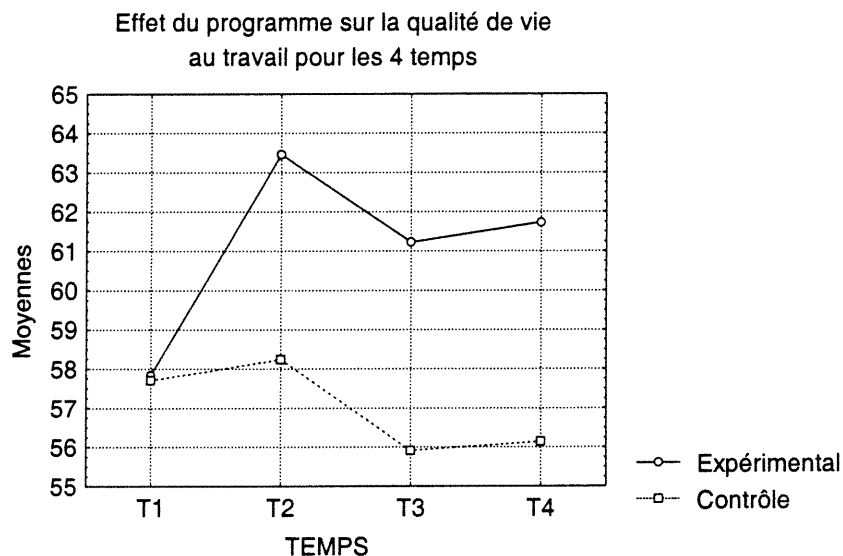


Figure 11. Présentation graphique des variations de la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail au cours des différents temps de mesure

La Figure 11 amène à voir que la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail augmente de façon très importante entre le temps T1 et le temps T2 et ceci pour le groupe expérimental. Par contre, il est aisé de remarquer, qu'au temps T3, que la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail par rapport à T2 diminue pour les deux groupes. Par contre, la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail du groupe expérimental demeure supérieure à celle du groupe contrôle. Enfin, en T4, la moyenne de l'indice global augmente légèrement par rapport à T3 pour le groupe expérimental, laissant présager une stabilisation de la moyenne de l'indice global de la qualité de vie au travail dans le temps. Par contre, la moyenne des deux groupes en T4 est inférieure à celle au temps T2. Ce constat méritera d'être discuté lors de l'interprétation des résultats. Enfin, il est licite de penser au vu de ces résultats que l'intervention a eu un impact sur le niveau de qualité de vie au travail. L'analyse des contrastes appropriés va permettre d'étayer les hypothèses graphiques.

Deuxième étape : étude des contrastes appropriés

Comme précédemment, cette partie présente, dans un premier temps, les phénomènes d'interactions entre le temps et le groupe, puis, dans un second temps, une comparaison des moyennes entre le temps T1 avec la moyenne des trois autres temps de l'indice global de qualité de vie au travail sera effectuée.

Effets des divers facteurs (groupe, temps) et de leurs interactions

Le Tableau XXX présente de façon globale les effets des divers facteurs et de leurs interactions. Les probabilités sont données avec les corrections de Greenhouse et Geisser (1959).

Tableau XXX

Présentation des résultats en regard de l'effet du groupe, du temps et de l'interaction entre le groupe et le temps pour l'indice global de qualité de vie au travail

Effet	Valeur de F	Valeur de p
Groupe	3,79	p = 0,055
Temps	5,18	p = 0,001*
Groupe x Temps	5,23	p = 0,001*

En regard des résultats, il est aisé de remarquer l'absence significative d'effet du facteur groupe. Ce constat peut être dû au fait que la moyenne de la qualité de vie au travail présente des augmentations mais aussi des diminutions au cours du temps, de sorte que au total, considérant les quatre mesures répétées, il n'apparaît pas de modification statistiquement significative du facteur groupe. Il est aisé de remarquer que la valeur du p du facteur groupe est proche du seuil de signification. Par contre, la présence d'un effet statistiquement significatif de l'interaction entre le temps et le groupe vient conforter l'hypothèse de la présence d'un effet positif de l'intervention sur la mesure répétée.

Comparaison des moyennes de la variable qualité de vie au travail au temps T1 avec celles des trois autres temps de mesures.

Le Tableau XXXI récapitule les résultats en regard de la comparaison des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps (T2, T3, T4) en ce qui a trait à l'indice global de qualité de vie au travail

Tableau XXXI

Comparaison statistique des moyennes des deux groupes au temps T1 avec la moyenne des trois autres temps en ce qui a trait à l'indice global de qualité de vie au travail

Variable qualité de vie au travail	Valeur de F	Valeur de p
Qualité de vie au travail (indice global)	8,63	0,004*

Les résultats amènent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre la moyenne des groupes au temps T1 avec la moyenne des groupes au trois autres temps de mesure (soit T2, T3, T4). Le graphique précédent permet de visualiser que cette différence est le résultat d'une augmentation de la moyenne entre le temps T1 et les temps T2, T3, T4 de l'indice global de QVT au niveau du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle même si, au temps T3, on peut remarquer une diminution de la moyenne de l'indice global de la qualité de vie au travail pour les deux groupes. De ce fait, il apparaît licite de penser que le programme de renforcement de la hardiesse a permis aux infirmières du groupe expérimental de percevoir un niveau plus élevé de qualité de vie au travail. Par contre, cette première approche ne permet pas de répondre précisément aux hypothèses statistiques de recherche. Par conséquent, un examen plus approfondi des résultats temps par temps va être exposé à la prochaine partie.

Troisième étape : Examen approfondi des variances des deux groupes en ce qui a trait à la variable qualité de vie au travail

Les Tableaux XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV présentent respectivement la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail aux temps T1, T2, T3, T4 pour les deux groupes.

Tableau XXXII

Niveau de qualité de vie au travail au temps T1 pour les deux groupes

Variable qualité de vie au travail .	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Qualité de vie au travail (indice global)	GE : 3,51 ± 0,63 GC : 3,45 ± 0,47	0,02	0,87

Les analyses statistiques au temps T1 (avant l'intervention) amènent à voir qu'il n'existe aucune différence significative en ce qui a trait à la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail. Il existe donc une homogénéité des variances en regard de la moyenne de la qualité de vie au travail pour les deux groupes au temps T1.

Tableau XXXIII

Niveau de qualité de vie au travail au temps T2 pour les deux groupes

Qualité de vie au travail, ses modes et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Qualité de vie (indice global)	GE : 3,81 ± 0,54 GC : 3,46 ± 0,51	3,27	0,07

Les résultats du Tableau XXXIII montrent à voir qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes au niveau de la qualité de vie au travail au temps T2 ($p = 0,07$). Par contre, il est aisé de remarquer que la moyenne du groupe expérimental a augmenté alors que, pour la même période, celle du groupe contrôle est restée stable. De ce fait, il apparaît qu'immédiatement après avoir bénéficié de l'intervention, les infirmières du groupe expérimental manifestent un niveau plus élevé de qualité de vie au

travail que les infirmières du groupe contrôle sans que celui-ci soit statistiquement significatif. Ce fait infirme l'hypothèse H16.

Tableau XXXIV

Niveau de qualité de vie au travail au temps T3 pour les deux groupes

Qualité de vie au travail, ses modes et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Qualité de vie (indice global)	GE : 3,65 ± 0,51 GC : 3,35 ± 0,52	4,36	0,04*

Le Tableau XXXIV montre une différence statistiquement significative entre les moyennes de la qualité de vie au travail pour les deux groupes, et ceci, au temps T3 ($p = 0,04$). De plus, on peut remarquer que la moyenne de cet indice global a diminué de façon parallèle pour les deux groupes entre le temps T2 et le temps T3. Par contre, la moyenne de l'indice global du groupe expérimental au temps T3 est supérieure à celle du temps T1, ce qui conforte l'idée que l'intervention a eu un impact au temps T3. De ce fait, l'hypothèse H17 est confirmée.

Tableau XXXV

Niveau de qualité de vie au travail au temps T4 pour les deux groupes

Qualité de vie au travail, ses modes et ses dimensions	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Qualité de vie (indice global)	GE : 3,70 ± 0,51 GC : 3,36 ± 0,52	5,13	0,02*

Les résultats du Tableau XXXV montrent à voir qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes de la variable qualité de vie au travail en regard des deux groupes au temps T4 ($p = 0,02$). De plus, il est aisé de remarquer que la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail a augmenté entre le temps T3 et le temps T4 pour le groupe expérimental. Par contre, pour le groupe contrôle, cet indice a tendance à se stabiliser à un niveau inférieur qu'au temps T2. De ce fait, il apparaît que, trois mois après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du

groupe expérimental présentent un niveau de qualité de vie au travail plus élevé que celui du groupe contrôle. Par conséquent, l'hypothèse H18 est confirmée.

Dans un souci de présentation exhaustive des résultats, la Figure 12 et le Tableau XXXVI (Annexe 16) récapitulent l'évolution des moyennes aux quatre temps de mesure en ce qui a trait aux différents modes et dimensions de la qualité de vie au travail. En regard des résultats présentés à l'Annexe 16, il apparaît que les modes et les dimensions suivent la tendance de l'indice global de qualité de vie au travail. De façon plus précise, il apparaît que la moyenne de chaque mode et chaque dimension du groupe expérimental augmente entre le temps T1 et le temps T2, soit en post-intervention immédiate, puis diminue au temps T3, soit un mois après l'intervention, pour amorcer une nouvelle augmentation au temps T4. De la même façon que pour la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail, la moyenne des différents modes et dimensions au temps T4 est inférieure à celle obtenue au temps T2.

Conclusion

En regard de la démarche adoptée lors de cette étude, il s'avère, autant par l'approche graphique que par celle des contrastes appropriés et que par celle des résultats issus des Mancova à mesure répétées, que le programme de renforcement de la hardiesse a permis une augmentation du niveau global de qualité de vie au travail pour les infirmières du groupe expérimental par rapport à celles du groupe contrôle, et ce, aux quatre temps de mesure. De plus, les résultats statistiques de la troisième et de la quatrième mesures ont permis de confirmer les hypothèses de recherche H17 et H18. Par contre, la présentation graphique des résultats a permis de montrer que les modifications des moyennes de l'indice global de qualité de vie au travail du groupe expérimental aux quatre temps de mesure ne suit pas une courbe linéaire ascendante. En effet, au temps T3, une diminution de la moyenne de l'indice global ainsi que des modes et des dimensions de la qualité de vie au travail survient, et ceci, pour les deux groupes. Par contre, au temps T4, la moyenne de cet indice reprend un courbe ascendante pour le groupe expérimental. Ce fait fera l'objet d'une analyse plus approfondie au cours du chapitre suivant.

Chapitre 5: Interprétation des résultats

Le cinquième chapitre aborde la partie d'interprétation et de discussion des résultats de cette recherche. Il s'agit dans un premier temps d'examiner l'authenticité des résultats à travers une lecture attentive des facteurs contributifs à diminuer les différentes menaces à la validité interne et externe de cette étude. Dans un second temps la discussion porte sur l'interprétation des résultats des différentes variables dépendantes au vu des témoignages cliniques des infirmières recueillis lors des séances de supervision. Les propositions théoriques de Maddi et Kobasa (1984) sont ainsi examinées de façon approfondies. Enfin, la dernière partie de ce chapitre propose un élargissement de la perspective de cette étude vers un questionnement en ce qui a trait à la gestion, à la pratique et à la recherche en sciences infirmières.

L'authenticité des résultats de recherche

Selon Burns et Grove (1997), l'établissement d'un lien de causalité apparaît important pour le développement des connaissances en sciences infirmières, autant au niveau théorique (tester des hypothèses théoriques) qu'au niveau de la pratique (développement de programmes pour améliorer le bien-être des patients). De plus, l'approche expérimentale permet de bâtir un pont entre la théorie et la pratique et d'enrichir ainsi ces deux pôles. Malgré l'importance de l'expérimentation pour le développement des connaissances, il apparaît, selon les auteurs cités précédemment, que les études expérimentales ne représentent que 10 % des devis utilisés par les infirmières, au vu des nombreuses contraintes qu'elles comportent, pour assurer la validité des résultats et leur généralisation. C'est sur le concept de validité des résultats que portera notre attention pour étayer l'authenticité des résultats de la présente recherche.

Selon Campbell et Stanley (1963), la validité d'une étude expérimentale est en lien avec la vérité des conclusions apportées par le chercheur. Plus la recherche est valide, plus les conclusions apportées sont vraies et, dans le cas d'une recherche expérimentale, l'établissement du lien causal est de plus en plus fort. Selon Cook et Campbell (1979), il

existe quatre types de validité : la validité interne (Est-ce que la variable indépendante est la seule à avoir induit une modification de la variable dépendante?), la validité des conclusions statistiques (Y a-t-il une relation entre les deux variables? Les présuppositions statistiques sont-elles respectées?), la validité de construit (Y a-t-il cohérence entre le niveau conceptuel, théorique et empirique de l'étude?), la validité externe (Est-ce que la relation causale est généralisable?). Selon Cook, Campbell et Peracchio (1990), la validité interne et la validité statistique permettent de renforcer le lien de causalité. La validité de construit et la validité externe permettent de généraliser les conclusions de l'étude. Par contre, selon les auteurs cités précédemment, les chercheurs se sont surtout centrés sur le contrôle des variables qui auraient pu porter atteinte à l'établissement du lien de causalité. De ce fait, le terme de validité est essentiellement rattaché à la validité interne. Par contre, cette partie va aborder un examen global des quatre types de validité afin d'apporter un regard le plus exhaustif possible sur les forces et les limites de cette étude, soit de façon plus détaillée sur la force du lien de causalité mais aussi sur le potentiel de généralisation des résultats.

Examen de la pertinence du lien de causalité

La validité interne de l'étude

Selon Cook et Campbell (1979), la validité interne permet de déterminer si la relation causale est bien le fait exclusif de la variable indépendante sur la variable dépendante. Il existe selon ces auteurs 12 menaces possibles à la validité interne d'une étude expérimentale pouvant limiter l'interprétation du lien de causalité. Seules les menaces à la validité interne en lien avec ce type de devis seront traitées dans les lignes qui suivent.

En regard de l'échantillonnage, le choix s'est orienté, dans un premier temps, vers une randomisation de l'échantillon de la population cible, soit l'ensemble des infirmières en soins généraux (excluant les infirmières spécialisées) du centre hospitalier retenu. Cette première randomisation, qui permet à chaque sujet de la population cible d'avoir

une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon, a été effectuée à l'aide d'une table de permutation. Cette méthode a permis ainsi de composer notre échantillon aléatoire qui fut d'ailleurs stratifié et dont la principale propriété est de favoriser la généralisation des résultats à d'autres populations augmentant ainsi la validité externe de l'étude. Dans un second temps, il a été effectué un assignement randomisé des sujets retenus pour l'étude, toujours à l'aide d'une table de permutation, ce qui permet à chaque sujet de l'étude d'avoir une probabilité égale, connue et différente de zéro, d'être assigné à un groupe de l'étude (soit le groupe contrôle ou expérimental). Cette technique permet de poser comme hypothèse que toutes les variables pouvant entraîner des modifications sur la variable résultats (variables étrangères) soient distribuées de façon égale entre les différents groupes et engendrent ainsi une équivalence des groupes en regard des variables étrangères. Selon Cook, Campbell et Peracchio (1990), seul ce type de devis peut porter le nom de devis expérimental et confère une forte propension à la validité externe et interne de la relation causale. Cette méthodologie rigoureuse de l'échantillonnage permet de diminuer le biais de sélection qui est une des atteintes possibles à la validité interne de la présente étude.

En regard de la taille de l'échantillon retenu ($n = 70$), il est supérieur à toutes les études expérimentales antérieures sur le sujet (Maddi et Kobasa, 1984 ; Rich, 1985 ; Maddi, 1987 ; Tierney et Lavelle, 1997 ; Maddi, 1998 ; Leclerc, 1999). De plus la mortalité expérimentale à T4 (6 infirmières) est inférieure au seuil maximal autorisé en regard des calculs statistiques pour assurer une validité des résultats (10 infirmières). Ce constat diminue le biais dû à une mortalité expérimentale trop importante qui, selon Cook, Campbell et Peracchio (1990), est un des problèmes les plus couramment rencontrés par le chercheur. Cette faible mortalité expérimentale ajoute à la validité interne de la relation causale.

L'adjonction de la variable de contrôle examinant si les personnes vivaient, avant ou pendant l'intervention, des événements professionnels ou personnels stressants a permis d'évaluer si, dans l'un ou l'autre des groupes, les infirmières rencontraient des événements stressants qui auraient pu influencer les résultats de l'étude. Effectivement,

il ressort que certaines infirmières ont vécu des événements professionnels ou personnels stressants, avant et pendant l'intervention, pouvant avoir un impact sur leur santé, et ceci, dans les deux groupes. Par contre, nos analyses statistiques plus fines ont montré que ce phénomène n'avait aucune répercussion sur les résultats de l'expérimentation. Ce constat permet de minimiser le biais dû à l'histoire qui est une atteinte à la validité interne d'une étude expérimentale en lien avec la survenue d'un événement ou d'une circonstance autre que l'intervention de la variable indépendante et qui peut avoir une influence sur la variable dépendante dans le même intervalle de temps.

En ce qui concerne l'accoutumance au test par la répétition des mesures ou le biais réside dans le fait que les sujets apprennent à mieux ou moins bien répondre à un questionnaire qui leur est fourni plusieurs fois durant l'étude, il apparaît, d'une part, que la distance d'un mois entre la répétition des tests et, d'autre part, le nombre de questions importantes au test ont permis aux infirmières d'éviter ce phénomène d'accoutumance. En effet, elles disaient ne plus se souvenir des questions posées ou demandaient si le type de test avait changé, signe d'un oubli des questions. De plus, les infirmières trouvaient que les questions étaient trop nombreuses (151 questions regroupant les quatre échelles utilisées à chaque mesure) pour qu'elles puissent se souvenir des réponses précédentes. De ce fait, il est plausible de croire que ce type de biais a été diminué par ces deux phénomènes.

En regard du biais lié à la régression des résultats vers la moyenne qui correspond au fait que les sujets de n'importe quel groupe qui ont eu un bon score au niveau du pré-test ont une tendance naturelle à se rapprocher de la moyenne lors de mesure ultérieure (post-test) ; les différentes présentations graphiques amènent à voir qu'il existe pour la plupart des variables des augmentations ou des diminutions continues des moyennes aux différents temps de mesure sans que l'on puisse déceler une quelconque convergence vers la moyenne. Par conséquent, il n'y a pas lieu de croire que ce type de biais a eu un impact sur les résultats.

En regard du déroulement de l'intervention, il n'est pas apparu de phénomène de compétition entre les infirmières du groupe expérimental et celles du groupe contrôle par le fait même que ces dernières étaient informées qu'elles bénéficieraient de l'intervention dans un temps ultérieur si les résultats de l'expérimentation étaient pertinents. De ce fait, le biais de rivalité compensatoire dû au phénomène de compétition des sujets du groupe contrôle avec ceux du groupe expérimental, entraînant parfois l'impossibilité de mettre en évidence une relation causale, a été diminué par cette stratégie. Par contre, il est apparu que certaines infirmières du groupe contrôle ont été très à l'écoute de ce que vivaient les infirmières du groupe expérimental, tout en les questionnant parfois sur le contenu de l'intervention. Ainsi, il se peut qu'une contamination d'un petit nombre d'infirmières du groupe contrôle ait été possible par les informations données sur le sujet par celles du groupe expérimental. Bien que cette démarche soit marginale, il est plausible que les informations fournies aient entraîné un biais possible dû à la diffusion du traitement qui est une atteinte à la validité interne de l'étude. C'est une limite de cette étude qu'il aurait été possible de juguler en appareillant chaque infirmière du groupe expérimental avec une autre infirmière ayant les mêmes caractéristiques socio-professionnelles mais exerçant dans un autre centre hospitalier de la région.

En conclusion, il apparaît que les différentes orientations prises lors de ce devis expérimental ont permis de minimiser les différents biais pouvant porter atteinte à la validité interne de cette étude. Seule persiste cette problématique de contamination du groupe contrôle par le groupe expérimental, mais qu'il est difficile de juguler lorsque les deux groupes sont issus du même centre hospitalier. De ce fait, il est licite de croire que la validité interne de cette étude est très satisfaisante et permettra d'apporter des conclusions pertinentes en lien avec la relation causale. L'examen de la validité statistique de l'étude, développé dans le paragraphe suivant, va permettre d'apporter un éclairage supplémentaire sur la force de la relation causale.

La validité des conclusions statistiques de l'étude

Selon, Cook, Campbell et Peracchio (1990), les menaces à la validité des conclusions statistiques sont souvent sous-estimées par les chercheurs qui ne vérifient pas forcément les présuppositions à l'utilisation d'une telle statistique. De ce fait, les résultats présentés sont à interpréter avec précaution et le lien de causalité entre les variables ne pourra être énoncé de façon sûre. Les paragraphes suivants vont examiner les différentes dimensions de la validité statistiques des résultats.

En regard de l'analyse des résultats statistiques, il s'avère que, dans un premier temps, l'analyse de l'homogénéité des groupes en regard des différentes variables retenues permet de renforcer la validité des conclusions statistiques. Les résultats amènent à voir effectivement une homogénéité des groupes en regard des différentes variables de l'étude. De plus, l'adjonction de covariables dans les analyses statistiques, telle que la désirabilité sociale, est un gain supplémentaire dans l'interprétation des résultats qui seront épurés de l'influence possible de celle-ci. Dans un second temps, l'utilisation d'un modèle statistique approprié (Mancova à mesures répétées) pour répondre aux questions de recherche est un gain dans la validité des conclusions statistiques. De plus, la vérification systématique des présuppositions à l'utilisation du test, qui, dans le cas de Mancova à mesures répétées, suppose d'examiner les liens corrélationnels entre les variables dépendantes de l'étude, la normalité de la distribution de chaque variable, les analyses de résidus, la vérification des hypothèses d'indépendance, la vérification de l'homogénéité des variances ainsi que les problèmes éventuels de sphéricité, permet de diminuer le biais dû à la violation des hypothèses statistiques qui correspond au non-respect des présuppositions à l'utilisation d'un test par le chercheur. Dans un troisième temps, la méthode de présentation des résultats pas à pas, en partant du général vers le particulier, est une démarche qui permet, d'une part, d'examiner les résultats sous plusieurs angles ajoutant de la valeur aux conclusions statistiques apportées et, d'autre part, une clarté méthodologique dans la présentation des résultats.

En regard des échelles de mesures utilisées, il apparaît que les différents tests statistiques examinant la validité et la fidélité de celles-ci sont satisfaisants, permettant ainsi une interprétation correcte des résultats issus de ces échelles. De plus, le tableau XXXVII récapitule les différents alphas de Cronbach des différentes échelles aux quatre temps de mesure retrouvés lors de cette étude.

Au vu des résultats, il apparaît que les alpha de Cronbach des échelles utilisées lors de cette étude sont transposables à ceux retrouvés lors d'études antérieures en regard des scores globaux. De plus, il est aisé de remarquer que les alpha de Cronbach des scores globaux sont assez stables par rééchantillonnage successif. Par contre, plus finement, il apparaît que certaines dimensions de la hardiesse présentent des coefficients d'alpha de Cronbach faibles, et ce, à plusieurs temps de mesure (dimension du sens de la maîtrise par exemple). De ce fait, même si, sur les scores globaux il n'apparaît pas de problématique de consistance interne des échelles de mesure, le constat fait en regard des dimensions de la hardiesse peut induire un biais lié à des problèmes de validité et de fidélité des instruments de mesure.

En regard du programme d'intervention, la constitution d'un cahier de contenus et d'exercices à l'usage des infirmières du groupe expérimental, la distribution identique du même contenu quels que soient les sous-groupes, le même temps alloué en terme d'intervention pour les sous-groupes, la formation du chercheur aux techniques utilisées sont autant d'atouts qui permettent de diminuer le biais lié aux problèmes de fidélité du traitement qui correspondent à des modifications possibles dans l'administration du traitement d'une personne à l'autre. De ce fait, la variation observée ne serait pas due au traitement lui-même mais à la variation de son administration portant atteinte à la validité des résultats statistiques.

En conclusion, il apparaît en regard de la méthode statistique utilisée, des présuppositions vérifiées à l'utilisation des tests, de la validité et de la fidélité des échelles de mesure, de la distribution du programme d'intervention, que le principe de validité des conclusions statistiques a été conservé. Par conséquent, les résultats

TABLEAU XXXVII : Présentation des alphas de Cronbach des différentes échelles de mesures aux quatre temps de mesure

	Nombre d'Items		T1	T2	T3	T4
Stresseurs	34	F	0.781	0.838	0.867	0.867
		I	0.897	0.936	0.959	0.956
Physique	6	F	0.675	0.642	0.675	0.668
		I	0.754	0.795	0.855	0.831
Psychol.	18	F	0.747	0.775	0.795	0.804
		I	0.845	0.9	0.935	0.932
Social	10	F	0.723	0.533	0.706	0.676
		I	0.728	0.795	0.869	0.842
			T1	T2	T3	T4
Coping	21		0.870	0.856	0.857	0.841
Soutien Rééval. Évit.	6		0.789	0.727	0.791	0.781
	9		0.712	0.852	0.855	0.832
	6		0.815	0.795	0.759	0.722
			T1	T2	T3	T4
Qualité de vie au travail	16		0.874	0.878	0.891	0.887
			T1	T2	T3	T4
Hardiesse	50		0.840	0.860	0.861	0.848
Défi Engag. Contr.	17		0.717	0.781	0.746	0.750
	16		0.739	0.565	0.716	0.657
	17		0.546	0.657	0.604	0.582

F : fréquence

I : intensité

statistiques mis en évidence par cette recherche peuvent être considérés comme épurés d'un certain nombre de menaces potentielles à leur interprétation.

Examen de la généralisation possible des résultats de l'étude

La validité de construit de l'étude

Selon Cook et Campbell (1979), cette validité examine la cohérence entre les niveaux théorique et opérationnel des différentes variables. Les auteurs ont recensé 10 menaces possibles à la validité de construit en regard d'une expérimentation. Seules les menaces possibles en lien avec ce type de devis expérimental seront reprises dans les paragraphes suivants.

En regard de l'intervention, les infirmières du groupe expérimental n'étaient pas au courant de façon précise des résultats attendus. De ce fait, elles avaient une méconnaissance des hypothèses de la présente recherche. Ce fait diminue le biais dû aux hypothèses devinées à l'intérieur du groupe expérimental, qui fait référence à la connaissance par les sujets des hypothèses de recherche, tronquant ainsi les résultats. De plus, pendant la période de déroulement du programme d'intervention, les infirmières des deux groupes ne suivaient aucune autre formation, ce qui limite le biais lié à l'interaction entre différents traitements, qui correspond à l'application de plusieurs traitements aux sujets du groupe expérimental. De ce fait, il apparaît parfois difficile de détecter l'efficacité individuelle d'un traitement.

En regard du biais dû à l'appréhension de l'évaluation des sujets, qui fait plus référence à une désidérabilité sociale des sujets de se montrer sous un aspect positif, l'utilisation statistique de l'échelle de désirabilité sociale comme co-variable a permis de diminuer ce biais puisque les résultats statistiques obtenus sont épurés de l'influence possible de cette variable.

En regard du contenu du programme de renforcement de la hardiesse, les différents écrits (Leclerc, 1999 ; Maddi, 1987 ; Maddi, Kahn, Maddi, 1998 ; Maddi et Kobasa, 1984 ; Rich, 1985 ; Tierney et Lavelle, 1997) rapportent tous l'utilisation des techniques retenues pour la construction de celui-ci. Par contre, le nombre d'heure d'intervention de renforcement de cette caractéristique est la plus importante dans ce cas-ci. De plus, en regard des résultats obtenus sur la variable hardiesse en post-intervention, il est licite de croire que le contenu de ce programme représente bien un renforcement du concept de hardiesse. De ce fait, l'adéquation entre le contenu de l'intervention et le concept lui-même ajoute ainsi à la validité de construit de l'étude.

Par contre, le biais dû aux attentes de l'expérimentateur (effet Rosenthal), qui fait référence à la croyance du chercheur en regard de ces résultats pouvant influencer les résultats recueillis, n'a pu être contrôlé de façon optimale, étant donné que le chercheur se trouvait à dispenser le programme. De plus, le niveau de hardiesse du chercheur étant élevé, il est licite de se poser la question de savoir si c'est le contenu de l'intervention ou de l'intervenant qui a eu un impact sur les différentes variables étudiées. Dans un cadre idéal, il aurait fallu élaborer un devis comportant plusieurs groupes expérimentaux bénéficiant de l'intervention au même moment par des formateurs différents. C'est une piste de développement possible dans les recherches futures sur le sujet, en sachant que la formation initiale des intervenants aux techniques utilisées doit être contrôlée par des experts de ces dernières.

En conclusion, il apparaît de façon globale que les différentes actions entreprises ont permis de diminuer les différentes menaces à la validité de construit de la présente étude. Bien que le biais dû aux attentes de l'expérimentateur puisse porter atteinte à la validité de construit, il semble licite de penser que celle-ci est satisfaisante pour permettre une généralisation des résultats.

La validité externe de l'étude

La validité externe permet de proposer une généralisation des résultats à l'ensemble de la population accessible, sans restriction dans le temps et l'espace, alors que l'expérimentation s'est déroulée selon une unité de temps, de lieu et de personne. Cook, Campbell et Peracchio (1990) notent que la recherche de la validité externe n'est pas forcément une préoccupation des chercheurs lors d'études expérimentales, qui comme on a pu le remarquer précédemment, se sont surtout focalisées sur l'établissement du lien de causalité. Selon Burns et Grove (1997), il existerait trois menaces possibles à la validité externe d'un devis expérimental. Chacune d'entre-elle va être reprise dans les lignes qui suivent.

En regard de la sélection des infirmières pour participer à l'étude, un tirage aléatoire d'une population d'infirmières accessibles a été effectué dans un premier temps, puis une randomisation dans un second temps. Le premier niveau de randomisation a permis à chaque sujet de la population cible d'avoir une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon, favorisant, d'une part, la généralisation des résultats à l'ensemble des infirmières du centre hospitalier où s'est déroulé l'expérimentation et, d'autre part, limitant ainsi le biais dû à l'interaction entre la sélection et le traitement, qui réduit les effets obtenus aux sujets de l'étude.

L'adjonction d'un certain nombre de covariables à l'étude et la randomisation de l'échantillon permettent de contrôler un certain nombre d'éléments pouvant avoir un impact sur les résultats en regard des variables dépendantes. Par contre, il se peut que certains événements durant le déroulement de l'étude peuvent avoir un impact sur les résultats et donc produire un biais dû à l'interaction entre l'histoire et le traitement. Ce fait est difficilement contrôlable. Selon Burns et Grove (1997), c'est la répétition des études dans le temps qui permettra cette généralisation. Il est vrai qu'il existe peu d'études expérimentales en regard d'un programme de renforcement de la hardiesse sur une population d'infirmières françaises, ce qui ne permet pas de connaître l'ensemble des variables étrangères pouvant interférer avec les résultats obtenus auprès des

variables dépendantes. Il sera pertinent dans le futur de continuer à tester des programmes de renforcement de la hardiesse afin de mieux connaître, entre autres, les biais possibles à l'interprétation des résultats.

Au niveau du terrain d'expérimentation, il apparaît que les infirmières sont très peu sollicitées pour participer à des programmes de recherche et qu'il n'existe aucun autre programme concurrent dans le même intervalle de temps, ce qui limite le biais d'interaction entre le cadre et le traitement lié à l'implantation de multiples programmes de recherche sollicitant de façon continue les employés. Selon Burns et Grove (1997), ce genre de pratique qui convient au chercheur ne rend pas compte de la réalité et biaise ainsi la généralisation des résultats.

En conclusion, il apparaît de façon globale que le principe de validité externe est satisfaisant. De ce fait, la généralisation des résultats obtenus pourra être entrevue à la population accessible. Par contre, il a semblé pertinent dans le paragraphe suivant de rendre compte de certains aspects de la recherche qui semblent avoir un impact sur la validité externe de la présente étude.

Aspects complémentaires

Il est apparu pertinent de proposer deux aspects complémentaires, non proposés par Cook et Campbell (1979), et qui semblent avoir un certain impact sur la notion de validité externe.

La pertinence du cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984)

Le cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984) a permis de postuler un lien de causalité entre les variables d'intérêt afin d'effectuer des analyses multivariées. Les résultats de celles-ci confirment les hypothèses théoriques de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), soit qu'un programme de renforcement de la hardiesse permet à une personne, par le biais de l'augmentation de son niveau de hardiesse, de diminuer son

niveau de perception des stresseurs, lui permettant ainsi de demeurer en santé malgré la présence de nombreuses situations stressantes. De plus, cette diminution de la perception des stresseurs est due à l'adoption par la personne de stratégies actives de *coping*, ce que le programme de renforcement de la hardiesse a permis de mobiliser. En outre, les liens corrélationnels entre les variables dépendantes mettent bien en évidence que les stratégies de *coping* servent de variables médiatrices entre la hardiesse et la qualité de vie au travail qui explore le concept de santé. Ce constat a déjà été mis en évidence par Delmas (1999) auprès d'une population d'infirmières françaises. Ces divers résultats confirment donc les hypothèses théoriques de Maddi et Kobasa (1984). De plus, la présence du rôle central des stratégies de *coping* comme variables médiatrices renforce la validité du cadre conceptuel de Roy (1991), qui met l'accent sur les capacités d'adaptation de l'individu à tout changement (stimuli), afin de maintenir un haut niveau d'efficacité dans les quatre modes. En conclusion, il apparaît que le cadre conceptuel de Roy (1991) a permis un éclairage judicieux dans le choix des variables d'intérêt de cette étude et que la théorie de Maddi et Kobasa (1984) a permis de prédire les relations causales entre les variables d'intérêt. La théorie de Maddi et Kobasa (1984) apparaît donc comme une théorie intermédiaire pertinente (Fawcett et Downs, 1986) en regard du modèle de Roy (1991). Il existe donc une cohérence conceptuelle et théorique, ce qui renforce la possibilité d'interprétation des résultats en regard des cadres théorique et conceptuel. Ce constat ajoute de la valeur à la validité externe de l'étude.

La reproductibilité du devis

L'élaboration d'un programme séquentiel répondant aux exigences de la formation continue, en terme de mobilisation des infirmières au niveau des établissements de soins permet une reproductibilité plus importante du devis dans d'autres établissements. Ce constat est extrêmement important en termes de faisabilité et de reproductibilité de ce type d'intervention. De même, il est aisé de remarquer qu'aucun gestionnaire des soins n'a refusé de mettre à disposition les infirmières pour suivre le programme, ce qui se rencontre parfois lorsque les programmes proposés engendrent une réorganisation importante des équipes de soins. Ce constat ajoute à la validité externe de l'étude par le

fait même d'une optimisation de la reproductibilité du devis de recherche et donc de la duplication de celui-ci.

Conclusion

Le souci du chercheur a été de se rapprocher des critères du devis expérimental le plus optimal possible afin d'assurer, d'une part, une validité des résultats et, d'autre part, une généralisation de ceux-ci. En regard de la validité des résultats, Cook, Campbell et Peracchio (1990) émettent certains critères qui permettent de prédire une robustesse du devis utilisé. Selon ces auteurs, c'est à travers le contrôle qui s'effectue à plusieurs niveaux (environnement, échantillon, traitement, et mesure) que le devis acquiert sa force. Les auteurs proposent ainsi différents niveaux de contrôle que le chercheur doit prendre en compte. De ce fait, pour un devis optimal, le chercheur doit contrôler l'environnement afin de diminuer l'impact des variables étrangères. Le choix de la randomisation de l'échantillon a permis ce genre de contrôle. De plus, l'équivalence des groupes doit être contrôlée en regard des variables dépendantes, ce que l'analyse de l'homogénéité des groupes au temps T1 a permis de faire. Selon les auteurs, il est conseillé d'introduire un groupe de comparaison ou de contrôle afin de pouvoir porter des conclusions sur la modification de la variable dépendante à la suite de l'introduction de la variable indépendante. Ce choix a été retenu dans la présente étude. De plus, les auteurs préconisent de contrôler le traitement. La description minutieuse de l'intervention en regard de son contenu, de sa didactique et de son déroulement dans le temps permet de répondre à cette demande. En outre, les auteurs suggèrent d'assurer un contrôle de la mesure. Le choix des instruments de mesure en cohérence avec le niveau théorique de l'étude, la description de la validité et de la fidélité de celles-ci sont autant de façons de répondre à cette exigence. Enfin, Cook, Campbell et Peracchio (1990) suggèrent d'assurer un contrôle efficace des variables socio-démographiques comme l'âge, le genre, le statut socio-économique, le statut de santé, mais aussi des variables mises à jour par la littérature. En regard de la démarche entreprise lors de cette étude, les liens possibles ont été examinés entre les variables socio-démographiques et les variables dépendantes. Les résultats amènent à voir qu'il n'existe pas de lien

statistiquement significatif entre ces différentes variables, sauf pour l'expérience en soins qui a d'ailleurs été intégrée comme covariable. Par conséquent, ce type d'exigence semble avoir été rempli. En conclusion, le devis utilisé dans la présente étude semble répondre selon les critères de Cook, Campbell et Peracchio (1990), aux exigences d'un devis expérimental optimal assurant une certaine robustesse des résultats. De plus, les différentes précautions prises pour diminuer les menaces à la validité de construit et la validité externe laissent présager une généralisation possible des résultats. Par conséquent, il s'avère que les liens de causalité mis en évidence par les résultats statistiques de la présente étude peuvent être considérés comme valides, avec un potentiel de généralisation aux infirmières du centre hospitalier. La partie suivante va examiner de façon attentive ces liens de causalité à la lumière de la théorie de Maddi et Kobasa (1984).

Une intervention qui renforce la hardiesse des infirmières
ainsi que leur sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi

Après avoir insisté, dans une première partie, sur la contribution méthodologique de cette recherche, cette partie va se centrer sur les différentes contributions théoriques et cliniques issues, d'une part, des résultats statistiques obtenus et, d'autre part, des témoignages des infirmières, recueillis lors des séances de supervision. Les différentes propositions causales de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), qui ont pu être éprouvées par le devis expérimental, vont servir de guide à l'interprétation des résultats. Plus finement et de façon opérationnelle, les auteurs postulent qu'un programme d'intervention sur la hardiesse permet le renforcement de celle-ci, l'adoption de stratégies actives de *coping*, la diminution du stress perçu et l'augmentation du niveau de santé. Les propositions relationnelles citées précédemment seront l'objet d'un examen attentif dans les différentes parties qui suivent, tout en mentionnant les contributions de cette recherche.

La première contribution de cette étude est d'avoir mis en évidence que la hardiesse est une caractéristique de la personnalité qui peut être mobilisée par une intervention. En effet, en regard des résultats obtenus, il apparaît que le niveau global de hardiesse a augmenté de façon statistiquement significative aux trois temps de mesure postérieurs à l'intervention. Si, au départ, le score global est inférieur à celui retrouvé dans les différentes études expérimentales (Maddi, R. S., Kahn, S., Maddi, K. L. 1998 ; Leclerc, 1999 ; Tierney et Lavelle, 1997) et corrélationnelles (Delmas, 1997 ; Delmas, 1999 ; Duquette et coll., 1995 ; Harrisson, 1995 ; Harrisson, 1997 ; Major, 1995 ; Morisette, 1993 ; Savignac, 1993), il n'en demeure pas moins que le score global obtenu trois mois après l'intervention est supérieur à toutes ces études. De ce fait, en lien aussi avec les résultats liés à l'interaction entre le temps et le groupe, il semble licite de dire que le programme de renforcement de la hardiesse a eu un impact positif et significatif sur le niveau de hardiesse des infirmières du groupe expérimental. Ce constat permet d'écarter les critiques formulées à l'égard du concept par Carver (1989) et Funk (1992) qui postulaient que la hardiesse était un trait fixe de personnalité. De plus, l'intervention étant de courte durée, et donc facilement reproductible, les résultats obtenus tendent à montrer que sa mobilisation peut être rapide (dès la fin de l'intervention) et importante (la moyenne fut augmentée entre les mesures extrêmes de 8,5 %). En outre, la persistance d'un niveau élevé trois mois après l'intervention montre à voir que le programme n'a pas eu qu'un effet fugace dans le temps.

Au niveau clinique, les témoignages des infirmières recueillis lors des supervisions montrent à voir que celles-ci ont verbalisé une différence dans leur manière de faire et d'être, et ce, tout au long de l'intervention. Plusieurs disaient confronter plus facilement les situations stressantes car, d'une part, elles reprenaient confiance en elles et, d'autre part, elles comprenaient qu'une situation non résolue peut devenir une source permanente de stress. En outre, elles percevaient avoir une influence sur ce qui arrivait, ce qui leurs permettait d'entrevoir des solutions possibles à des situations qui étaient bloquées depuis parfois des années. Enfin, elles apprenaient à prendre du recul par rapport aux situations stressantes qui se présentaient, tout en préparant une action en rapport avec leurs valeurs. De façon globale, les infirmières ont témoigné d'un mieux-

être au travail et d'une meilleure affirmation de soi, tout en prenant conscience qu'elles pouvaient devenir acteurs dans les changements en lien avec le travail, plutôt que de les subir. Ce recueil d'informations permet de corroborer les résultats statistiques de cette étude. En effet, en regard de la description des façons d'être et de faire d'une personne hardie (Maddi et Kobasa, 1984), il apparaît que les infirmières du groupe expérimental au vu de leurs témoignages, ont renforcé celles-ci. De ce fait, la contribution clinique ajoutant de la crédibilité à la première contribution théorique de cette étude, il est licite de confirmer que la hardiesse est une caractéristique de la personnalité mobilisable par l'intermédiaire d'une intervention de courte durée.

Une autre contribution de cette étude réside dans l'examen attentif pas à pas de la mobilisation des différentes dimensions de la hardiesse dans le temps, ce qu'aucune autre étude expérimentale n'a proposé, sauf celle de Tierney et Lavelle (1997) mais dont les résultats sont difficilement interprétables, car la base de calcul utilisée par les auteurs ne correspond pas aux recommandations de Maddi (1987, 1990). Le but de cet examen réside dans le fait, d'une part, de mieux comprendre le renforcement de la personnalité hardie au cours du temps et, d'autre part, de vérifier la proposition de Maddi et Kobasa (1984) qui stipule qu'une personne est dite hardie que si les trois dimensions ont chacune des scores élevés.

En regard des aspects statistiques, il apparaît que les moyennes des trois dimensions augmentent aux trois temps de mesure et que cette augmentation est significative immédiatement après l'intervention pour le sens de la maîtrise, un mois après pour le sens du défi et trois mois après pour le sens de l'engagement. De plus, si les moyennes des différentes dimensions, et plus particulièrement celle du sens de la maîtrise, sont basses avant l'intervention en regard des différentes études corrélationnelles sur le sujet (Delmas, 1999 ; Delmas, 1997 ; Duquette et coll., 1995 ; Harrisson, 1995 ; Harrisson, 1997 ; Major, 1995 ; Morisette, 1993 ; Savignac, 1993), il n'en demeure pas moins que les scores obtenus trois mois après l'intervention font partie des plus élevés. De ce fait, en lien aussi avec les résultats liés à l'interaction entre le temps et le groupe, il semble licite de dire que le programme de renforcement de la

hardiesse a eu un impact positif et significatif sur les différentes dimensions mais à des temps différents. De plus, en regard des résultats précédents sur le niveau global de hardiesse et les résultats pour chaque dimension, la proposition théorique de Maddi et Kobasa (1984), qui stipule qu'une personnalité hardie possède des scores élevés dans les trois dimensions, est confirmée.

Lors de l'examen pas à pas de chaque dimension, il apparaît que la première dimension à être mobilisée fut la maîtrise. Il semble relativement cohérent que cette dimension soit la première mobilisée, car elle permet à l'infirmière de se recentrer sur soi-même et de prendre la mesure de l'impact qu'elle peut avoir sur les événements extérieurs. En regard des échanges entre elles lors des supervisions, les infirmières témoignaient, immédiatement après l'intervention, d'une réappropriation du « je » lorsqu'elles avaient à intervenir dans les situations de travail. Elles exprimaient ainsi être plus en contact avec leurs besoins, leurs limites et, plus largement, avec elle-même. De plus, le centre hospitalier étant en pleine mutation, les infirmières du groupe expérimental ont pu utiliser ces nouvelles habiletés à travers les différents groupes de travail institutionnel. Ce phénomène fut très important, car leur participation aux groupes de travail a permis le renforcement de cette dimension, qui semble d'ailleurs devenir pérenne par le fait même où elles ont pu identifier, analyser et verbaliser les situations pourvoyeuses de stress. Il se peut aussi que cette dimension fut mobilisée en première intention, car sa moyenne était la plus basse au vu des études antérieures.

Dans le même ordre d'idées, un mois après l'intervention, c'est la dimension du défi qui fut mobilisée. Au niveau clinique, les infirmières du groupe expérimental ont eu la possibilité de mieux exprimer leur créativité et de proposer de nouvelles visions des choses. De même, elles ont pu exprimer leur sens du défi lors des réunions de construction du nouvel hôpital, ce qui a permis de renforcer leur esprit de créativité. De plus, elles témoignaient de la satisfaction personnelle à pouvoir partager leurs opinions qui, parfois, bousculaient les idées reçues. Enfin, être en contact avec leur créativité leur permettait d'être plus en contact avec elles-mêmes et avec tout leur potentiel de

développement et de changement, ce qui fut sûrement le moteur de leur implication institutionnelle, tout en contribuant à mobiliser davantage leur sens de l'engagement.

Trois mois après l'intervention, c'est la dimension de l'engagement qui fut mobilisée. En regard des aspects cliniques, il semble cohérent que cette dimension soit mobilisée en dernier, car il apparaissait important, dans un premier temps pour les infirmières, de se réapproprier la capacité de dire « je », puis de rentrer en contact avec leur dimension créative, pour enfin s'impliquer dans toutes les activités qui permettaient d'exprimer leur unicité. Lors des supervisions, certaines infirmières mentionnaient, d'une part, que de s'engager sans se retrouver (capacité de dire « je ») aurait induit un échec et, d'autre part, que la dimension de l'engagement, par rapport aux deux autres dimensions, correspond à la mise en mouvement de la personnalité hardie. Il se peut aussi étant donné que la moyenne de cette dimension était la plus élevée des trois avant l'intervention, que sa mobilisation fut moins importante dans les premiers temps post-interventions.

Cette analyse pas à pas est une des contributions majeures de cette étude car elle permet de mieux comprendre, dimension par dimension, la mobilisation de la personnalité hardie. Le fait saillant qui ressort est que la mobilisation des dimensions ne s'effectue pas de façon similaire, confortant ainsi l'idée que celles-ci sont à considérer comme des entités uniques et non comme un composite. Ce constat renforce l'idée que la hardiesse est un concept multidimensionnel, ce qui est en accord avec les aspects philosophiques et conceptuels émis par Maddi et Kobasa (1984). De plus, il semble exister une chronologie dans le renforcement des différentes dimensions dans le temps qui pourrait aussi être liée à la moyenne, avant l'intervention. En effet, les résultats montrent à voir que la première dimension mobilisée dans le temps avait la moyenne la plus basse, par opposition à la dernière qui présentait le score le plus élevé. De ce fait, le renforcement des différentes dimensions ne se fait pas de façon anarchique mais selon une certaine logique dans la perspective d'atteindre des niveaux élevés pour les trois dimensions en fin d'expérimentation, ce qui corrobore aussi l'idée que la personne hardie présente des niveaux élevés dans les trois dimensions. Il semble important, dans

les prochaines recherches, de continuer à explorer le fonctionnement des différentes dimensions lors d'un programme de renforcement pour affiner ces premiers constats.

Une autre contribution, bien que d'aspect initial méthodologique, est l'utilisation des mesures répétées. En effet, cette approche a permis de mieux analyser l'évolution de la personnalité hardie dans le temps. Le fait saillant qui ressort est que, trois mois après l'intervention, la moyenne de la hardiesse a tendance à se stabiliser, ce qui conforte l'idée que celle-ci est un trait relativement stable de personnalité lorsqu'il n'est pas mobilisé par une intervention. De plus, il apparaît que le gain obtenu se pérennise dans le temps, ajoutant un argument supplémentaire pour le développement de ce type d'intervention. Enfin, après avoir examiné les contributions théoriques de cette recherche au niveau de la hardiesse, la partie suivante va explorer la relation causale entre la hardiesse et les stratégies de *coping*.

Une intervention qui mobilise les stratégies actives de *coping* tout en diminuant l'utilisation des stratégies d'évitement

D'après Maddi et Kobasa (1984), la personne hardie utilise de façon préférentielle les stratégies actives de *coping* pour faire face aux événements stressants, tout en évitant l'utilisation de stratégies de fuite. De ce fait, cette personne analyse et évalue les situations pour mieux les confronter, tout en consultant son réseau de soutien qui lui permet d'avoir du *feed back* sur les actions à entreprendre. Ainsi, selon les auteurs, l'utilisation de stratégies actives de *coping* face à une situation stressante reflète bien l'expression de la hardiesse. Par contre, il apparaît, en regard de la littérature, que les diverses études expérimentales n'ont pas examiné ce lien de causalité, ce qui est une force de cette recherche.

Une des contributions de la présente étude est de démontrer que les stratégies actives de *coping* ont été renforcées à la suite de l'intervention, contrairement aux stratégies d'évitement qui ont vu leur utilisation de moins en moins retenue, pour faire

face aux événements stressants. Les paragraphes suivants vont développer plus en détail l'interprétation théorique et clinique en lien avec les différentes stratégies utilisées pour cette recherche. De plus, la comparaison avec d'autres études sera réduite, étant donné que seul Delmas (1999) a utilisé cette échelle de mesure. Par contre, les conclusions des recherches utilisant d'autres échelles de *coping*, toutes issues de la version française adaptée de l'outil Indice of Coping Responses (Billing et Moos, 1984), serviront à enrichir les conclusions.

En regard des stratégies actives de *coping*, c'est la dimension de réévaluation positive/résolution de problèmes qui bénéficie du renforcement le plus important (augmentation de sa moyenne de 12 %). De plus, son indice de départ étant proche des résultats présentés par Delmas (1999), il advient que le score atteint trois mois après l'expérimentation est élevé. Ces résultats sont cohérents avec les propositions théoriques de Maddi et Kobasa (1984), où la personne hardie analyse les situations dans une perspective de croissance et de développement, tout en établissant un plan d'action. Il faut dire que le programme de renforcement de la hardiesse insiste sur l'apprentissage de techniques de reconstruction de situation et émotivo-rationnelle, ce qui permet de renforcer cette perspective. En regard des aspects cliniques liés aux échanges lors des supervisions, les infirmières témoignent à la suite de l'intervention, avoir priorisé ce mode d'intervention face aux situations stressantes. Bien qu'elles les utilisaient déjà de façon prioritaire avant l'intervention, elles ont mieux compris l'impact qu'elles pouvaient avoir sur leur santé, ce qui les a motivées à les renforcer. De plus, ce type de stratégies a favorisé la prise du recul face aux événements stressants, tout en les examinant comme une opportunité de développement. Les infirmières mentionnent que ce type d'analyse leur a permis d'entrevoir des actions possibles face aux situations qui leur apparaissaient figées au départ, ce qui a été l'occasion d'un développement des potentiels. En fait, par l'utilisation des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, elles ont repris contact avec leur capacité d'agir selon leurs croyances et valeurs. D'ailleurs, au fur et à mesure de l'intervention, le discours utilisé par les infirmières faisait moins état des phrases comme « je ne peux rien y faire », « c'est la faute à l'institution », « de toute manière, cela fait des années que cette situation

perdre ». Par contre, les phrases qui revenaient le plus étaient « je prends du recul face à cette situation et je n'agis pas dans l'impulsion », « comment tirer profit de cette situation », « je vais agir de telle façon car cela est en accord avec mes valeurs ». Enfin, les infirmières ont exprimé un mieux-être par le fait même qu'elles renforçaient leur capacité d'agir en accord avec ce qu'elles pensent et ressentent. De ce fait, les aspects cliniques et statistiques confirment que le programme de renforcement de la hardiesse a permis de mobiliser l'utilisation de stratégies de réévaluation positive/résolution de problème, ce qui semble congruent avec les aspects théoriques proposés par Maddi et Kobasa (1984).

Dans le même ordre d'idée, l'examen des stratégies de recherche de soutien social amène à voir que leur mobilisation par le biais de l'intervention est proche des stratégies de réévaluation positive/résolution de problème (augmentation de la moyenne entre T1 et T4 de 10 %). Cette dimension, qui explore l'interaction de l'infirmière avec son environnement, présente des indices avant l'intervention plus élevés que ceux présentés par Delmas (1999), ce qui induit que les résultats présentés trois mois après l'intervention sont d'autant plus probants. Au vu des aspects théoriques de Maddi et Kobasa (1984), la personne hardie est en interaction avec son réseau de soutien social qui lui permet de se ressourcer, tout en lui prodiguant du *feed back*. En regard des résultats statistiques, il apparaît que les infirmières du groupe expérimental ont renforcé leurs interactions avec leur réseau de soutien. Par contre, la nature du soutien n'est pas précisé par l'échelle utilisée. Au plan clinique, lors des supervisions, les échanges entre les infirmières du groupe expérimental montrent que celles-ci ont aussi renforcé leur réseau de soutien au travail. Ce fait peut s'expliquer, selon elles, par le besoin de supervision de façon plus régulière en regard des idées de changement qu'elles pouvaient proposer et d'une certaine façon de bénéficier d'une écoute active de la part de leurs pairs. Selon elles, cette façon de faire leur a permis une réassurance dans leur nouvelle façon de penser et, plus largement, d'être. Par contre, elles soulignent le fait d'avoir sélectionné certaines personnes dans leur entourage en regard de leur qualité d'écoute et de confrontation emphatique. Elles s'orientent plus vers une qualité de relation plutôt qu'une quantité. Par conséquent, les aspects statistiques et cliniques

confirment que l'intervention a permis le renforcement d'interactions entre l'infirmière et son réseau de soutien social. De plus, les résultats cliniques, bien qu'ils précisent la nature de ce soutien, mériteraient d'être davantage explorés dans les recherches ultérieures.

Au vu de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), la personne hardie, par l'utilisation de stratégies actives de *coping*, diminue l'utilisation des stratégies d'évitement lorsqu'elle doit faire face à des événements stressants. Les résultats statistiques des stratégies d'évitement montrent à voir que la moyenne a diminué de 28% entre les deux temps extrêmes de l'expérimentation. De plus, si la moyenne en T1 est plus élevée que celle présentée par Delmas (1999), il s'avère en T4 qu'elle s'en rapproche. Par contre, il apparaît, aux niveaux graphique et statistique, que cette diminution n'est pas linéaire, nécessitant une exploration clinique pour mieux comprendre ce phénomène. En effet, il apparaît à la suite de l'intervention que les infirmières ont priorisé l'utilisation de stratégies actives de *coping* pour essayer de résoudre les problèmes qui se présentaient. Elles pensaient que les stratégies de fuite étaient à bannir, tout en intégrant une notion de culpabilité à les utiliser. De ce fait, elles confrontaient toutes les situations stressantes, même les plus anciennes, ce qui a *posteriori* leur demandait beaucoup d'énergie. Ce constat peut expliquer la diminution importante de leur utilisation immédiatement après l'intervention. Par contre, lors des supervisions, un recadrage a été nécessaire quant à l'utilisation des stratégies d'évitement, ce qui a permis de dédramatiser leur utilisation quand la situation rencontrée par l'infirmière le nécessitait. D'ailleurs Maddi et Kobasa (1984) précisaient que fuir une situation momentanément peut d'abord permettre de sortir d'une situation stressante, qui peut paralyser l'infirmière, pour ensuite mieux réfléchir aux stratégies à adopter afin de faire face à cette situation dans un second temps. Cette fuite momentanée se différencie de la fuite prolongée, laissant la situation exercer son potentiel stressant sur la personne. De ce fait, un rééquilibrage a été effectué lors des supervisions, ce qui peut expliquer une légère augmentation de la moyenne du groupe expérimental vis-à-vis de cette dimension entre le temps T2 et le temps T3 et une stabilisation de celle-ci en T4. Il s'avère, autant au niveau statistique que clinique, que le programme de renforcement

de la hardiesse a eu un impact sur les stratégies d'évitement, en diminuant leur utilisation par les infirmières, lorsqu'elles ont eu à faire face à des situations stressantes.

Les résultats obtenus semblent congruents avec ceux des études corrélationnelles utilisant des échelles de *coping* similaires. En effet, cette façon dont la personne hardie a d'interagir avec les situations stressantes, en renforçant les stratégies actives et diminuant l'utilisation de stratégies d'évitement, a déjà été rapportée par Delmas (1999), Duquette et coll. (1995). Par contre, la contribution de cette étude réside dans le fait d'avoir confirmé le lien de causalité entre ces variables, soit que le renforcement de la hardiesse entraîne l'adoption prioritaire de stratégies actives de *coping*, tout en diminuant les stratégies d'évitement pour faire face aux situations stressantes. Enfin, la prochaine partie va explorer une autre proposition théorique en regard du lien de causalité entre la hardiesse et le stress perçu.

Une intervention qui réduit l'intensité du stress occupationnel

Maddi et Kobasa (1984) précisent que la personne qui a un niveau élevé d'engagement, de maîtrise et de défi, réagit aux événements stressants en utilisant des stratégies actives de *coping* permettant de les projeter dans une perspective de développement, ce qui favorise la diminution de la tension induite par les stressseurs.

Au vu des résultats obtenus, une autre contributions de cette étude est de démontrer que le programme de renforcement de la hardiesse a permis de diminuer l'intensité du stress perçu et ce, aux quatre temps de mesure. Les résultats donnent à voir que le score global du stress a diminué de 22% en considérant les mesures extrêmes. En comparaison, Leclerc (1999) avait obtenu, pour le même type d'intervention, une diminution de 12 %, mais sur une période de test plus courte. De plus, il est aisé de remarquer que l'intervention n'a eu aucun impact statistique sur la fréquence des stressseurs, ce qui conforte l'idée que la hardiesse est une caractéristique de la personnalité dont l'action se situe au niveau perceptuel. Lors des entrevues de supervision, les infirmières du groupe expérimental rapportent que l'utilisation de

stratégies actives de *coping* leur permet de confronter les stresseurs de façon plus rapide. De ce fait, la tension perçue induite par la non-résolution de la problématique liée aux stresseurs n'est plus ressentie, grâce à une confrontation précoce. Les infirmières font état qu'elles interpellent plus souvent les médecins et les infirmières-chef lorsque leurs paroles ou actes peuvent induire chez elles des tensions. Elles rapportent aussi que la confrontation des situations stressantes demande du courage et produit un certain niveau de stress, mais, lorsque celle-ci permet la résolution du problème, le gain est nettement supérieur à la tension induite par la confrontation. Elles soulignent que la supervision a été un temps déterminant dans leur changement de comportements face à la gestion des situations problématiques. Par conséquent, les aspects statistiques et cliniques permettent effectivement de confirmer les liens de causalité entre la hardiesse et le stress perçu, ce qui représente une contribution de cette recherche. Enfin, de façon plus spécifique, les paragraphes suivants vont retracer les résultats obtenus pour les trois dimensions, soit les dimensions physique, psychologique et sociale.

Les scores de la dimension physique du stress perçu, qui explore la surcharge de travail, diminuent de 22% après l'intervention en considérant les mesures extrêmes ; ainsi, trois mois après l'intervention, les scores sont les plus bas parmi tous ceux obtenus auprès d'une population d'infirmières de langue française. De plus, au niveau clinique, lors des supervisions, il apparaît que ces infirmières interpellent plus facilement les infirmières chef sur le manque de personnel dans les unités de soins et les répercussions que cela peut avoir sur la qualité des soins mais aussi sur leur santé au travail. Elles mettent beaucoup plus de limites quant aux multiples sollicitations en dehors des soins au patient, en soulignant que, dans le temps qui leur est imparti, leur nombre d'actes est contingenté. De plus, elles adhèrent plus facilement aux apports ergonomiques afin de faciliter leurs tâches quotidiennes. Elles osent dire « non » aux diverses sollicitations lorsqu'elles perçoivent que la pénibilité du travail effectué atteint des seuils pathogéniques. Elles rapportent que l'intervention sur le renforcement de la hardiesse leur a permis de prendre conscience de la lourdeur du travail effectué et des répercussions possibles sur leur santé. Elles sont alors plus sensibles au fait de ne pas répondre de façon systématique aux multiples sollicitations. Ce constat a d'ailleurs été

remarqué par les infirmières-chef et les médecins, qui ont été momentanément déroutés par leur attitude. Par contre, l'argumentation entamée par les infirmières sur le pourquoi de leur refus a permis aux personnes citées précédemment de mieux comprendre leur démarche. De plus, elles précisent que celle-ci leur a été possible dès lors qu'elles ont repris confiance en elle et réintégré leur rôle professionnel, ce qui peut expliquer que la différence significative des moyennes n'a eu lieu qu'un mois après l'intervention. De ce fait, en regard des apports cliniques et statistiques, il apparaît que l'intervention a permis de diminuer le stress physique perçu par les infirmières du groupe expérimental.

En regard de la dimension psychologique, qui explore plus spécifiquement les situations pouvant induire du stress émotionnel, il apparaît que cette dernière bénéficie après l'intervention d'une diminution de sa moyenne de 22,5%, en considérant les mesures extrêmes, la situant ainsi, trois mois après, dans les moyennes les plus faibles obtenues auprès d'une population d'infirmières en langue française. En regard des aspects cliniques, au vu des témoignages lors des supervisions, il apparaît que les infirmières du groupe expérimental, par l'utilisation des stratégies actives de *coping*, font appel plus régulièrement à leur réseau de soutien social parmi leurs pairs. Elles semblent discuter de façon plus libre des difficultés qu'elles rencontrent avec certains patients. De plus, elles apparaissent plus conscientes de leurs limites émotionnelles dans la relation avec le patient. De ce fait, elles sollicitent plus facilement leurs collègues afin qu'elles prennent le relais auprès du patient lorsque cette limite est franchie, tout en ne considérant pas cette attitude comme une fuite de la relation, mais plus comme un ressourcement momentané. En outre, cette sollicitation de leurs collègues est source d'échanges au plan clinique tout en leur permettant de bénéficier de *feed-back*. Enfin, elles verbalisent leur état émotionnel plus facilement auprès de leurs collègues mais aussi auprès des infirmières-chef et des médecins lorsque la situation de soins auquel elles doivent faire face est très difficile (mort d'un ou de plusieurs patients pendant leur quart de travail). Elles sollicitent plus facilement l'infirmière-chef pour bénéficier de groupes de parole dans ces cas critiques. Ainsi, de part les actions qu'elles entreprennent, il est licite de constater, au niveau clinique, que la perception des stressseurs psychologiques a diminué. Par conséquent, les résultats statistiques et

cliniques permettent de confirmer que l'intervention a permis la diminution du stress psychologique perçu par les infirmières du groupe expérimental.

Les scores de la dimension sociale du stress, qui explore plus spécifiquement les aspects conflictuels du travail, diminuent de 23,5% après l'intervention, en considérant les mesures extrêmes ; ainsi, trois mois après l'intervention, les scores sont les plus bas parmi tous ceux obtenus auprès d'une population d'infirmières de langue française. De plus, au niveau des échanges lors des supervisions, il apparaît que les infirmières, par l'adoption de stratégies actives de *coping*, confrontent plus facilement les situations ayant un potentiel conflictuel avec les médecins, les infirmières-chef et leurs collègues. Elles développent aussi des stratégies afin d'examiner les solutions possibles aux problématiques apportées par les différents partenaires. Elles permettent une ouverture du dialogue, tout en exprimant et argumentant leur point de vue, ainsi que les éléments qui les dérangent dans la situation. Enfin, elles mentionnent que le fait de provoquer le dialogue auprès de leurs supérieurs médicaux ou infirmiers a entraîné un changement d'attitude de leur part, les obligeant à développer des stratégies d'écoute et de négociation. Par conséquent, les résultats cliniques et statistiques permettent de confirmer que l'intervention a permis de diminuer l'intensité du stress social chez les infirmières du groupe expérimental.

Avant de clore cette partie, il semble pertinent de souligner que cette étude n'a pas examiné de façon statistique si les stratégies actives de *coping* jouaient un rôle modérateur sur la relation stressseurs-stress, comme le soulignent Maddi et Kobasa (1984). Par contre, au vu des témoignages des infirmières, il semble que ce ne soit pas la hardiesse qui agisse de façon directe sur l'intensité du stress perçu, c'est plutôt la façon d'agir, que les infirmières ont développé en lien avec l'utilisation de stratégies actives de *coping*, qui permet la diminution de celle-ci. Il semble donc intéressant dans les prochaines recherches d'utiliser un modèle statistique comme celui de Baron et Kenny (1986), permettant la vérification de cette proposition théorique de Maddi et Kobasa (1984). Par contre, il n'en demeure pas moins que cette étude a permis de conforter les liens de causalité entre la variable hardiesse et le stress perçu. A la suite de l'examen des

résultats sur l'intensité du stress perçu, la prochaine partie va examiner le lien de causalité entre la hardiesse et la santé, mesurée dans cette étude par la qualité de vie au travail.

Une intervention qui renforce la qualité de vie au travail

L'adjonction de la variable qualité de vie au travail est une des originalités de cette étude. En effet, bien que certains chercheurs en soins infirmiers tendent à développer des approches salutogéniques de la santé au travail (Carlier, 2000 ; Delmas, 1999 ; Harrisson, 1995 ; Margall, 1999 ; Savignac, 1993), l'approche traditionnelle demeure l'exploration des aspects négatifs de celle-ci. De plus, la théorie de Maddi et Kobasa (1984) promeut l'utilisation d'indicateurs négatifs, puisque la santé se définit en dichotomie avec la maladie, bien que ces mêmes auteurs soulignent que le concept de hardiesse s'inscrit dans une perspective salutogénique. Par contre, la perspective de Roy (1991) conduit à considérer la santé comme un processus de développement qui permet à la personne de devenir plus intègre et unifiée. De ce fait, le choix du concept de qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990), qui rejoint les quatre modes d'adaptation de Roy (1991), semble pertinent, d'autant plus que les différentes études expérimentales ayant retenu une variable résultat (Leclerc, 1999 ; Maddi, 1987 ; Maddi, Kahn, Maddi, 1998) ont utilisé de façon systématique des indicateurs négatifs de santé. Par conséquent, une des contributions de cette étude est d'avoir permis d'inscrire, à la lumière du modèle de Roy (1991), la théorie de Maddi et Kobasa (1984), dans une perspective salutogénique, par l'utilisation de la qualité de vie au travail comme variable résultat. Il est à noter que Maddi (1994) a commencé cette démarche, sans pour cela proposer d'indicateurs empiriques explorant les aspects salutogéniques de la santé.

Une autre contribution de cette recherche est le fait d'avoir vérifié que le renforcement de la hardiesse entraîne une augmentation de la qualité de vie au travail auprès des infirmières du groupe expérimental. En regard des résultats, il apparaît que l'indice global a bénéficié d'une augmentation de 5,5%, en considérant les mesures extrêmes. De plus, il est aisé de remarquer que cette augmentation n'est pas linéaire et

que le gain obtenu immédiatement après l'intervention (8,5% d'augmentation de la moyenne) est supérieur à celui retrouvé trois mois après. Toutefois, il semble important de souligner que le contexte de travail des infirmières françaises semble généralement peu propice au développement de la qualité de vie au travail. En effet, les nombreuses restructurations hospitalières effectuées récemment, sans parfois tenir compte de la dimension humaine et des multiples responsabilités des infirmières avec une reconnaissance moindre de leur travail, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer la difficulté de maintenir et de renforcer la qualité de vie au travail. De plus, la situation du centre hospitalier où s'est déroulée l'expérimentation ne semble pas offrir des conditions optimales de renforcement de celle-ci, étant donné qu'il entame des fusions dans un climat de crise et de pénurie de personnel, avec une redéfinition des objectifs à court terme due à un changement de direction. En outre, au niveau clinique, au vu des témoignages des infirmières des deux groupes lors des premières rencontres, il apparaît que l'échelle de la qualité de vie au travail soulève des questionnements, dans le sens où personne n'avait spontanément songé à examiner l'influence positive du travail sur leur développement personnel. D'ailleurs, une perception d'une qualité de vie au travail relativement modérée se retrouve dans les études de Carlier (2000) et Delmas (1999). Il semble que des facteurs externes, comme les stressors et les conditions de travail, mais aussi des facteurs métrologiques liés à la mesure de la qualité de vie au travail, bousculent les idées reçues face au travail, obligeant ainsi un changement de paradigme. Par contre, lors des supervisions, les infirmières du groupe expérimental exprimaient un mieux-être général lié au fait d'avoir le courage de confronter les situations stressantes par des stratégies actives de *coping*. Plus spécifiquement, par la réappropriation de leur rôle, elles trouvent un sens plus positif à leur travail, ce qui leur permet de mieux exprimer leur personnalité. De plus, un examen plus attentif de la lourdeur du travail leur a permis de mieux préserver leur santé physique. En outre, le renforcement des liens entre pairs leur a permis de développer et de renforcer leurs interactions sociales. Enfin, elles soulignent que le fait de ressentir de façon moins importante le stress contribue à mieux entrevoir les effets bénéfiques du travail sur leur santé.

Ce fait a été majeur juste après l'intervention, étant donné qu'elles ont pu, de façon conséquente, diminuer pour la première fois leur perception des stressseurs. Par contre, lors du troisième temps de mesure, le centre hospitalier a passé un période de tumulte intense liée à la pénurie de personnel et à des changements intempestifs. Les infirmières du groupe expérimental mentionnent le fait qu'elles ont développé au maximum leurs stratégies actives de *coping* pour faire face à ces multiples stressseurs mais que les changements étaient tellement importants et nombreux que leur attention était trop focalisée à répondre aux situations stressantes, pour qu'elles aient la possibilité de se centrer sur les effets bénéfiques du travail. Par contre, elles soulignaient que cette période de tumulte leur a permis de mettre très rapidement en application les techniques développées lors de l'intervention et ainsi d'en mesurer les effets bénéfiques. Enfin, lors de la deuxième supervision, elles faisaient le constat que, si elles percevaient le travail moins pénible, plus attractif, leur procurant plus de satisfaction, elles avaient plus de difficulté à l'intégrer dans une perspective plus globale de qualité de vie au travail. De ce fait, bien qu'elles reconnaissaient que celle-ci a augmenté tout au long de l'expérimentation, elles ont répondu au questionnaire de façon prudente et modérée. De plus, elles mentionnaient qu'il fallait un certain intervalle de temps pour percevoir des changements au niveau de cette variable.

En conclusion, en regard des aspects cliniques, il est licite de penser que le niveau de qualité de vie au travail a augmenté à la suite de l'intervention. Ce constat clinique concorde avec les résultats statistiques de l'étude. Par contre, le changement de paradigme induit par le questionnaire peut aussi expliquer que le niveau obtenu peut-être sous-estimé, bien que les résultats liés à cette variable ne montrent aucun lien avec la désirabilité sociale. Enfin, avant d'élaborer des pistes de développement pour la discipline infirmière, il a semblé intéressant dans le paragraphe suivant d'interroger la contribution du modèle de Roy (1991), comme guide de la présente étude.

Le modèle de Roy (1991) a tracé la perspective de cette étude sur la santé des infirmières en indiquant les phénomènes d'intérêt à examiner en sciences infirmières. Plus spécifiquement, les relations entre le soin, l'environnement et la santé de la

personne ont été examinées. Les résultats de cette recherche montrent qu'un soin basé sur une intervention infirmière de courte durée, et facilement reproductible, peut promouvoir le renforcement d'un stimulus contextuel (la hardiesse) comme ressource personnelle, induisant l'adoption de mécanismes positifs d'adaptation (les stratégies actives de *coping*), ce qui a eu un effet positif sur la perception délétère des stimuli focaux (intensité du stress perçu), tout en développant l'adaptation de l'infirmière selon les modes physiologique, concept de soi, fonction de rôle et l'interdépendance (qualité de vie au travail). Par conséquent, en utilisant la théorie intermédiaire de Maddi et Kobasa (1984), qui a permis de prédire de façon opérationnelle les liens entre les variables étudiées, les résultats de cette étude tendent à confirmer les propositions suggérées par le modèle de Roy (1991). De ce fait, il apparaît une congruence entre les niveaux conceptuel, théorique et empirique de l'étude, ce qui ajoute de la pertinence à l'interprétation des résultats dans une perspective disciplinaire. Enfin, la dernière partie va expliciter les différents axes de développement qui découlent des résultats obtenus.

Pistes de développement pour la gestion, la pratique et la recherche en Sciences Infirmières

L'analyse des résultats invite le chercheur à proposer quelques suggestions afin de favoriser la transférabilité des connaissances dans les milieux et de formuler certaines pistes de développement susceptibles de conforter les résultats de cette étude et permettre l'ouverture vers d'autres questionnements.

La gestion des soins infirmiers, un défi pour demain si ce n'est aujourd'hui

Il n'a jamais été aussi pertinent de proposer des nouvelles approches de gestion en regard des problèmes liés à la santé mentale des infirmières au travail (Duquette, Delmas, 2001). Il faut bien voir que plusieurs facteurs menacent la santé des acteurs de soins : les restructurations nombreuses et successives, la diminution critique des budgets à l'égard du personnel, la gestion directive des services de soins, l'insatisfaction permanente du personnel de santé, le manque de reconnaissance professionnelle des

infirmières, la perte de sens au travail, les problèmes moraux liés aux soins, mais aussi l'évolution sociétale fondée sur l'individualisme, la primauté de l'économie et l'emprise de la bureaucratie, en général. Par contre, comme le soulignait justement Kahn (1987), il ne peut y avoir de soins de qualité si les infirmières manifestent peu de satisfaction au travail. Par conséquent, le domaine de la santé au travail doit devenir un souci permanent des managers en soins infirmiers. Le phénomène de la hardiesse et ses programmes de renforcement semblent être une piste à explorer au sein des institutions de soins au regard des résultats obtenus dans les différentes études traitant du sujet. De plus, comme le soulignent Duquette et Delmas (2001), il semble assez urgent, dans le contexte actuel, de se pencher sur la santé mentale des infirmières au travail, au risque peut-être d'une désaffection chronique de cette noble profession. En regard de ces réflexions, il semble pertinent que les managers incluent dans leurs modes de gestion une approche permettant le renforcement du potentiel de hardiesse chez les infirmières, en favorisant, entre autres, l'adoption de stratégies actives de *coping* lors de situations ayant un potentiel stressant.

De façon plus spécifique, il semble souhaitable que le manager adopte des approches participatives de management invitant à développer la gestion sous la forme de gouvernance partagée (Pinkerton, 1989 ; Ganley, 1991), où le centre décisionnel est redistribué au personnel, ce qui permettrait de renforcer le sens de la maîtrise. De même, il est invité à favoriser la créativité du personnel infirmier afin de redynamiser la dimension esthétique du soin (Carper, 1978), ce qui permettrait de renforcer le sens du défi. Enfin, il devra soutenir et promouvoir l'implication de chaque personne dans toutes les activités ayant du sens pour celle-ci, ce qui favoriserait la mobilisation du sens de l'engagement. Cette conception du rôle du manager implique un changement de paradigme, où il devient un « fédérateur » d'équipe de soins autour de projets, plutôt qu'un administratif des soins. De même, en amont, la formation des infirmières devrait inclure très tôt ce type de programme afin de les préparer à affronter un univers des soins comportant de nombreux stressseurs, mais aussi pour les inscrire dans une dimension de développement personnel. Finalement, introduire l'approche de la hardiesse dans une institution peut être l'objet d'une réflexion profonde qui peut

s'engager, autant au niveau des équipes de soins que de la hiérarchie, dans une perspective de croissance professionnelle et personnelle de l'individu, ce qui induit une redéfinition de l'organisation du service infirmier sous l'angle de la santé des travailleurs et de la promotion de la profession, le but ultime demeurant les soins de qualité auprès des patients.

Cette approche psychosociale de la santé au travail, à travers l'étude de la hardiesse, n'est pas l'unique façon d'aborder la santé au travail. Il existe d'autres courants de pensée, comme la psychodynamique du travail (Carpentier Roy, 1995) qui s'intéresse aux conséquences psychiques de l'affrontement des personnes à leur travail (Dejours, 1985), en examinant les rapports entre l'organisation du travail et la santé du travailleur (Carpentier-Roy, 1995). Dans le même ordre d'idées, Estry-Behar (1990) a développé une approche ergonomique sur la santé au travail. Les domaines d'investigation sont, par exemple, l'impact des rythmes de travail, du bruit, de la luminosité, et d'une façon plus globale, de l'architecture hospitalière sur la santé du personnel. De même, l'étude des stratégies de management des organisations optimales de soins, comme l'approche des *Magnet Hospitals* bénéficiant d'un environnement psychosocial optimum, permettent une exploration du phénomène de la santé au travail sous un angle organisationnel. Cette liste est loin d'être exhaustive, mais ces quelques suggestions soulignent la diversité dans les analyses possibles du phénomène de la santé.

La pratique infirmière, un lieu d'intégration des données probantes

En regard des résultats obtenus, il est suggéré que les infirmières soignantes s'approprient pour elles-mêmes le contenu du programme de renforcement de la hardiesse. Elles sont aussi conviées à transférer leurs connaissances sur la hardiesse auprès des patients soumis à de nombreux stressseurs. L'élaboration actuelle du programme permet de l'intégrer sous la forme d'une intervention infirmière ponctuelle de courte durée. En regard des résultats obtenus dans la présente étude, il est licite de

penser qu'ils seront aussi probants sur une autre population, ce qui fera sûrement l'objet de recherche. De ce fait, l'intégration de l'approche de la hardiesse par l'infirmière soignante permettra de développer des actions infirmières spécifiques et de renforcer ainsi la contribution unique de notre profession.

Dans une seconde partie, quelques pistes de réflexions sont proposées aux infirmières soignantes. Cette recherche permet de mettre en lumière que la qualité de vie au travail est un facteur important pour la santé au travail. C'est en prenant conscience de ses capacités personnelles, mais aussi de sa façon d'aborder les situations problématiques, que l'infirmière pourra maintenir et développer une qualité de vie au travail. Il apparaît important, dans ce contexte de restructuration, que les infirmières fassent preuve de hardiesse et optimisent l'utilisation de stratégies actives de *coping* afin de maintenir leur santé. De plus, comme le précisent Elizur et Shye (1990), la qualité de vie au travail a un impact sur la qualité de vie en général, d'où l'importance pour l'infirmière d'en tenir compte. En outre, comme le souligne Kahn (1987), l'infirmière pourra, par un niveau plus élevé de qualité de vie au travail, prodiguer des soins de meilleure qualité, ce qui n'est pas négligeable pour les personnes soignées. Enfin, Duquette et Delmas (2001), citant Allen et al. (1980), soulignaient que la santé est la ressource la plus précieuse d'une nation ; par conséquent, il apparaît important de s'intéresser aussi à la santé des professionnels de la santé. Prendre soin des autres ne devrait-il pas commencer par prendre soin de soi ? Développer sa hardiesse est une façon de prendre soin de soi.

La recherche infirmière, un espace pour le développement des connaissances

Les résultats présentés suggèrent plusieurs voies possibles de développement des connaissances. La première, d'ordre conceptuel et métrologique, serait d'explorer, selon une approche qualitative, le concept de hardiesse afin d'affiner celui-ci surtout sur la dimension du défi. De plus, cette approche, déjà recommandée par Ouellette (1993), permettrait, dans un second temps, de développer un instrument de mesure qui capterait

de façon plus optimale le sens du défi. La seconde s'orienterait vers l'extension du concept vers d'autres populations, et par exemple, les patients soumis à de nombreux stressseurs, ce qui susciterait sûrement le développement d'un certain nombre d'interventions. La troisième devra tenir compte des extensions du concept en regard des facteurs organisationnels au sein de l'entreprise (Maddi, Koshaba et Parmentier, 1999). Il serait sans doute intéressant d'initier des recherches en tenant compte de cette extension au niveau des organisations de soins. Enfin, le nombre d'études expérimentales sur les programmes de renforcement de la hardiesse étant peu nombreux, il semble licite de poursuivre des investigations dans ce domaine.

Conclusion

La conclusion de cette étude portera sur les contributions apportées par cette recherche. Outre le fait que la méthodologie utilisée a permis d'optimiser de façon considérable la validité interne et externe de cette étude, renforçant ainsi la pertinence des résultats, il n'en demeure pas moins que cette étude a permis une avancée dans le développement des connaissances sur la santé des infirmières au travail. En effet, au regard des différentes contributions de cette étude, il apparaît que les différentes propositions théoriques émises par Maddi et Kobasa (1984) ont pu être validées de façon empirique. De façon plus explicite, les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence que la hardiesse est une caractéristique de la personnalité, mobilisable par l'intermédiaire d'une intervention de courte durée et facilement reproductible, que la personne hardie utilise de façon prioritaire les stratégies actives de *coping* pour faire face aux événements stressants, ce qui permet à cette dernière de diminuer la perception de leur intensité tout en renforçant sa qualité de vie au travail. Bien que certaines limites nécessitent des explorations futures, il n'en demeure pas moins que cette intervention peut s'intégrer dans des actions infirmières en vue de promouvoir la santé au travail, avec des extensions possibles auprès de patients soumis à de nombreux stressseurs.

Outre le fait de la pertinence des résultats obtenus, il apparaît comme le soulignent Carlier (2000) et Delmas, (1999), que la qualité de vie au travail est un concept primordial à développer en sciences infirmières, surtout en période de restriction budgétaire, où les managers devraient l'intégrer comme un concept central de gestion, ou du moins d'évaluation, au vu de la santé mentale des infirmières au travail (Duquette, Delmas, 2001). Par contre, parler de qualité de vie au travail impose un changement de paradigme dans la perception habituelle de la personne au travail, car ce concept suggère d'entrevoir celui-ci comme une source de développement. Dans cette optique, il apparaît judicieux de suggérer aux institutions de soins, dont la mission principale est d'offrir des soins de qualité aux patients, de s'attarder à la santé de leurs acteurs du soin. En effet, il apparaît incohérent que ces dernières induisent, par des modes de gestion, par l'utilisation de stratégies de

management inadaptées, des problèmes de santé mentale de son personnel. Par conséquent, explorer la qualité de vie au travail et mettre en œuvre des politiques qui permettent de la renforcer sont des moyens parmi plusieurs autres approches, de prendre soin des acteurs de santé. Elle permet ainsi d'apposer un regard humain dans une gestion souvent exclusivement rationnelle.

Les références

Allen, M., Frasure-Smith, N., & Gottlieb, L. (1980). Models of nursing practice in a study in three ambulatory care settings. Monograph, School of Nursing, McGill University, Montréal, Canada.

Allport, G. W. (1970). Structure et développement de la personnalité. Neuchâtel : Delachaux et Nestlé.

Allred, K. D., & Smith, T. W. (1989). The hardy personality : cognitive and physiological responses to evaluative threat. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 257-265.

Antonovsky, A. (1973). The utility of the breakdown concept. Social Science and Medicine, 7, 605-612

Antonovsky, A. (1974). Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In B.S. Dohremwend and B.P. Dohremwend (Eds), Stressful life events : Their nature and effects. New York : John Wiley and Sons.

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

Atella, M. D. (1999). Case studies in the development of organizational hardiness : from theory to practice. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51 (2), 125-134.

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

Azoulay, G. (2000). Thérapie comportementale émotivo-rationnelle. Le Journal des Psychologues, 176, 26-28.

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

Bartone, P. T., Ursano, R., Wright, K., & Ingrahan, L. (1989). The impact of military air disaster on the health of assistance workers. Journal of Nervous and Mental Disease, 177, 317-328.

Bausler, C. L. (1992). The relationship between burnout and personality hardiness in nursing faculty. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.

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

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

Bigbee, J. L. (1985). Hardiness : a new perspective in health promotion, Nurse Practitioner, 10 (11), 53-56.

Binswanger, L. (1967). Being-in-the-world : Selected papers of Ludwig Binswanger. New York : Basic Books.

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

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

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

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

Buran, C. F. (1992). The relationship between hardiness and burnout in female nursing and liberal arts/science faculty. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University.

Burns, N., & Grove, S. (1997). Expérimental study designs. In N. Burns & Grove (Eds). The practice of nursing research : conduct, critique, & utilisation (chap.11, pp 274-279),. Philadelphia : W.B. Saunders Compagny

Campbell, D. T., & Stanley, J. C (1963). Experimental et quasi-experimental design for research. Chicago : Rand Mc Nally.

Cannon, W, B. (1932). The wisdom of the body . New York : W. W. Norton.

Carlier, P. (2000). Relations entre le soutien au travail, les stratégies de coping et la qualité de vie d'infirmières d'unités psychiatriques en France. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.

Carpentier-Roy, M. C. (1995). Corps et Ame, psychopathologie du travail infirmier. Montréal : Edition Liber.

Carper, B, A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science, 1 (1), 13-23.

Carson, V, B., & Green, H. (1992). Spiritual well-being : a predictor of hardiness in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Journal of Professional Nursing, 8 (4), 209-220.

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

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

Cloutier, J. (1993). La désirabilité sociale chez les agresseurs sexuels. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Coelho, G. V., Hamburg, D. A., & Adams, J. E. (1974). Coping and adaptation. New York : Basic Books.

Cofer, C. N., & Appley, M. H. (1964). Motivation : theory and research. New York : Wiley.

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

Cook, T, D., & Campbell, D. T. (1979). Quasi-experimental design and analysis issues for field setting. Boston : Houghton Mifflin

Cook, T, D., Campbell, T, D., & Peracchio, L. (1990). Quasi-experimentation. In M, D. Dunette & L, M. Hough (Eds). Handbook of industrial and organisational psychology. (pp 491-576).

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

Craft, C. A. (1999). A conceptual model of feminine hardiness. Holistic Nursing Practice, 13 (3), 25-34. .

Dallaire, F (1997). Processus de réaction aux stressseurs quotidiens liés à l'expérience de santé des femmes âgées vivant seule dans la communauté. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.

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

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

Dejours, C. (1985). Psychopathologie du travail, du chômage et de la retraite. Soins Psychiatriques, 52, 7-12

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

Delmas, P. (1999). Les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Delmas, P., Duquette, A. (2000). Les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. Recherche en Soins infirmiers, 60, 17-26.

Delmas, P., Escobar, M. B., Duquette, A. (2000). Validation d'une version française d'une mesure de la qualité de vie au travail. Infirmière du Québec (soumis à publication)

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

Donaldson, S, K., & Crowley, D, M. (1978). The discipline of nursing. Nursing Outlook, 26 (2),113-120.

Duquette, A., Delmas, P. (2001). Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières (première partie). Soins cadre, 38, 68-71

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

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

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

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

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

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

Estryn-Behar (1990). Stress at work and mental health status among female hospital worker, British Journal of Industrial Medecine, 47, 20-28.

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

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

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

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). Type A Behavior and Your Heart. Fawcett, Greenwich, Conn.

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

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

Funk, S. C., & Houston, B. K. (1987). A critical analysis of the hardiness scale : validity and utility. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 572-578.

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

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

Gendlin, E. T. (1978). Focusing (2nd). New York : Bantam Books.

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

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

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

Guttman, L. (1969). Integration of test design and analysis, proceeding of the 1969 invitation conference on testing problems. Princenton, NJ : Princenton University Press.

Hachette (1999). Dictionnaire Hachette. Hachette Livre : Paris.

Hahn, M. E. (1966). California Life Goals Evaluation Schedules. Western Psychological Services.

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

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

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

- Hazel, E. (1992). Coping : an essential element of nursing. Journal of Advanced Nursing, 17, 933-940.
- Hegge, M., Melcher, P., & Williams, S. (1999). Hardiness, help-seeking behavior, and social support of baccalaureate nursing students. Journal of Nursing Education, 38 (4), 179-182.
- Helson, H. (1964). Adaptation-level theory. New York : Harper & Low .
- Hinkle, L. E, Jr. Christenson, W. N, Kane, F. D., Ostfeld, A., Thetford, W. N., & Wolff, H. G. (1958) An investigation of the relation between life experience, personality characteristics, and general susceptibility to illness. Psychosomatic Medecine, 20, 278-295.
- Hinkle, L. E. (1961). Ecological observations of the relation of physical illness, mental illness, and the social environment. Psychosomatic Medecine, 32, 289-296.
- Hinkle, L.E. (1972). An estimate of the effects of stress on the incidence and prevalence of coronary hart disease in a large industrial population in the United States. Proceedings of the II Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis, Oslo, Norway. Stuttgart, Germany : F.K. ShattaurVerlag.
- Hinkle, L.E. (1974). The effect of exposure to culture change, social change, and changes in interpersonal relationships on health. In B.S. Dohrenwend & B.P Dohrenwend (Eds), Streefull life events : Their nature and effets, New York : Wiley.
- Holmes, T. H., & Massuda, M. (1974). Life changes and illness susceptibility. In B.S. Dohrenwend & B.P Dohrenwend (Eds), Streefull life events : Their nature and effets, New York : Wiley.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
- Hsu, L. M. (1989). Random Sampling, ramdonisation, and equivalence of constricted groups in psychotherapy outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (1), 131-137.
- Hull, J. G., Van Treuren, R. R., & Virnelli,S. (1987). Hardiness and health ; a critique and alternative approach. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 518-530.
- Hunter, J. A., Becker, J. V., Kaplan, M., & Goodwin, D. W. (1991). Reliability and discriminative utility of the adolescent cognitions scale for juvenile sexual offenders. Annals of Sex Research, 4, 281-286.
- Ilfeld, W. P. (1976). Futher validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. Psychological Reports, 39, 1228-1256.
- Jackson, D. N. (1974). Personality Research Form. Goshen, New York : Research Psychologists Press.

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

Jamal, M. (1984). Job stress and job performance controversy : an empirical assessment. Organisational Behavior and Human Performance, 33, 1-21.

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

Jenkins, C. D., Zygansky, S. J., & Rosenman, R. H. (1979). Jenkins Activity Survey. Psychological Corp., New York.

Johnson, B. R. (1994). Contributions of stressors, social support, and hardiness to psychological outcomes in family caregivers of chronically ill children. Unpublished Dissertation Abstract, University of Texas : Austin.

Johnson, J. H., & Sarason, I. G. (1978). Life stress, depression and anxiety : Internal-external control as a moderator variable. Journal of Psychosomatic Research, 22, 205-208.

Juppé (1996). Ordonnance n0 36-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. France : Journal officiel de la République Française du 25 avril 1996.

Kahn, J. (1987). Gestion de la qualité dans les établissements de santé. Montréal : Édition Jeanne D'Arc Inc.

Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. Medical Care, 15 (50), 47-58.

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

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

Khoshaba, D. M., & Maddi, R. S. (1999). Early experiences in hardiness development. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51 (2), 106-116.

King, P, A. (1989). A woman of the land, Image, 21 (1), 19-22.

Kobasa, C. S (1977). Stress, personality and health. A study of an overlooked possibility. Unpublished Thesis,. University of Chicago. Chicago, USA.

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

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

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

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

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

Kobasa, C. S., & Hill, L. (1981). Women and stress-resistance. Unpublished manuscript, University of Chicago.

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

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

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

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

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

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

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

Lambert, C., & Lambert, V. A. (1993). Relationship among faculty practice involvement, perception of role stress, and psychological hardiness of nurse educators. Journal of Nursing Education, 32 (4), 171-179.

Lambert, V. A., Lambert, C. E, & Klippe, G, L (1990). Relationship among hardiness, social support, severity of illness, and psychological well-being in women with rheumatoid arthritis. Health Care for Women International, 11, 159-173.

Lambert, V. A., Lambert, C. E, Klippe, G, L., & Mewshaw, E. A.(1989). Social support, hardiness and psychological well-being in women with arthritis. Image : Journal of Nursing Scholarship, 21(3), 128-131.

Lambo, B. (2000). Approche centrée sur la personne. Le Journal des Psychologues, 176, 40-42.

Langemo, K. D. (1990). Impact of work stress on female nurse educators. Image, 22(3), 159-162.

Lawler, K. A., & Schmied, L. A. (1992). A prospective study of women's health : the effect of stress, hardiness, locus of control, type A behavior, and physiological reactivity. Women and Health, 19 (1), 27-41.

Lazarus, R. S, & Erickson, C. W. (1952). Effects of failure stress upon skilled performance. Journal of Experimental Psychology, 43, 100-105

Lazarus, R. S, & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer.

Leak, G. K., & Williams, D. E. (1989). Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness. Individual Psychology, 45 (3), 369-375.

Leclerc (1999). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières de medecine-chirurgie. Mémoire de maîtrise non publié. Université de Montréal.

Lee, J. H. (1983). Analysis of a concept : hardiness. Oncology Nursing Forum, 10(4), 32-35.

Lee, E. N. (1991). The relationship between hardiness and psychosocial adjustment of persons with colostomie. Kanho Hakhoe Chi, 21, 218-229.

Leininger, M. L. (1985). Qualitative research methods in nursing. Orlando, FL : Green and Stratton, INC.

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

Luborsky, L., Todd, T. C., & Katcher, A. H. (1973). A self-administrated social assets scale for predicting physical and psychological illness and health. Journal of Psychosomatic Research, 17, 109-120.

Luborsky, L. (1975). Assessment of outcome of psychotherapy by independant clinical evaluators : a review of the most higly recommandet research measures. In I.E. Waskow and M.B. Parfoll (Eds), DHEW public, Washington, D.C., pp 233-242.

Maddi, R. S. (1967). The existential neurosis. Journal of Abnormal Psychology, 72, 311-325.

Maddi, R. S. (1970). The search of meaning. In M. Page (Eds), Nebraska Symposium on Motivation (vol 18). Lincoln : University of Nebraska Press.

Maddi, R. S. (1975). The strenuousness of the creative life, In I.A. Taylor and J.W. Getzels (Eds), Perspectives in creativity. Chicago : adline.

Maddi, R. S. (1987). Hardiness training at Illinois Bell Telephone. In J.P. Opatz (Eds), Health Promotion Evaluation. Stephens Point, WI : National Wellness Institute.

Maddi, R, S (1989). Personality theorie : a comparative analysis (5 th ed.). Chicago, IL Dorsey.

Maddi, R, S. (1990). Issues and interventions in stress mastery. In H.S. Friedman (Ed), Personnality and Disease (p121-154). New-YorK, Chichester, Brishone, Toronto, Singapore : John Wiley and Sons, Inc.

.Maddi, R, S. (1994). The hardiness enhancing lifestyle program for improving physical, mental et social wellness. Welness Lecture Series,1-18.

.Maddi, R, S. (1996). The Personal View Survey II : a measure of dispositional hardiness. In C.T. Zalaquett, & R.J. Woods (Eds), Evaluating Stress : A book of resources. New York : New York University Press.

Maddi, R, S. (1998). Hardiness and health and effectiveness. In H.S. Friedman (Eds), Encyclopedia of Mental Health (pp323-335). San Diego, CA : Academic Press.

Maddi, R, S. (1999). The personality construct of hardiness : effects on experiencing, coping and strain. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51(2), 83-94.

Maddi, R, S. (1999). Comments on trends in hardiness research and theorizing. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51(2), 67-71.

Maddi, R, S., & Hess, M. J. (1992). Personality hardiness and success in basketball. International Journal of Sport Psychology, 23, 360-368.

Maddi, R, S., Wadhwa, P., & Haier, R. J. (1996). Relationship of hardiness to alcohol and drug use in adolescents. American Journal of Drug Alcohol Abuse, 22(2), 247-257.

Maddi, R, S., & Hightower, M. (1999). Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. Consulting Psychology Journal, 51, 95-105.

Maddi, R, S., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. Consulting Psychology Journal, 50 (2), 78-86.

Maddi, R, S., & Kobasa, C, S. (1984). The hardie executive : health under stress. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irven.

Maddi, R, S., Kobasa, C, S., & Hoover, M. (1979). An Alienation Test. Journal of Humanistic Psychology, 19(4), 73-76.

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

Maddi, R, S., Khoshaba, D. M., & Pammenter, A. (1999). The hardy organisation : success by turning change to advantage. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51(2), 117-124.

Magnani, I. E. (1990). Hardiness, self perceived health, and activity among independently functioning older adults. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal, 4, 171-184.

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

Manning, M. R., Williams, R. F., & Wolfe, D. M. (1988). Hardiness and the relationship between stressors and outcomes. Work and Stress, 2(3), 205-216.

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

Margall, M. A. (1999). Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-etre psychologique d'infirmières soignantes d'Espagne. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.

Marlowe, D., & Crowne, D. P. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.

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

Mc Cubbin, H. I, & Patterson, J (1983). The family stress process : the double ABCX model of adjustment and adaptation. In Mc Cubbin, H., Sussman, M., & Patterson, J. (Eds). Social Stress and the Family : Advances and Developments in Family Stress Theory and Research (pp 7-37). New York : Hayworth.

Mc Cubbin, M. A, & Mc Cubbin, H. I (1989). Theoretical orientations to family stress and coping. In Figley, C. (Eds). Treating Family Under Stress (pp 3-43). New York : Bruner/Mazel.

Mc Cubbin, M. A., & Mc Cubbin, H. I.(1991). Family stress theory and assessment : the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In Mc Cubbin, H. I, & Thomson, A. I (Eds). Family Assessment Inventory for Research and Practice (pp 3-32). Madison, Wis : University of Wisconsin-Madison.

Mc Cubbin, H. I., & Thompson, A. L. (1991). Family Assessment Inventory for Research and Practice. Cubbin, H. I, & Thomson, A. I (Eds). Madison, Wis : University of Wisconsin-Madison.

Messina, R. W. (1993). The relationship between organisational climate and personality hardiness of staff nurses on medical-surgical units in southern connecticut hospital. Unpublished Dissertation Abstract : University of Bridgeport.

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

Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville (1995). Textes réglementant la profession infirmière. Paris : Gouvernement de la France.

Morin, P. C., Bouchard, S. (1997). Introduction aux théories de la personnalité. Paris : Gaetan Morin.

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

Motowildo, S. J., Packard, J. S., Manning, M. R. (1986). Occupational stress : Its causes and consequences for job performance. Journal of Applied Psychology, 1, 618-629.

Moos, R. H. (1976). The human context : Environmental determinants of behavior. New York : Wiley.

Neugarten, B. (1968). Adult personality : Toward a psychology of the life cycle. Middle age and aging. Chicago : University of Chicago Press.

Newman, M. A (1992). Prevaling paradigms in nursing. Nursing Outlook, 40(1), 10-13.

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

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

Okun, M. A., Zandra, A. J., & Robinson, S. E. (1988). Hardiness and health among women with rhumatoid arthritis. Personality and Individual Differences, 9, 101-107.

Olsson, K., Kandolin, I., & Kauppinen-Toropainen, K. (1990). Stress and coping strategies of three shifts workers. Le Travail Humain, 53, 175-188.

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

Ouellette, S. C. (1999). The relationship between personality and health. In R.J. Contrada and R.D. Ashmore (Eds), Self, Social Identity, and Physical Health (pp 6-154). New York : Oxford University Press.

Paffenberger, R. J., & Rahe, W. E. (1975). Work activity and coronary heart mortality. New England journal of Medecine, 292 : 545.

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

Patton, T. J. F., Goldenberg, D. (1999). Hardiness and anxiety as predictors of academic success in first-year, full-time and part-time RN students. Journal of Continuing Educational in Nursing, 30 (4), 158-167.

Parkes, K. R., & Rendall, D. (1988). The hardy personality and its relationship to extraversion and neuroticism. Personality and Individual Differences, 9, 785-790.

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

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

Piccinato, J. M., & Rosebaum, J. N. (1997). Caregiver hardiness explored within watson's theory of human caring in nursing. Journal of Gerontological Nursing, octobre 1997, 32-58.

Pollock, S. E. (1984). The stress response. Critical Care Quaterly, March, 1-14.

Pollock, S. E. (1986). Human responses to chronic illness : physiologic and psychosocial adaptation. Nursing Research, 35, 90-95.

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

Pollock, S. E., & Duffy, M. E. (1990). The health related hardiness scale : development and psychométric analysis. Nursing Research, 39, 218-222.

Pollock, S. E. (1999). Health-related hardiness with different ethnic populations. Holistic Nursing Research, 13 (3), 1-10.

Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid forms of the Marlowe-Crowne social Desirability Scale. Journal of Clinical Psychology, 38, 119-125.

Rhodewalt, F., & Zone, J. B. (1989). Appraisal of life change, depression and illness in hardy and nonhardy women. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 81-88.

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

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

Roth, D. L., Wiebe, D. J., Fillingim, R. B., & Shay, K. A. (1989). Life events, fitness, hardiness, and health : a simultaneous analysis of proposed stress-resistance effects. Journal of Personality and Social Psychology, 57(1), 136-142.

Rotter, J. B., Seeman, M., & Liverant, S. Internal versus external locus of control and reinforcement : A major variable in behavior theory. In N.F. Washburne (Eds), Decisions, values, and groups. London : Pergamon.

Roy, C. (1970). Adaptation : A conceptual framework for nursing, Nursing Outlook, 18(3), 42-45.

Roy, C. (1986). Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation, Montréal : Gaetan Morin Éditeur.

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

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

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

Schmale, A. H, & Iker, H. P. (1966). The affect of hopelessness and the development of cancer, Psychosomatic Medecine, 28, 714-721.

Schmied, L. A., & Lawler, K. A. (1986). Hardiness, type A behavior, and the stress-illness relation in working women. Journal of Personality and Social Psychology, 51 (6), 1218-1223.

Schlosser, M. S., & Sheeley, L. A. (1985). The hardy personality : females coping with stress. Paper presented at the 93rd Annual APA Convention at los Angeles, CA.

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

Servant, D., & Parquet, Ph. J. (1995). Stress, anxiété et pathologies médicales. Paris : Masson.

Siddiqa, S. H., Hasan, Q. (1998). Recall of past experiences and their self-evaluated impact on hardiness-related characteristics. Journal of Personality and Clinical Studies, 14 (1-2), 89-93.

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

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

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

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

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

Strahan, R., & Gerbasi, K. C. (1972). Short, homogeneous versions of the Marlow-Crowne Social Desirability Social Scale. Journal of Clinical Psychology, 28, 191-193.

Tetrick, L. E. (1989). An exploratory investigation in response time latency in computerised administration of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Personality and Individual Differences, 10, 1281-1287.

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

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

Trepanier, S. (1996). Relations entre l'estime de soi, le stress occupationnel et la santé d'infirmières de soins intensifs. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal

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

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

Walter, V., & Haines, T. (1989). Workload and occupational stress in nursing. The Canadian Journal of Nursing Research, 21(3), 49-58.

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

Watson, J. (1988b). Nursing : Human science and Human Care : a theory of nursing. MDNM 2nd, national League for Nursing (Ed.), New York.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress : exploring the central role of the negative affectivity. Psychology Review, 96, 234-254.

Weibe, D. J., & Mc Callum, D. M. (1986). Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. Health Psychology, 5, 435-438.

Wilder, B. F. (1995). The relationship of selected demographic characteristics, health conditions, and personality hardiness with quality of life in older adults. Unpublished Dissertation Abstract, University of Alabama : Birmingham..

Woodburn, P. K. (1993). The relationship of life events, coping styles and hardiness to relapse in persons recovering from alcohol abuse. Unpublished Dissertation Abstract, University of Texas : Austin.

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

Wyer, A. R., Masuda, M., & Holmes, T. H. (1968). Seriousness of illness rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 363-3.

FIGURE 1 : PRÉSENTATION DU PREMIER MODÈLE THÉORIQUE DE LA
HARDIESSE

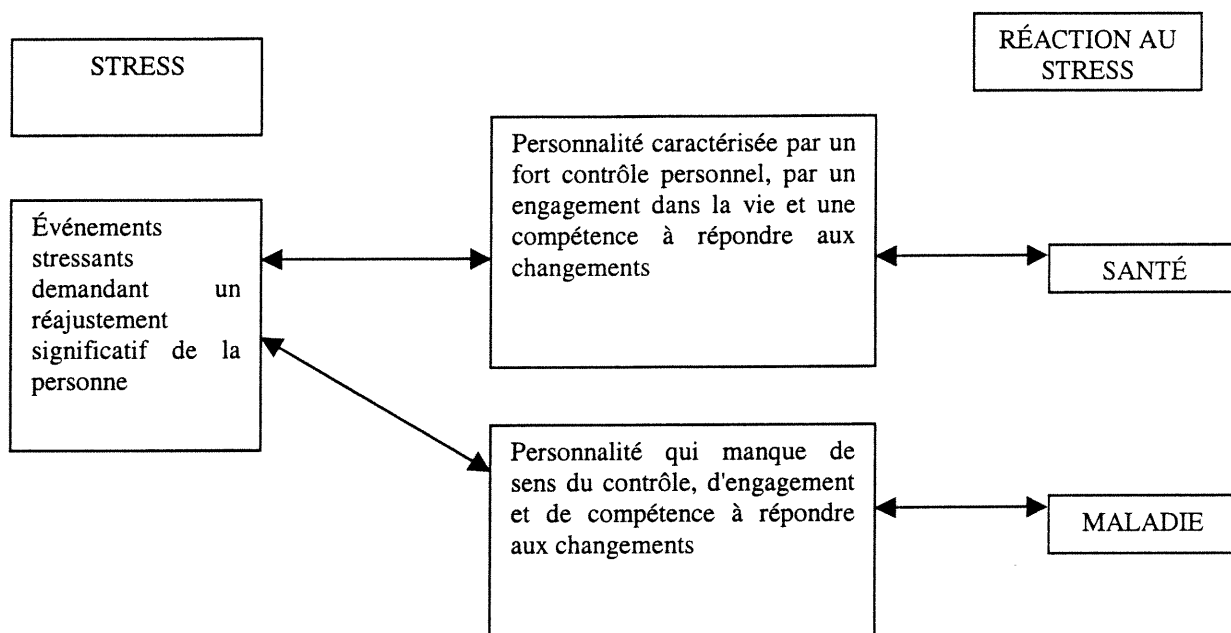


Figure 1 : Diagramme représentant les interactions entre les événements stressants de la vie, les caractéristiques de la personnalité et la santé ou la maladie

Extrait et traduit de Kobasa, C. S. (1977). Stress, personnalité, and health : A study of an overlooked possibility, Unpublished Dissertation, University of Chicago, Chicago

ANNEXES

ANNEXE 1 : PROPOSITIONS DE LA THÉORIE EXISTENTIELLE EN LIEN
AVEC LA HARDIESSE

Présentation des propositions de la théorie existentielle représentant les fondements de la hardiesse	
CENTRE DE LA PERSONNALITÉ	DIMENSIONS DE LA HARDIESSE
1. La personnalité est construite à travers l'attribution de sens	Engagement
2. La personne est caractérisée par la symbolisation, l'imagination et le jugement	Maîtrise
3. La personne est caractérisée par sa participation à la société	Engagement
4. La personne est caractérisée par sa participation à l'environnement physique et biologique	Engagement
5. le temps est nécessaire pour construire la personnalité	
6. La vie est mieux comprise comme une prise de décision	Maîtrise
7. La personnalité est une synthèse de caractéristiques factuelles (sexe, âge) et de possibilités individuelles	
8. La personne confrontée à un changement doit choisir entre un futur anxiogène (peur de l'inconnu) et un passé culpabilisant (regret d'un mauvais choix)	Défi
9. Le courage facilite le choix du futur. Ce courage se développe à partir de la confiance en soi	Maîtrise
LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ	
10. Le développement consiste en l'interaction des composantes psychologiques, et biophysiques de l'existence.	
11. Le développement est facilité par la stimulation et l'encouragement de l'individualité	
12. L'imposition de limites dans le cadre permissif stimule le développement positif de l'enfant	Défi
13. La richesse des expériences stimule le développement positif	Engagement
14. Le développement de la personnalité devient de plus en plus auto déterminé	Maîtrise
15. l'expérience des échecs stimule le développement de l'autodétermination	Défi
16. L'autodétermination passe par trois types d'orientation : esthétique, idéaliste et authentique	
LA PÉRIPHÉRIE DE LA PERSONNALITÉ	
17. Les adultes expriment leur style de vie de façon authentique et non authentique	
18. Les valeurs , préférences, buts et points de vue de l'être authentique sont clairs et uniques alors que chez la personne non authentique ces éléments restent vagues, et conventionnels	Engagement
19. La personne authentique vit des expériences en favorisant la qualité à la quantité la personne non authentique privilégie la quantité des relations	Engagement

20. les personnes authentiques orientent les relations sociales dans l'intimité alors que les personnes non authentiques préfèrent ce qui est superficiel	
21. A l'intérieur d'une organisation les personnes authentiques sont actives et influantes alors que les personnes non authentiques sont passives et consentantes	Engagement
22. Les pensées, les émotions et actions de la personne authentiques sont réfléchies et planifiées alors que chez la personne non authentique, elles sont fragmentaires et sans buts	Maîtrise
23. La personne authentique est en changement continu alors que c'est le statu quo pour la personnalité non authentique	Défi
24. La personne authentique accepte les expériences anxiogènes alors que les autres personnes préfèrent les expériences culpabilisantes	Défi
25. L'expérience d'échec précipite la psychopathologie chez la personne non	

**ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIONNELLES ENTRE LA
HARDIESSE ET LA PERCEPTION DES STRESSEURS**

Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et la perception des stresseurs					
AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
Mc Cranie, Lambert et Lambert (1987)	260 infirmières travaillant dans 18 unités de soins (USA) taux de réponse : 41 %	Aucune	Aucune	Échelle composite de 36 items (2 ^{ème} génération)	$r = -0.28$ $p < 0.05$
Topf (1989)	100 infirmières de soins intensifs (USA) taux de réponse : 70 %	Aucune	Adaptation du modèle de Maddi et Kobasa (1984)	Échelle composite de cinq sous échelles avec 59 items (1 ^{ère} génération)	$r = -0.21$ $p < 0.05$
Wright, Blanche, Ralph et Luterman (1992)	54 infirmières de soins intensifs (USA) taux de réponse : 57 %	Aucune	Aucune	Personnal View Survey (50 items) (3 ^{ème} génération)	$r = -0.41$ $p < 0.01$
Hall (1992)	145 infirmières (USA) taux de réponse non communiqué			Personnal View Survey (50 items) (3 ^{ème} génération)	$r = -0.28$ $p < 0.001$
Lambert et Lambert (1993)	1345 professeurs en sciences infirmières (USA) taux de réponse de 64.8%	Aucune	Aucune	PVS (50 items) Role Conflict and Role Ambiguity Scale (29 items) (échelle permettant de mesurer la perception des stresseurs liés au rôle)	$E, r = -0.23,$ $M, r = -0.27$ $D, r = -0.12$ $P < 0.05$ dans les trois mesures
Savignac (1993)	140 infirmières de soins de longue durée (Québec) taux de réponse : 61 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (en traduction française, 50 items)	$r = -0.24$ $p < 0.01$
Gomez (1994)	43 infirmières (USA) taux de réponse non communiqué			Hardiness Scale	$r = -0.49$ $p < 0.005$
Van Servellen, Topf et Leak (1994)	237 infirmières de 18 unités dans 7 hôpitaux (USA) taux de réponse 70 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	Lyons Tension Index (pour le stress au travail) Hardiness Scale	$r = -0.25$ $p < 0.001$
Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) taux de réponse : 77.9 % et 55 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (en traduction française, 50 items)	$T1 = \beta = -0.209,$ $T2 = \beta = -0.119,$ $T3 = \beta = -0.145,$ $p < 0.01$ à $T1, T2, T3$

Harrison (1995)	150 infirmières de médecine-chirurgie (Québec) taux de réponse : 62.6 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (en traduction française, 50 items)	$r = -0.62$, $p < 0.000$
Collins (1996)	230 infirmières en soins critiques, médecine-chirurgie et mère enfant (USA) taux de réponse de 49 %	Neuman (1989)	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (en traduction française, 50 items)	$r = -0.22$ $p < 0.01$
Delmas, Pronost, Cloutié (1997)	245 infirmières de soins intensifs (France) taux de réponse : 86 %	Aucune	Modèle de gestion du stress en soins infirmiers	PVS (en traduction française, 50 items)	$r = -0.26$ $p < 0.002$

N.B : il s'avère que la mesure de la perception des stressseurs s'est faite en fonction du Nursing Stress Scale (NSS) sauf dans le cas de Lambert et Lambert (1993) et Van Servellen, Topf et Leak (1994). Les lettres, E,M,D sont les initiales des trois dimensions de la hardiesse soit l'engagement, la maîtrise et le défi.

Remarque. Le score global de hardiesse mesurée par le PVS en langue anglaise et française se situe entre 72 et 77.1 soit au niveau du 7 centile de la distribution théorique.

**ANNEXE 3 : PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIVES ENTRE LA
HARDIESSE ET L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

Présentation des études corrélationnelles entre la hardiesse et l'épuisement professionnel					
AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
Millet-Smith (1984)	403 infirmières de 4 hôpitaux (USA) taux de réponse non communiqué	Aucune	Aucune	Locus of Control Scale MBI (22 Items)	Contrôle externe et EE (F, $r=0.11$, $p<0.01$) (I, $r=0.16$, $p<0.01$)
Keane, Ducette et Adler (1985)	180 infirmières de soins intensifs et médecine chirurgie (USA) taux de réponse de 53 %	Aucune	Aucune	6 échelles avec 68 items (1 ^{er} génération) SBS-HP avec 30 items	$r=-0.42$, $p<0.01$ (score global) r varie de - 0.26 à - 0.42 ($p<0.01$) entre E.P et les différentes dimensions de la hardiesse
D'Ambrosia (1987)	121 infirmières d'oncologie de 3 hôpitaux (USA) taux de réponse de 52 %	Aucune	Aucune	6 échelles avec 68 items (1 ^{er} génération) SBS-HP avec 30 items	$r=-0.55$, $p<0.01$ (score global) r varie de -0.21 à - 0.57 ($p<0.01$) entre E.P et les différentes dimensions de la hardiesse
Rich et Rich (1987)	153 infirmières de 7 unités (USA) taux de réponse de 69 %	Aucune	Aucune	5 échelles avec 59 items (1 ^{er} génération) SBS-HP avec 30 items	$r = -0.39$, $p < 0.01$ (score total) r varie de - 0.37 à - 0.50 ($p < 0.01$) entre E.P et les différentes dimensions de la hardiesse manque de hardiesse explique 25 % de E.P
Jama (1987)	200 infirmières en anesthésie (USA) taux de réponse de 52 %	Aucune	Aucune	6 échelles avec 68 items (1 ^{er} génération) SBS-HP avec 30 items	$r = -0.50$, $p < 0.01$ (score total) r varie de -0.42 à -0.63 ($p < 0.01$) entre E.P et les différentes dimensions de la hardiesse
Mc Cranie, Lambert et Lambert (1987)	260 infirmières de 18 unités d'un hôpital (USA). taux de réponse de 41 %	Aucune	Aucune	Échelle composites de 36 items (2 ^{eme} génération) Teduim Scale avec 51 items	$r=-0.43$, $p<0.05$
Topf (1989)	100 infirmières de soins intensifs taux de réponse de 100%	Aucune	Modèle adapté de la théorie de Maddi et Kobasa (1984)	5 échelles avec 59 items au total MBI (22 items)	EE, $r=-0.185$, $p<0.001$ DP, $r=-0.121$, $p<0.001$ PA, $r=0.281$, $p<0.001$

Langemo (1990)	287 infirmières enseignantes de six régions géographiques des USA taux de réponse : 54%	Aucune	Person-Environnement (Modèle dérivé du modèle du système social)	PVS (50 items) MBI (adaptation pour les enseignants, 50 items)	EE, $r=-0.40$, $p<0.001$ DP, $r=-0.34$, $p<0.001$ PA, $r=0.27$, $p<0.001$
Clarke (1991)*	157 infirmières (USA) taux de réponse : 67 %	Non précisé	Non précisé	PVS MBI	E.P ↔ Hardiesse
Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991)	103 infirmières de soins intensifs taux de réponse : 51%	Aucune	Aucune	PVS (50 items) SBS-HP avec 30 items	$R=-0.43$, $P<0.001$ (score total) Engagement, $r=-0.47$, $p<0.001$ Maîtrise, $r=-0.23$, $p<0.01$ Défi, $r=-0.33$, $p<0.01$ La hardiesse explique 7% de la variance de E.P
Wright, Blanche, Ralph et Luterman (1992)	54 infirmières de soins intensifs (USA) taux de réponse : 57 %	Aucune	Aucune	PVS (50 items) TDS (21 items)	$R=-0.55$, $p<0.01$. La hardiesse explique 41.5% de l'E.P
Smockek (1992)*	217 étudiantes infirmières au baccalauréat (USA)	Non précisé	Non précisé	Hardiness Test M.B.I (22 items)	E.E, $r=-0.55$, $p<0.001$ D.P, $r=-0.38$, $p<0.001$ P.A, $r=0.36$, $p<0.001$ La hardiesse explique 30% de la variance de l'E.P. L'engagement explique 31 % de la variance de l'E.E
Buran (1992)*	121 professeures FSI et FSA (USA). Taux de réponse : 71%	Aucune	Aucune	PVS (50 items) MBI (22 items)	E.P ↔ Hardiesse L'engagement est le plus fort prédicteur de l'E.P

Bausler (1992)*	240 professeures FSI taux de réponse : 60%	Aucune	Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) MBI (22 items)	E/EE, $r=-0.43$ E/DP, $r=-0.32$ E/PA, $r=0.25$ M/DP, $r=-0.33$ M/PA, $r=0.24$ Le défi n'a aucune relation statistiquement significative avec les différentes dimensions de E.P
Morisette (1993)	243 infirmières de soins intensifs (Québec) taux de réponse de	Aucune	Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (traduction française, 50 items) SBS-HP (30 items)	$r=-0.59$, $p<0.05$ Les dimensions de l'E et de la M expliquent 54 % de la variance de E.P
Stechmiller, Yarandi (1993)	375 infirmières de soins critiques de 14 hôpitaux (USA) taux de réponse de 86%	Aucune	Modèle de Pearlman et Hartman	PVS (50 items) MBI (22 items)	E.E, $r=-0.114$, $p<0.05$
Fusco (1994)*	101 infirmières (USA)	Non précisé	Non précisé	Hardiness scale M.B.I (22 items)	E.E. \longleftrightarrow Hardiesse D.P \longleftrightarrow Hardiesse P.A. \longleftrightarrow hardiesse
Van Servellen, Topf et Leak (1994)	237 Infirmières de 18 unités de 4 hôpitaux	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	Hardiness scale MBI (22 items)	E.E, $r=-0.29$, $p<0.001$
Paquette (1994)	135 infirmières travaillant en sidologie taux de réponse	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) SBS-HP (30 items)	$r=-0.40$, $p<0.01$ E, $r=-0.040$, $p<0.01$ M, $r=-0.31$, $p<0.01$
Major (1995)	125 infirmières nouvellement diplômées (Québec) taux de réponse de 76%	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) MBI (22 items)	E.E, $r=-0.26$, -0.26 , -0.44 D.P, $r=-0.24$, -0.24 , -0.32 P.A, $r=0.46$, 0.28 , 0.32 $p<0.05$ pour tous les résultats
Gomez (1994)*	43 infirmières d'urgence (USA)		Non présenté	Hardiness scale MBI	$r=-0.52$, $p<0.0001$
Marchido (1994)*	40 infirmières réservistes dans l'armée (USA)	Non présenté	Non présenté	Hardiness scale SBS-HP	$r=-0.52$, $p<0.001$

Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) taux de réponse : 77.9 % et 55 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) SBS-HP (30 items)	T1=�=-0.35, p<0.01 T2=�=-0.37, p<0.01 T3=�=-0.38, p<0.01
Sortet et Banks (1996)	185 infirmières (USA) taux de réponse : 68 %	Aucune	Aucune	PVS (50 items) MBI (22 items)	EE, r2=0.27, p<0.001 DP, r2=0.11, p<0.001 PA, r2=0.21, p<0.001 La hardiesse explique 26 % de la variance de l'EE, 11 % de la variance de DP et 20 % de la variance de PA
Collins (1996)	230 infirmières en soins critiques, médecine-chirurgie et mère enfant (USA) Taux de réponse 49 %	Neuman (1989)	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) MBI (22 items)	r=-0.56, p<0.001
Delmas, Pronost, Cloutié (1997)	245 infirmières de soins intensifs (France) taux de réponse : 86 %	Aucune	Modèle de gestion du stress en soins infirmiers (modèle dérivé de la théorie de Maddi et Kobasa, 1984)	PVS (50 items) MBI (22 items)	r=-0.30, p<0.01 EE, r=-0.33, p<0.0001 DP, r=-0.27, p<0.001 PA, r=.23, p<0.005
Rowe (1997)	448 professionnels de santé (USA) dont 132 infirmières	Aucune	Aucune	Hardiness Scale (30 items) MBI (22 items)	EE, r=-0.43, p<0.01 D.P, r=-0.32, p<0.01 PA, r=0.37, p<0.01 EP, r=-0.45, p<0.01 La maîtrise explique 26% de la variance de l'E.E
Simoni et Paterson (1997)	1049 infirmières travaillant dans l'état du centre sud (USA)	Aucune	Aucune	6 échelles avec 36 items TS (21 items)	r=-0.47, p<0.001

Constantini, Solano, Di Napoli et Bosco (1997)	100 étudiantes infirmières de 2 ^{ème} année (Italie) taux de réponse : 92%			PVS (50 items) MBI (22 items)	EE, $r=-0.41$, $p<0.002$ PA, $r=0.29$, $p<0.004$
---	---	--	--	--------------------------------------	---

Légende : PVS : Personal View survey, MBI : Maslach burnout Inventory, SBS-HP : Staff Burnout Scale For Health Professionnels, TS : Teduim Scale, EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation d'autrui, MA : manque d'accomplissement professionnel, EP : épuisement professionnel.

* : notifie que les informations sont extraites d'abstracts.

Remarque : le score global de hardiesse mesuré par l'échelle PVS en langue anglaise et française est compris entre 71.02 et 79.33 soit au niveau du septième centile de la distribution théorique. Seul les résultats sur une population d'étudiantes italiennes en soins infirmiers montrent un score global de 66.80.

Rowe(1997) est issue d'une autre discipline que les sciences infirmières.

ANNEXE 4 :PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIVES ENTRE LA
HARDIESSE ET D'AUTRES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE (DÉTRESSE
PSYCHOLOGIQUE, ANXIÉTÉ, BIEN ÊTRE, QUALITÉ DE VIE AU
TRAVAIL,SANTÉ)

AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE					
Duquette, Kéroac, Sandhu, Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) taux de réponse de 77.9 % et 55 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Divers Problème Personnel (29 items)	$T1=\beta=-0.272$, $T2=\beta=-0.272$, $T3=\beta=-0.252$, $p<0.01$ dans les trois temps d mesure
Harrisson (1997)	300 infirmières auxiliaires (Québec) taux de réponse : 57 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Divers Problème Personnel (29 items)	$r=-0.42$, $p<0.01$ La hardiesse représente 19 % de la variance de la détresse psychologique
Nowack (1986)	300 employées d'une université de Californie taux de réponse : 64 %	Aucune	Aucune	Échelle de première génération Hopkins Symtom Checklist (1974) (58 items)	$r=-0.51$, $p<0.05$
LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET L' ANXIÉTÉ					
Patton et Goldenberg (1999)	47 étudiants en soins infirmiers de trois universités du Canada	Aucune	Aucune	PVS (50 items) State Trait Anxiety Inventory (40 items)	SA, $r=-0.57$ TA, $r=-0.57$ $P<0.0001$ dans les deux cas. La dimension du défi n'a pas de lien significatif avec SA et TA.
LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET LE BIEN-ÊTRE					
Savignac (1993)	140 infirmières de soins de longue durée (Québec) taux de réponse : 62 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Votre Bien-Etre (14 items)	$r=0.44$, $p<0.001$ E, $r=0.49$, $p<0.001$ M, $r=0.38$, $p<0.001$ D, $r=0.44$, $p<0.001$
Harrisson (1995)	150 infirmières de medecine-chirurgie (Québec) taux de réponse : 62.6 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Votre Bien-Etre (14 items)	$r=0.61$, $p<0001$ La hardiesse explique 38 % de la variance du bien-être psychologique
LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL					
Delmas, 1999	229 infirmières de réanimation (France) taux de réponse : 64%	Roy	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Échelle de Qualité de Vie au Travail (16 items)	E, $\beta=0.2$ M, $\beta=0.21$ D, $\beta=-0.185$ $p<0.05$ dans les trois cas

LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET LA SANTÉ					
Van Servellen, Topf et Leak (1994)	237 infirmières de 18 unités dans 7 hôpitaux aux de réponse 70 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	Hardiness Scale Brief Symptom Index (anxiété, dépression, et somatisation)	Anxiété, $r=-0.40$ Dépression, $r=-0.41$ Somatisation, $r=-0.29$ P= 0.05 dans les trois cas
Sortet et Banks (1996)	185 infirmières (USA) taux de réponse de 68 %	Aucune	Aucune	PVS (50 items) Survey Instruments from The Centers for Disease Control	Pas de relation statistiquement significative entre la hardiesse et la santé physique et psychologique

Légende : PVS : Personal View survey, E : engagement; M : maîtrise ; D : défi ; MBI : Maslach burnout Inventory, SBS-HP : Staff Burnout Scale For Health Professionnels, TS : Teduim Scale, EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation d'autrui, MA : manque d'accomplissement professionnel, EP : épuisement professionnel.

* : notifie que les informations sont extraites d'abstracts.

ANNEXE 5 : PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIVES ENTRE LA
HARDIESSE ET LES STRATÉGIES DE *COPING*

AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET LE <i>COPING</i>					
Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991)	103 infirmières de soins intensifs (USA) taux de réponse : 51%	Aucune	Aucune	PVS (50 items) Version abrégée du Ways of Coping Checklist (42 items)	<i>Coping</i> émotionnel, $r=-0.28$, $p<0.01$ Pas de lien statistique entre la hardiesse et les stratégies centrées sur le problème
Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) taux de réponse : 77.9 % et 55 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Indices of Coping Responses (en traduction française, 32 items)	Hardiesse et stratégies d'adaptation actives $T1=\beta=0.35$ $T2=\beta=0.39$ $T3=\beta=0.39$ $P<0.001$ dans les trois temps de mesure
Simoni et Paterson (1997)	1049 infirmières travaillant dans l'état du centre sud (USA)	Aucune	Aucune	Revised Hardiness Scale (36 items) (2 ^{ème} génération) <i>Coping</i> Taxonomie de Pines et Kafry (12 items)	Les infirmières qui utilisent les stratégies de <i>coping</i> actives ont un niveau de hardiesse supérieur à des infirmières qui utilisent des stratégies de <i>coping</i> inactives ($t=2.57$, $p<0.005$)
Delmas, 1999	229 infirmières de réanimation réparties dans huit services de 2 hôpitaux (France) taux de réponse : 64 %	Roy	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Version Abrégé du Ways of Coping Checklist (21 items)	E. et réévaluation positive $r=0.2$, $p<0.05$ M. et réévaluation positive $r=0.27$, $p<0.05$ M. et distanciation $R=-0.24$, $p<0.05$ D. et Recherche de soutien $R=-0.26$, $p<0.05$ D et distanciation $R=-0.23$, $p<0.23$

Légende : PVS : Personal View survey, E : engagement; M : maîtrise ; D : défi ; H : Hardiesse ; MBI : Maslach burnout Inventory, SBS-HP : Staff Burnout Scale For Health Professionnels, TS : Teduim Scale, EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation d'autrui, MA : manque d'accomplissement professionnel, EP : épuisement professionnel.

* : notifie que les informations sont extraites d'abstracts.

ANNEXE 6 :PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIVES ENTRE LA
HARDIESSE ET LE SOUTIEN SOCIAL

AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
RELATION ENTRE LA HARDIESSE ET LE SOUTIEN SOCIAL					
Boyle, Grap, Younger et Thornby (1991)	103 infirmières de soins intensifs (USA) taux de réponse : 51%	Aucune	Aucune	PVS (50 items) 13 items House and Wells Social Support Scale	r=0.28, p<0.01
Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier (1995)	1990 infirmières en soins de longue durée (Québec) taux de réponse de 77.9 % et 55 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Work Relationship Index (traduction française, 27 items)	T1=β=0.32 T2=β=0.36 T3=β=0.37 P<0.001 dans les trois temps de mesure
Harrisson (1997)	300 infirmières auxiliaires (Québec) taux de réponse : 57 %	Aucune	Théorie de Maddi et Kobasa (1984)	PVS (50 items) Work Relationship Index (traduction française, 27 items)	r=0.27, p<0.001 le soutien au travail explique 7.7% de la variance de la hardiesse

Légende : PVS : Personal View survey, E : engagement; M : maîtrise ; D : défi ; H : hardiesse ; MBI : Maslach burnout Inventory, SBS-HP : Staff Burnout Scale For Health Professionnels, TS : Teduim Scale, EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation d'autrui, MA : manque d'accomplissement professionnel, EP : épuisement professionnel.

* : notifie que les informations sont extraites d'abstracts.

ANNEXE 7 :PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIVES ENTRE LA
HARDIESSE ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
LES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE ET DES INDICATEURS DE PERFORMANCE					
Messina (1993)*	97 infirmières de médecine chirurgie (USA)	Non précisé	Non précisé	Hardiness Scale Organisation climate Scale	OCS + H ↔
Farah (1997)©	30 infirmières québécoises taux de réponse : 86 %	Aucune	Aucune	Dispositional Resilience Scale-Hardiness (Bartone) (15 items) Inventaire des Motivations de Blais (IMTB)(31 questions)	Hardiesse-motivation intrinsèque totale $r = 0.35, p < 0.05$ hardiesse-motivation extrinsèque totale $r = 0.19, p < 0.05$ hardiesse- amotivation totale $r = -0.31, p < 0.05$.
Hegge, Melcher, Williams (1999)	409 étudiants en soins infirmiers de 4 sites géographiques différents (USA) taux de réponse de 54.3%	Aucune	Aucune	PVS II (50 items) Student Self-Report (10 items)	$R=0.24, p<0.0002$
Patton et Goldenberg (1999)	47 étudiants en soins infirmiers de trois universités du Canada	Aucune	Aucune	PVS (50 items) Taux de réussite au baccalauréat	Pas de relation statistiquement significative

Légende : PVS : Personal View survey, E : engagement; M : maîtrise ; D : défi ; H : hardiesse ; MBI : Maslach burnout Inventory, SBS-HP : Staff Burnout Scale For Health Professionnels, TS : Teduim Scale, EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation d'autrui, MA : manque d'accomplissement professionnel, EP : épuisement professionnel.

* : notifie que les informations sont extraites d'abstracts.

© : le mémoire a été effectué en éducation

Remarque : la moyenne de hardiesse oscille entre 72.9 et 74.48 soit au niveau du septième centile de la distribution théorique.

**ANNEXE 8 :PRÉSENTATION DES ÉTUDES CORRÉLATIVES ENTRE LA HARDIESSE
ET D'AUTRES INDICATEURS SUR UNE POPULATION DE PATIENTS**

AUTEURS	POPULATIONS ÉTUDIÉES	PERSPECTIVE INFIRMIÈRE	MODÈLE THÉORIQUE	INSTRUMENTS DE MESURE	RÉSULTATS
Magnani (1990)	115 personnes âgées (USA)	Aucune	Modèle de Combs, Richards et Richards	Échelle de 2eme génération (36 items). Self Health Assessment Activity (28 items)	<u>H/ Self Health Assessment</u> r=0.21, p<0.01 <u>H/ Activity</u> r=0.29, p<0.001 la hardiesse explique 8.4 % de la variance de l'activité des personnes âgées.
Lambert , Lambert et Kipple (1990)	122 femmes atteintes de polyarthrites rhumatoïdes (USA)	Aucune	Théorie du stress et <i>coping</i> (Lazarus et Folkman, 1984)	Échelle de 2eme génération (20 items). Social Support (27 items) (Sarason) Mental Health Index (15 items)	H - soutien social r=0.24, p<0.001 H- bien être psychologique r=0.52, p<0.001
Lee (1991)	300 personnes de milieu agricole (USA) taux de réponse : 54%	Aucune	Aucune	Échelle de 2eme génération (20 items) Schedule of Recent Life Events (43 items) Perceived Health Status (49 items)	ES, r=-0.25, p<0.05 Santé mentale, r=0.39, p<0.001 Santé sociale R=0.33, p<0.001 Pas de lien statistique entre la hardiesse et la santé physique
Carson, Green (1992)	100 patients sero positif ou atteint du sida. (USA)	Aucune	Théorie de Frank	PVS (50 items) Spiritual Well-Being (20 items)	r=0.41, p<0.05 le bien-être spirituel explique 17 % de la variance de la hardiesse
Woodburn (1993)*	113 hommes et femmes alcooliques (USA)	Non précisé	Non précisé	PVS (50 items) Jalowiec Coping Scale	H \leftrightarrow <i>coping</i> actif

Johnson (1994)*	60 familles ayant un enfant atteint de maladie chronique (USA)	Non précisé	Non précisé	PVS Six échelles regardant l'impact biopsychosocial sur la famille	H ↔ impact familial et social
Wilder (1995)*	96 personnes agées (USA)	Proposition d'un modèle conceptuel	Non précisé	PVS Medical Outcomes Studie Short Form health Survey	H ↔ satisfac tion H ↔ fonct -ionnement de santé

Légende : PVS : Personal View survey, E : engagement; M : maîtrise ; D : défi ; H : hardiesse ; MBI : Maslach burnout Inventory, SBS-HP : Staff Burnout Scale For Health Professionnels, TS : Teduim Scale, EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation d'autrui, MA : manque d'accomplissement professionnel, EP : épuisement professionnel.

* : notifie que les informations sont extraites d'abstracts.

ANNEXE 9 ; CONTENUS ET TECHNIQUES UTILISÉS EN REGARD DES DIFFÉRENTS
PROGRAMMES DE RENFORCEMENT DE LA HARDIESSE

AUTEURS	TECHNIQUES ET CONTENUS DES PROGRAMMES
Maddi et Kobasa (1984)	<p>Formation de 8 heures en session de 1 heure par semaine</p> <p>Session 1 : identification des sources majeures de stress</p> <p>Session 2,3,4 : utilisation des trois premières techniques</p> <p>Session 4,5 : identification des situations stressantes dans la vie personnelle</p> <p>Session 6 : évaluation des situations personnelles, élaboration d'un plan d'action</p> <p>Session 7 : évaluation du plan d'action, identification des situations futures génératrices de stress et élaboration de plan d'actions</p> <p>Session 8 : résumé des apprentissages en lien avec les trois dimensions de la hardiesse</p> <p>Trois des quatre techniques recommandées furent utilisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - le focusing - la reconstruction de situation - compensatory self improvement
Rich (1985)	<p>4 heures de formation continue</p> <p>les techniques utilisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - techniques de relaxation pour diminuer l'anxiété - les techniques émotivo-rationnelle d'Ellis (1975) qui permettent de prioriser l'analyse intellectuelle de la situation par rapport à une expression directe émotionnelle - l'affirmation de soi qui permet d'exprimer ses sentiments sans enfreindre le droit des autres - la reconstruction de situation - techniques d'inoculation du stress qui permettent à la personne d'identifier un dialogue interne défectueux. En effet, Meichenbaum (1976) suggère que ce que le dit la personne d'elle même avant, pendant et après un incident est un facteur déterminant de ces futures actions
Maddi (1987)	<p>Formation de 9 heures échelonnée sur plusieurs périodes</p> <p>Trois des quatre techniques recommandées en 1984 furent utilisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - le focusing - la reconstruction de situation - compensatory self improvement <p>le contenu des différentes sessions n'est pas précisé</p>
Tierney et Lavelle (1997)	<p>Formation de 1 jours : 6 heures</p> <p>Le contenu de la journée de formation est le suivant</p> <ul style="list-style-type: none"> - identification des stressseurs urgents - présentation du concept de hardiesse - reconstruction de situation à l'aide de plusieurs techniques comme <ul style="list-style-type: none"> - l'affirmation de soi - le stress inoculation - la technique émotivo-rationnelle

	<ul style="list-style-type: none"> - relaxation et imagerie mentale - examen et analyses de cas
Maddi (1998)	<p>10 heures de formation échelonnée sur 10 séances de 1 heure espacées de 1 semaine</p> <p>Session 1,2 : description des circonstances stressantes actuelles Session 3,4,5 : utilisation des trois techniques utilisées en 1987 Session 6,7,8 : développement et évaluation de plan d'action Session 10 : encouragement de la personne dans son changement Trois des quatre techniques recommandées en 1984 furent utilisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - le focusing - la reconstruction de situation - compensatory self improvment
Ester-lecler (1999)	<p>5 heure de formation en 5 séances d'une heure espacée d'une semaine</p> <p>Session 1 : identification des situations stressantes (focusing) Session 2 : présentation du concept de hardiesse Session 3 : approche émotive-rationnelle en regard de situation stressante Session 4 : reconstruction de situation (méthode de résolution de problème), élaboration de plan d'action Session 5 : analyse de cas, imagination, autoverbalisation pour diminuer le stress ressenti face à une situation stressante</p>

**ANNEXE 10 : PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS DEVIS DES ÉTUDES PORTANT SUR
L'ÉLABORATION ET L'ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE
LA HARDIESSE**

AUTEURS	DESCRIPTION DU DEVIS	LES VARIABLES DÉPENDANTES	LES ÉCHELLES DE MESURES	LES RÉSULTATS
Maddi et Kobasa (1984)	<p>Devis expérimental 15 questionnaires (USA) G1 (n=7), G2 (n=8) 8 heures de formation réparties en huit sessions espacées de 1 semaine</p> <p>Forme du devis G1 O1 X O2 G2 O3 O4</p>	<p>Hardiesse</p> <p>Stratégies de coping</p> <p>Tension physique</p>	<p>Cinq sous échelles (1^{er} génération)</p> <p>Questionnaire développé par Lazarus et Folkman</p> <p>Prise de la tension artérielle</p> <p>Test utilisé : non précisé (sûrement Test de T)</p>	<p>L'intervention a permis l'augmentation du niveau de hardiesse, de l'adoption de stratégies de coping en regard du coping transformati- - onnel et une diminution de la pression artérielle.</p>
Rich (1985)	<p>Devis expérimental 17 questionnaires d'un hôpital de 350 lits (USA) G1 (n=10), G2(n=7) 4 heures de formation en continue</p> <p>Forme du devis G1 O1XO2 G2 O3 O4 Pas de mortalié</p>	<p>Hardiesse</p>	<p>Cinq sous échelles (1^{er} génération)</p> <p>Test utilisé : test de T</p>	<p>L'intervention a eu un effet statistiquement significative par l'augmentation du niveau de hardiesse.</p>
Maddi (1987)	<p>Devis quasi-expérimental Après de questionnaires G1 (n=27), G2 (n=19) G1 : divisé en 4 groupes Formation de 9 heures échelonnée sur plusieurs périodes</p> <p>Forme du devis G1: O1XO2 O8O9 G2 :O5 O6XO7 Le groupe contrôle devient un groupe</p>	<p>Bien-être</p> <p>Satisfaction au travail</p> <p>Tension psychologique</p> <p>Tension physique</p>	<p>Non communiqué</p> <p>Non communiqué</p> <p>Hopkins Syptom Checklist</p> <p>Prise de la pression artérielle</p>	<p>L'intervention a eu un effet statistiquement significatif par l'augmentation du niveau de hardiesse, de satisfaction au travail et par la diminution de la tension psychologique et la tension artérielle. Ces effets persistent au bout de six mois et sont statistiquement</p>

	expérimental en deuxième partie. Les mesures O8 et O9 s'échelonne à deux mois et six mois après la formation Pas de mortalité	Hardiesse	PVS II Test utilisé : test de T	significatifs
Tierney et Lavelle (1997)	Devis expérimental 30 infirmières ayant peu d'expérience trois groupes et deux formations G1 (n=21), G2 (n=19), G3 (n=22). Pas de mortalité d'expérimentation Formation sur 1 jours : 6 heures Type de devis G1 O1 X O2 O3 G2 O4 Y O5 O6 G3 O7 O8 O9 O3O6O9 sont des mesures 6 mois après Y : représente un programme sur la gestion du temps Pas de mortalité	Hardiesse La rétention du personnel	PVS II La présence du personnel 1 ans après dans l'établissement Test utilisé : Test de T, test de Turkey	L'intervention a eu un effet statistiquement significatif sur l'augmentation du niveau de hardiesse immédiatement après la formation mais cette augmentation ne persiste pas dans le temps et devient non significative au bout de six mois L'intervention sur la gestion du temps a induit une diminution statistiquement significative du niveau de hardiesse au deux temps de mesure L'intervention n'a aucun effet observé sur la rétention du personnel
Maddi (1998)	Devis expérimental 54 gestionnaires G1,G2,G3 constitués de 18 personnes. Les groupes G1 et G2 furent redivisés en trois sous groupes 10 heures de formation en 10 sessions espacées de 1 semaine Type de devis G1 O1 X O2 G2 O3 Y O4	Hardiesse Tension psychologique Symptômes de maladies Soutien social	PVS II Hopkins Symptom Checklist Seriousness of Illness Survey Four scale of Moos	L'intervention sur la hardiesse a eu un effet statistiquement significatif sur l'augmentation du niveau de hardiesse , la satisfaction au travail, du soutien social et la diminution de la tension psychologique et les symptômes de maladies. En outre, l'effet du programme sur la hardiesse a un effet

	G3 O5 O6 Y représente une formation sur la relaxation Mortalité : 8 personnes		Test utilisé : Test de T, ANOVA	supérieur sur ces différentes variables que le programme de relaxation
Leclerc (1999)	Devis quasi-expérimental 37 infirmières de médecine chirurgie d'un centre hospitalier québécois G1(n=17), G2(n=20) 5 heures de formation 5 séances de 1 heure espacées de 1 semaine forme du devis G1 O1XO2 G2 O3 O4 Mortalité : 5 infirmières	Hardiesse Stress occupationnel Détresse psychologique	PVS II Nursing Stress Scale Questionnaire IDPSEQ-14 de Santé Québec Tests utilisés : Test de T, ANOVA, Covariance	L'intervention a eu un effet statistiquement significatif sur l'augmentation du niveau de hardiesse, la diminution de la perception des stressseurs et la détresse psychologique

**ANNEXE 11 : PRÉSENTATION DU CAHIER DE CONTENU ET D'EXERCICES REMIS
AUX INFIRMIÈRES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL**



CAHIER DE CONTENU ET D'EXERCICES À L'USAGE DES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS PARTICIPANT AU
PROGRAMME SUR LA GESTION DU STRESS

PRÉSENTATION DU CAHIER

Ce cahier a été élaboré à votre intention afin de maximiser la compréhension et l'intégration des différents contenus issus du programme de renforcement de la hardiesse. De plus, il peut aussi vous servir de base de discussion, de réflexion, de confrontation avec vos collègues et l'intervenant. En outre, c'est un support qui vous sera précieux car il vous permettra de prendre conscience des changements d'attitudes et de comportements, face aux situations stressantes, qui pourront apparaître au décours du programme d'intervention. De façon pratique, le cahier est divisé en trois blocs comme le programme d'intervention. Chaque bloc présente ses objectifs, ses contenus, ses exemples, des exercices suggérés. Un espace est proposé pour vos réflexions personnelles.

Il est souhaitable que vous inscriviez aussi vos réflexions, votre vécu, vos nouvelles expériences, sur un cahier personnel tout au long de la formation. De plus, des annotations sur le contenu, le processus de l'intervention, sur l'intervenant pourront y être consignées. Ce cahier personnel pourra ainsi vous servir d'auto-évaluation sur votre cheminement, mais aussi d'évaluation finale sur le contenu, le processus et les compétences de l'intervenant.

Je vous souhaite une bonne lecture ainsi que de prendre plaisir tout le long de ce programme

Philippe Delmas

**PREMIER BLOC : À LA DÉCOUVERTE
~~DU CONCEPT DE HARDIESSE~~**

PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE : DURÉE 1 HEURE : HORAIRE : 8 H.....9H				
A la fin de cette intervention, vous serez en mesure de :				
OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MÉTHODES D'ENSEIGNEMENTS	INSTRUMENTATIONS	DURÉE
1) Prendre conscience que votre milieu de travail peut induire des problèmes de santé mentale	1.1 Reconnaître que les infirmières sont une population exposée à des problèmes de santé mentale 1.2 Identifier les différentes sources de stress au travail 1.3 Percevoir qu'une situation de travail peut avoir un potentiel stressant et induire une tension en vous. 1.4 Différencier les situations stressantes, des situations non stressantes	Exposé formel et informel Propositions d'exercices	Transparents Projection PowerPoint Notes de cours Expériences des infirmières	1 heure 30 9H.....10H30
PAUSE SANTÉ : 15 MINUTES				
2) Acquérir des connaissances sur le concept de hardiesse	2.1 Décrire et commenter les actions qui relèvent d'une personne hardie face à une situation stressante	Exposé magistral formel et informel Atelier	Transparents Projection PowerPoint Notes de cours Expérience des infirmières	1 heure 15 10H45...12H
3) Prendre conscience de son comportement en regard d'une situation stressante	3.1 Différencier ses comportements hardis et non hardis en regard d'une situation stressante 3.2 Partager ce constat à l'intérieur du groupe	Propositions d'exercices Restitution en groupe		

les infirmières développent des problèmes de santé mentale



Psychiatry

1) Les indicateurs retenus

Trois indicateurs sont plus couramment utilisés pour examiner la santé mentale au travail. Il s'agit de :

- l'épuisement professionnel
- la détresse psychologique
- le bien être psychologique.

Le concept d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel (Maslach, 1982) représente un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, ainsi qu'une perte d'accomplissement personnel auxquels sont sujets des personnes dont le travail a pour but d'aider les gens. La dimension de l'épuisement émotionnel concerne le sentiment d'être drainé, vidé sur le plan émotif. La dimension de la dépersonnalisation se rapporte au développement des attitudes et de sentiments négatifs envers les clients. La dimension de la perte de l'accomplissement personnel s'applique au développement d'une image négative de soi, plus particulièrement au regard de la relation avec les personnes soignées, et le sentiment d'insatisfaction face aux accomplissements réalisés au travail.

Le concept de détresse psychologique

A travers les écrits de Ilfeld (1976), Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1987), Perrault (1989), il semble émerger un certain consensus sur l'approche du concept de détresse psychologique qui peut ainsi se définir comme un ensemble de symptômes reliés à la dépression, à l'anxiété, à l'agressivité et aux problèmes cognitifs. De plus, Préville et coll (1987) proposent une traduction ainsi qu'une échelle courte du Psychiatric Symptoms Index (PSI)(Ilfeld, 1976). En outre, il s'avère que les différentes études sur la détresse psychologique auprès des infirmières ont été réalisées avec l'utilisation française du Psychiatric Symptoms Index (Ilfeld, 1976).

Le concept de bien-être

Perrault (1987) définit le bien-être comme une force dynamique aux multiples composants telles l'énergie, le contrôle des émotions, l'humeur générale, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la

perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel. Au niveau opérationnel. Cette variable est mesurée par l'échelle de bien-être de Santé-Québec (1987).

2) Les résultats obtenus

- Au niveau de l'épuisement professionnel

En Amérique, au Japon, en Irlande du Nord, en Hollande et en Jordanie, les infirmières ayant un niveau élevé d'épuisement émotionnel représentent de **32 à 48 %** des infirmières actives. En France et en Italie, ce taux varie de **10 à 26 %**.

Quelques constats :

- les infirmières nouvellement diplômées ont un niveau faible d'épuisement professionnel (Major, 1995)
- Les infirmiers ont des niveaux aussi élevés d'épuisement professionnel que les infirmières pour le même travail (Hunter, 1992)
- Le niveau d'épuisement professionnel des infirmières est plus élevé que celui de différents professionnels de l'aide (professeurs, assistantes sociales) (Nagy et Nagy, 1992 ; Oktay, 1992) mais aussi au regard des professions n'ayant pas un contact direct avec la clientèle (ouvriers métallurgistes) (Tuuli et Karisalmi, 1999)

- Au niveau de la détresse psychologique.

Le pourcentage d'infirmières québécoises ayant un niveau de détresse psychologique élevé varie de **41.3 % et 56%**. Il apparaît que les infirmières ont un niveau deux fois plus élevé de détresse psychologique que la population québécoise en général et plus élevée également que la population féminine québécoise ainsi que des femmes œuvrant en relation d'aide (Préville et coll, 1987). il n'existe pas à l'heure actuelle d'études sur des infirmières françaises

- Au niveau du bien-être psychologique.

Le niveau de bonne forme psychologique qui correspond à un niveau élevé de bien-être varie de **15.9% à 47%** pour les infirmières québécoises (Harrison, 1995) et atteint **72.8%** chez les infirmières espagnoles (Margall, 1999).

Le niveau de bonne forme psychologique des infirmières québécoises est très inférieur à celui de la population québécoise (72%) (Prévaille et coll, 1987). Il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude effectuée en France à ce sujet

- Les infirmières enclines à des problèmes de troubles mentaux.

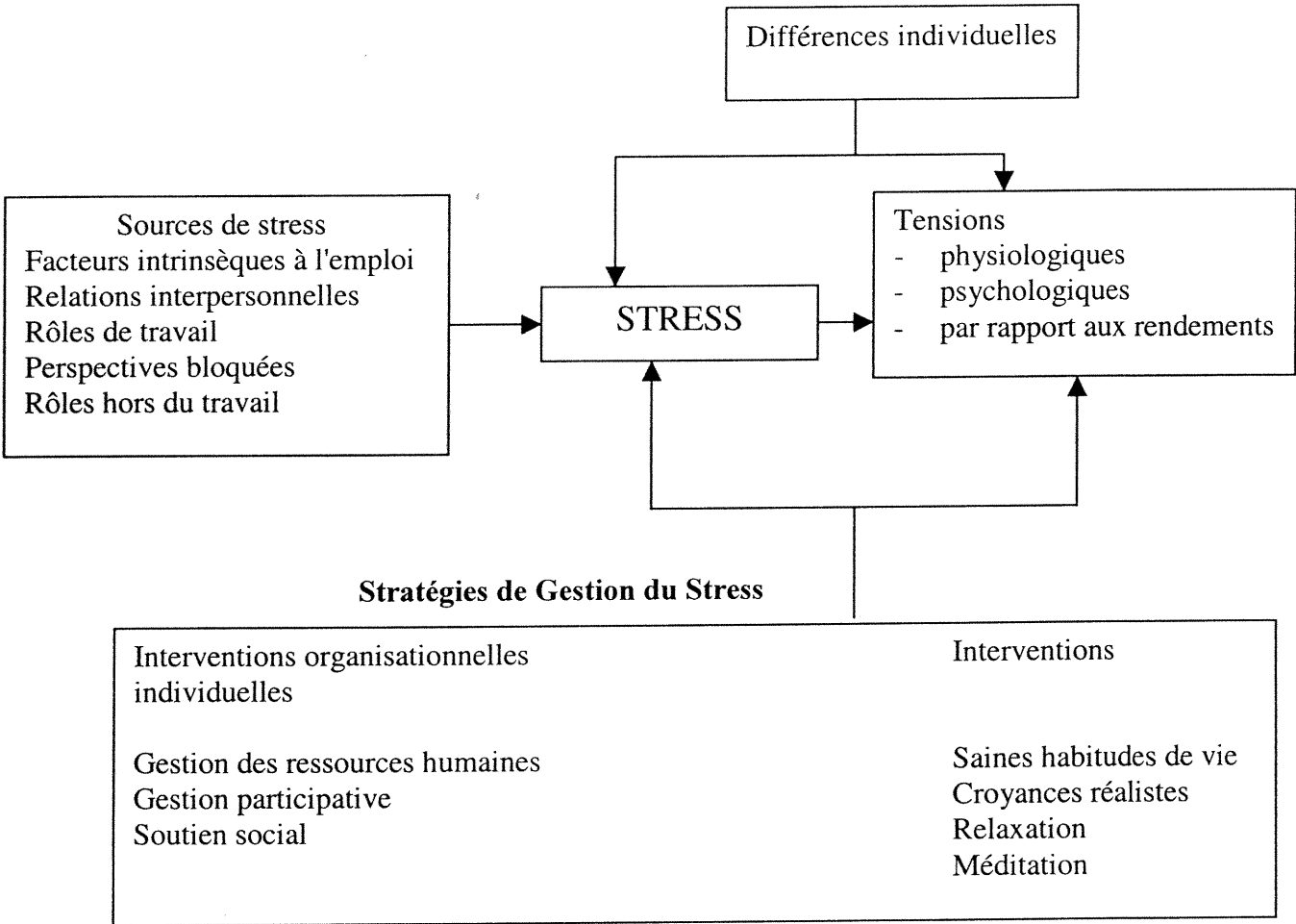
Selon Dionne-Proulx (1993), il apparaît que sur l'ensemble des causes des rentes pour invalidité permanente de la régie des rentes du Québec, les désordres pour troubles mentaux sont prépondérants chez les infirmières québécoises en général (26.2%), par rapport aux professions libérales (20 %), ainsi qu'à la population québécoise (12.1%). Plus finement, les résultats montrent que 30% des infirmières ayant une rente pour invalidité à long terme pour troubles mentaux ont moins de 44 ans. Enfin, les différents auteurs émettent l'hypothèse que le stress ressenti au travail, dû soit à des facteurs externes (manque de soutien au travail, ...) ou à des facteurs internes (Type A, hardiesse, ...), est une des causes principales de désordres mentaux.

Conclusion générale.

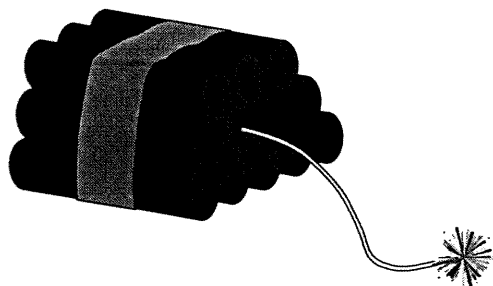
Prenant appui sur un ensemble d'études sur la santé des infirmières au travail, nous pouvons retenir les faits saillants qui suivent. Il apparaît que les infirmières sont des personnes vulnérables en regard de problèmes de santé mentale. En effet, elles manifestent un niveau d'épuisement professionnel et de détresse psychologique plus élevé que d'autres professionnels, ainsi que de la population générale. De même, elles ressentent moins de bien-être psychologique que la population générale, sauf en Espagne. Enfin, selon une étude, elles sont victimes plus souvent de troubles mentaux graves. En outre, les études les plus récentes montrent que le phénomène s'amplifie. Par contre, en France, il existe peu d'études faites à ce sujet.

Dionne-Proulx et Pépin (1993) proposent un modèle explicatif du processus du stress au travail qui est présenté ci-après.

PROCESSUS DU STRESS AU TRAVAIL



Dionne-Proulx, J., et Pépin, R. (1993). Stratégies et méthodes anti-stress. Nursing Québec, 13(3), 298.



En soins infirmiers, les stresseurs concernent les situations inhérentes à la prestation des soins, qui, dues à leur potentiel menaçant et à leur fréquence, peuvent entraîner des réactions néfastes chez les infirmières (Gray-Toft & Anderson, 1981). Ces auteurs ont mis à jour 34 situations regroupées en sept facteurs et trois dimensions ayant un potentiel stressant en soins infirmiers et ont proposé un instrument de mesure qui fut traduit en français par Duquette et coll (1995) : l'échelle de stress et de stresseurs en soins infirmiers.

Stresseurs majeurs en soins infirmiers

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

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

Charge de travail : situations stressantes qui arrivent lorsque le volume de soins à prodiguer est trop important pour l'infirmière compte tenu de l'horaire et des contraintes de temps.

Mort et morbidité : situations stressantes liées à la souffrance et à la mort d'un patient soigné.

Préparation insuffisante : situations stressantes qui arrivent lorsque l'infirmière se sent insuffisamment préparée pour répondre aux besoins émotionnels des personnes soignées et de la famille.

Manque d'appui : situations stressantes dues au manque d'occasion de pouvoir exprimer des sentiments d'angoisse ou de colère à ses collègues de travail ou sa supérieure.

Incertitude envers le traitement : situations stressantes qui surviennent lorsque l'infirmière ne se sent pas suffisamment préparée ou informée face à la situation de santé de la personne soignée.

Conflits avec les médecins : situations stressantes qui surviennent lors d'interactions conflictuelles entre l'infirmière et le médecin.

Conflits intraprofessionnels : situations stressantes qui surviennent lorsque les conflits entre le personnel infirmier se présentent.

ET VOUS ALORS, LE STRESS AU TRAVAIL ?



Je suis calme , détendu, sans violence. Le stress,
Connais pas,

Le stress au travail est un état de tension ressentie par l'infirmière suite à la survenue d'un événement stressant (décès d'un patient). Il se manifeste de façon physique (augmentation du rythme cardiaque, douleurs à l'estomac, ...) et psychologique (irritabilité, anxiété, manque d'appetit, ...). La prolongation de cet état peut amener la personne à développer des problèmes physiques et psychologiques plus importants (Maddi et Kobasa, 1984)

Décrivez en quelques mots une situation de travail qui vous paraît stressante.

.....
.....
.....
.....
.....

Nommez les acteurs en jeu.

.....
.....
.....

Quels sont les facteurs et symptômes objectifs et subjectifs qui permettent de vous dire que cette situation est stressante ?

.....
.....
.....
.....
.....

En vous centrant sur vous même, qu'est qui fait que cette situation est stressante ?.

.....
.....
.....
.....

Décrivez en quelques mots une situation de travail qui ne vous apparaît pas avoir un potentiel stressant.

.....
.....
.....
.....
.....

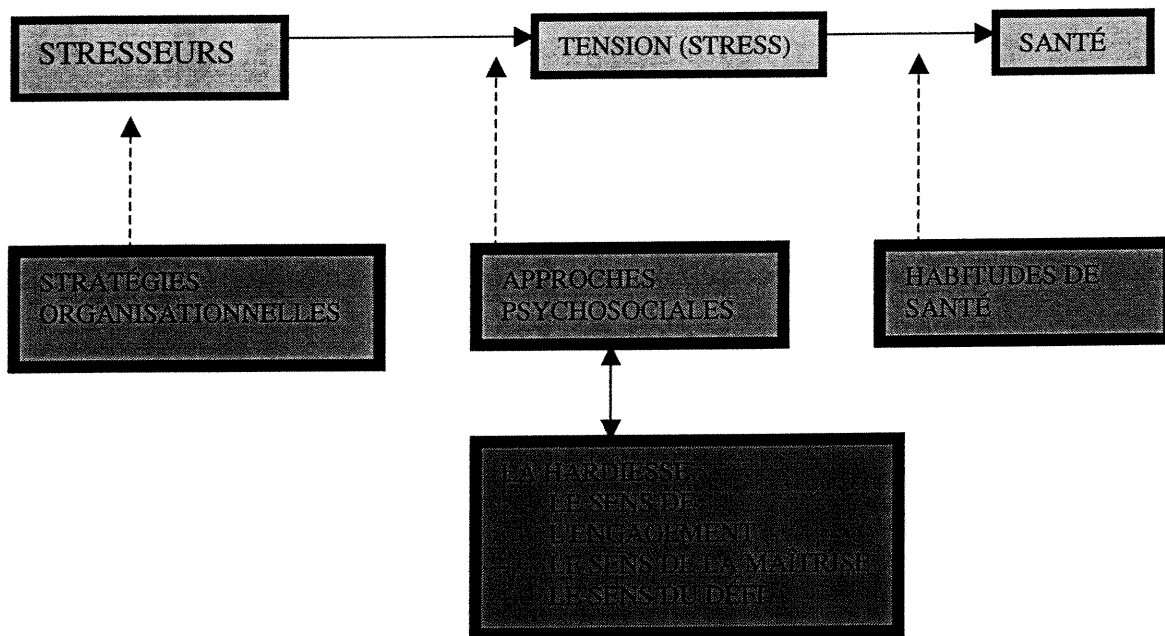
Quels sont les facteurs internes et externes qui permettent de vous dire que cette situation n'a pas de potentiel stressant ?.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notes personnelles

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RÉSUMÉ DES STRATÉGIES ET MÉTHODES ANTI-STRESS



Tiré de Duquette, Marchal, Morisette, et Carpentier-Roy (1999). Notes de cours et textes choisis (SOI 3004 : Infirmière en santé). Montréal : Université de Montréal.

NOTES

Vous ne comprenez pas quelque chose, des idées vous viennent à l'esprit, inscrivez les ici pour m'en faire part.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





hardiesse !?,ah hardiesse

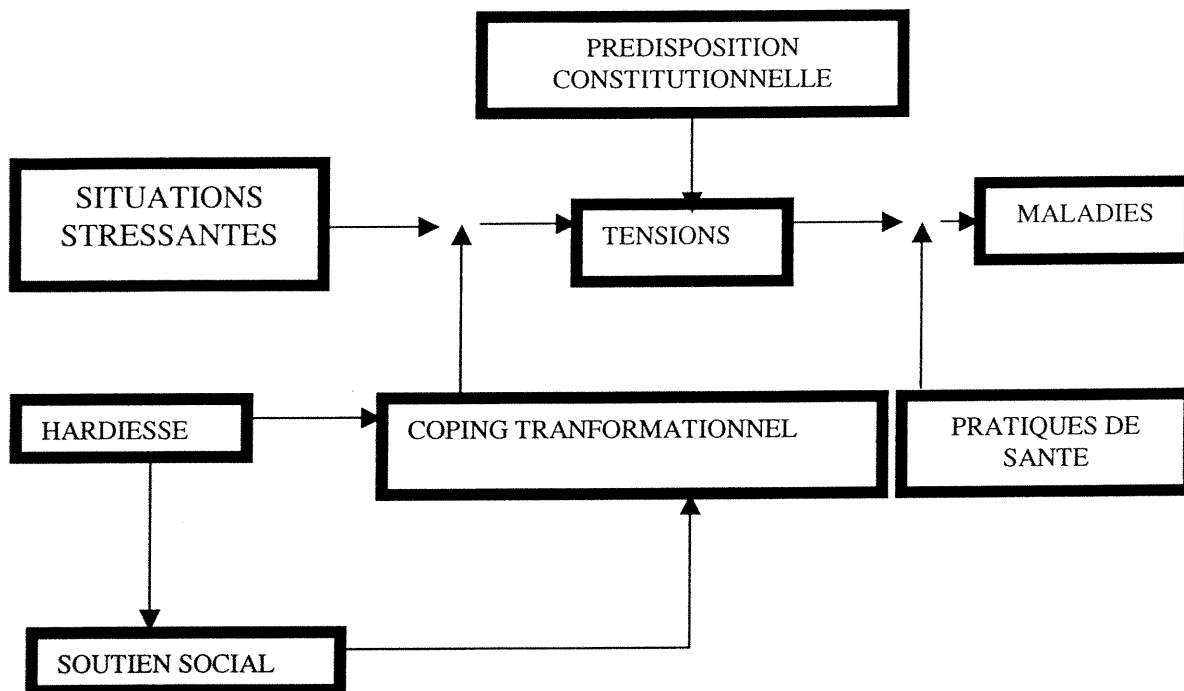
Kobasa (1977) a décrit une caractéristique de la personnalité qu'elle a nommé `` hardiesse`` se rapportant à des croyances, des sentiments, des tendances psychologiques qui permettraient une évaluation positive des situations. De ce fait, la personne demeurerait en santé malgré la présence de nombreux stressors. De plus, il est apparu que la hardiesse émerge comme l'une des plus puissantes ressources de l'individu à faire face aux stressors de l'environnement (Maddi et Kobasa, 1984).

La hardiesse apparaît comme une constellation de trois dimensions de la personnalité : le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi (Kobasa et Maddi, 1977).

Le sens de l'engagement se définit comme la tendance de la personne à s'impliquer dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées. Il s'oppose à une aliénation et au sens général d'abandon, de perte d'autonomie et de dépossession de l'authenticité.

Le sens de la maîtrise s'exprime par la croyance de pouvoir influencer le cours des événements par ce qui est imaginé, choisi, dit ou fait. Le sens de la maîtrise s'oppose à l'impuissance ou à la manipulation.

Le sens du défi se rapporte à la croyance que le changement plutôt que la stabilité est normal. Le défi s'oppose à la méfiance et à la stabilité.



Prédisposition constitutionnelle : vulnérabilité acquise ou innée (exemple : haut taux de cholestérol)

Coping transformationnel : évaluation positive d'une situation et action afin de diminuer le potentiel stressant d'un événement.

Soutien social : fait référence aux sources de soutien qui sont principalement la famille et les collègues de travail.

Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984).

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

LE CAS DE BÉATRICE

Béatrice est cadre d'entreprise qui vit un haut degré de stress au travail. En effet, la nouvelle politique de son entreprise prône la mobilité et le changement afin de s'adapter au marché économique. Cette réalité de travail lui cause de l'anxiété, d'autant plus que le travail est vécu par Béatrice comme une obligation plutôt qu'un engagement. Lors des réunions de cadres, Béatrice prend peu la parole et ne se décrit pas comme une partenaire de l'entreprise, mais davantage comme une employée. Elle a tendance à éviter les situations complexes sur lesquelles elle a peu de contrôle. Lorsqu'un problème survient dans son travail, elle fait peu appel à ses collègues pour l'aider à le résoudre.

Béatrice est divorcée depuis trois ans et ne comprend toujours pas ce qui s'est passé avec son mari. Elle a du mal à comprendre la frustration exprimée par celui-ci lors de leur vie commune. Béatrice garde un fond dépressif suite à son divorce et elle a des difficultés pour rencontrer d'autres hommes. D'ailleurs, elle passe son temps libre au téléphone avec ses amies. Bien que la solitude lui pèse, Béatrice est toujours seule à l'heure actuelle. Elle semble d'ailleurs éviter l'intimité avec un homme.

Bien que Béatrice n'ait pas développé de maladies graves, elle présente des symptômes qui inquiètent son médecin. En effet, elle présente une élévation de sa tension artérielle, des symptômes d'insomnie et d'anxiété. Son principal sujet de conversation est son divorce et les pressions que le travail lui fait subir.

A PARTIR DE LA SITUATION STRESSANTE DÉCRITE PRÉCÉDEMMENT OU D'UNE AUTRE SITUATION STRESSANTE DE VOTRE CHOIX, IDENTIFIER VOS ACTIONS ET RÉACTIONS QUI AURAIENT INDIQUER VOTRE SENS DE L'ENGAGEMENT, VOTRE SENS DE LA MAÎTRISE ET VOTRE SENS DU DÉFI, OU BIEN UN MANQUE DANS CES TROIS CARACTÉRISTIQUES.

LE SENS DE L'ENGAGEMENT (OU UN MANQUE DE).....

.....

.....

.....

.....

.....

LE SENS DE LA MAÎTRISE (OU UN MANQUE DE).....

.....

.....

.....

.....

.....

LE SENS DU DÉFI (OU UN MANQUE DE).....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTES PERSONNELLES

.....

.....

.....

.....

.....

Références

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

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

Hunter, P., & Houghton, D.M. (1993). Nurse teacher stress in Northern Ireland. Journal of Advanced Nursing, 18, 1315-1323.

Ifeld, W.P. (1976). Futher validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. Psychological Reports, 39, 1228-1256.

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

Margall, M.A. (1999). Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-etre psychologique d'infirmières soignantes d'Espagne. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal

Maslach, C. (1982a). Burnout the cost of caring. New Jersey : Prentice Hall.

Nagy, S., & Nagy M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. Psychological Reports, 71, 523-531.

Oktay, J.S. (1992). Burnout in hospital social workers who work with AIDS patients. Journal of the National Association of Social Workers, 37(5), 423-439.

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

Perrault, C. (1989). L'enquête Santé-Québec et la santé mentale des québécois : cadre conceptuel et méthodologique, 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 de Santé-Québec (p 1-54). Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

DEUXIEME BLOC
EN AVANT POUR DEVENIR PLUS HARDI(E)

LES OBJECTIFS DE CE BLOC

A la fin de cette intervention, vous serez en mesure de :

TEMPS DE PAROLES DE 30 MINUTES : 9H.....9H30				
OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MÉTHODES D'ENSEIGNEMENTS	INSTRUMENTATIONS	DURÉE
1) Acquérir les connaissances sur les différentes techniques proposées pour renforcer la hardiesse	1.1 Identifier les différents éléments de chaque méthode par le biais d'apports théoriques et d'exercices	Exposé formel et informel Propositions d'exercices	Transparents Projection PowerPoint Notes de cours	2 H 30 9H30...12H
PAUSE REPAS : 1 HEURE				
2) Prodiguer à soi-même les techniques de gestion du stress	2.1 Utiliser en regard d'un ou de plusieurs événements stressants les différentes techniques de gestion du stress	Atelier expérientiel	Utilisation du tableau pour les synthèses	4 HEURES 13H.....17H
3) Prendre conscience des modifications que ces techniques peuvent induire dans la perception d'un événement stressant	3.1 Partager les expériences vécues lors de l'utilisation de ces techniques face à une situation stressante	Groupe de paroles		

N.B : Au début de cette session, une période de trente minutes est allouée afin de faire le point sur la session précédente.

Une pause santé de 15 minutes est prévue dans la matinée et dans l'après midi. L'heure de la pause sera fixée en concertation avec le groupe et l'intervenant, mais aussi en fonction du vécu du groupe

la technique du focusing

L'approche du Focusing

Cette approche permet de symboliser l'émotion (Gendlin, 1984) pour en comprendre la ou les significations profondes. Selon Maddi et Kobasa (1984), cette approche stimule le sens de la maîtrise et permet aussi de développer le sens de l'engagement et du défi.

Cette approche propose une technique qui peut être décrite brièvement comme suit. Après une période de silence et de détente, la personne repère les événements stressants de sa vie quotidienne et se met à l'écoute des sensations corporelles qui sont liées à ces événements. Une fois que les sensations corporelles ont été ressenties, la personne tente de trouver un mot ou une image qui symbolise cette sensation et la capture dans son ensemble. Cette accroche symbolique entre le mot, l'image et le ressenti général permet une exploration plus profonde et invite la personne à se poser les questions du pourquoi de ce malaise. Les réponses ne sont pas fournies par votre conscient, mais par votre subconscient, ce qui implique que vous ne devez pas écouter les messages de rationalisation (comme les valeurs). L'imagerie mentale construite et reconstruite permet ainsi de mieux apprivoiser le stress et d'en comprendre le sens. De plus, cette technique permet d'aller plus loin que les apparences (qui sont souvent trompeuses) et les croyances populaires.

Cette approche est avant-gardiste même dans les approches psychothérapeutiques, si bien qu'un complément d'information vous est proposé dans les pages suivantes. De plus, des exemples et des exercices vous sont suggérés.



Le Focusing

Après des études menées sur l'efficacité des psychothérapies, Gendlin s'est aperçu que les personnes qui progressaient le mieux et qui arrivaient à résoudre leur problématique développaient une certaine aptitude intérieure, soit une capacité d'écoute sur ce qui les bloque, les inhibe, les empêche de progresser, et ceci, au-delà des émotions ressenties et verbalisées. Cette particularité leur permettait de s'ouvrir au monde, quel que soit d'ailleurs le type de psychothérapie ou les compétences du psychothérapeute. Selon Gendlin, notre cerveau et notre corps détiennent des connaissances dont nous n'avons pas accès, car nous sommes conscients que d'une partie de nous-mêmes et nous n'avons pas accès aux informations emmagasinées par notre subconscient. De ce fait, cette approche psychophysique nous propose d'écouter nos perceptions physiques profondes qui représentent une porte ouverte sur notre subconscient. Le corps est ainsi défini dans un sens large puisqu'il inclut à la fois les mécanismes mentaux et cérébraux. Il est parfois dénommé le corps subtil. Cette écoute de soi-même au-delà des émotions et des ressentis permet à la personne d'avoir accès autant à son être global qu' à une série d'informations qui vont lui permettre de prendre des décisions éclairées. De ce fait, la personne chemine à travers les situations stressantes qui deviennent des occasions de mieux se connaître. Selon Gendlin, le focusing est un processus positif basé sur le potentiel de développement de l'être qui, même dans des situations critiques, trouve par l'écoute de soi-même et le développement de sa créativité (abandon des vieilles croyances), les actions les plus adaptées à sa croissance. Le focusing est une sorte d'oreille interne qui permet à la personne de préciser une perception vague dans le but de découvrir les causes de celle-ci. Cette approche psychophysique permet ainsi une réelle détente physique qui accompagne la soudaine clarification d'un sentiment.

Le focusing se définit comme le fait de prendre conscience d'une perception physique particulière. Cette perception a été appelée par Gendlin le sens corporel dont le contact s'établit par l'écoute de ce qui se passe à l'intérieur de nous. Ce sens corporel n'est pas une émotion, puisque nous savons la reconnaître, mais une perception vague, une sensation inconnue que nous n'arrivons pas dans un premier temps à définir par des mots. Gendlin donne l'exemple du joueur de tennis qui est incapable de réfléchir à tous les détails de l'emplacement et des mouvements physiques qu'implique l'action de viser. Cependant le corps connaît l'ensemble complexe des mouvements à effectuer pour frapper la balle de façon efficace. Bien que le joueur de tennis donne des ordres conscients à son corps, le sens corporel coordonne tous les mouvements nécessaires à la visée. Lorsque le sens corporel a ajusté tous ces mouvements, le joueur de tennis ressent l'impression d'être prêt à tirer. Cette façon caractéristique de se fier à son corps est d'ailleurs commune à tous les sportifs. Selon Gendlin, le sens corporel représente une conscience physique de l'humain qui influence sa vie et peut permettre de réaliser ses ambitions. De plus, le sens corporel a tendance à se transformer lors de séance de focusing induisant ainsi des modifications dans la vie d'une personne.

Cette façon d'aborder les problématiques est souvent refoulée par l'utilisation de certains discours. Prenons par exemple une situation clinique : je me sens mal à l'aise, tendu(e) chaque fois que je rencontre le cadre du service sans pouvoir attribuer une cause à ce malaise. Par contre, j'ai le sentiment que ce malaise me ronge et me procure beaucoup de stress. Je peux employer plusieurs techniques pour éviter de prendre conscience de cette sensation :

- **Nier l'importance du problème** : `` cela n'a aucune importance ``.
- **Analyser** : `` ce cadre me rappelle ma mère avec qui je ne m'entends pas (rationaliser) ``
- **Maîtriser le sentiment** : `` je ne montre pas mon malaise que j'essaie de maîtriser ``
- **Se faire la morale** : `` tu es adulte, cesse ces bêtises, elle ne t'a rien fait ``
- **Se laisser submerger par les émotions** : `` lorsque le cadre m'a parlé, j'ai senti une anxiété montée en moi, j'étais paralysé(e). Elle m'a pris pour un idiot(e) ``.

Il apparaît que ces différentes méthodes sont inefficaces à plus ou moins court terme. Par l'approche du sens corporel, je peux arriver à me transformer et à ressentir une sensation physique

agréable, signe que quelque chose se débloque. Cette transformation du sens corporel est dénommée selon Gendlin, le mouvement corporel.

De façon pratique, le focusing comprend six étapes que tout novice doit respecter. Avec le temps et la persistance dans l'apprentissage, certaines étapes peuvent être raccourcies, voir supprimées. Ces différentes étapes sont décrites dans les lignes qui suivent.

Première étape : dégager l'espace.

Cette étape consiste à faire le ménage dans nos pensées et à se mettre à l'écoute de nos tensions. Il apparaît souvent que plusieurs problèmes engendrent une tension et nous avons parfois le don de les entasser. Cette première étape consiste à énumérer et à empiler tous les problèmes en lien avec la tension ressentie, sans jamais s'arrêter à un problème particulier. Puis la personne prend de la distance et de l'espace par rapport à ce tas, ce qui va lui permettre de ressentir du bien-être.

Deuxième étape : laisser venir le sens corporel du problème.

Quel est le problème qui vous fait le plus souffrir, le plus pénible, le plus actuel. Regardez le en conservant une distance de sécurité qui vous évitera d'y plonger comme d'habitude tête baissée. Mettez-vous à l'écoute de vos sensations physiques qui émergent face à ce problème global tout en ne tenant pas compte des messages de votre conscience (qui vous rappellent en général vos valeurs profondes). N'écoutez que les sensations physiques et uniquement que les sensations physiques globales, sans se noyer dans la finesse des détails. Cette sensation globale que vous aller ressentir est en général vague, imprécise et passe d'habitude inaperçue dans notre vie quotidienne.

Troisième étape : trouver une prise

La personne est à la recherche d'un qualificatif pour nommer cette sensation vague (pénible, angoissant, impuissant, tendu,), parfois une expression comme avoir les mains liées, une combinaison de mots : effrayé-tendu, agité-inquiet, parfois une image. Il faut éviter d'imposer des mots à cette sensation (c'est l'aspect cognitif qui refait une intrusion) mais plutôt laisser émerger son essence. Lorsqu'il y a correspondance entre le mot ou l'image et la sensation vague, vous avez trouvé, selon Gendlin, une prise qui vous permet de vous rappeler la sensation lorsque vous le prononcez. En général, une sensation de détente survient lorsqu'une personne a trouvé une prise.

Quatrième étape : faire résonner la prise et le sens corporel.

C'est l'étape de confrontation entre l'image ou le mot et le sens corporel. Si une harmonie parfaite est trouvée entre les deux, une sensation de bien-être et de détente survient. Il se peut que le sens corporel se modifie permettant d'entrevoir d'autres possibilités.

Cinquième étape : interroger.

C'est l'étape d'interrogation sur la nature du sens corporel. Il est important de poser des questions ouvertes, c'est à dire des questions qui évitent consciemment de répondre avec son intelligence comme :

- Quel est le pire dans tout cela (ou qu'est-ce qui me rend nerveux dans tout cela si votre prise est nerveux) ?
- Qu'est-ce qui manque à mon sens corporel pour que je me sente bien ?

Ce processus d'interrogation ne doit pas être pris par la personne comme laborieux, mais plus comme un moment agréable à la découverte de soi-même.

Sixième étape : accueillir.

Gendlin disait que tout être humain doit être content que son corps lui parle, quel que soit son message. Il peut se faire que plusieurs messages de votre corps vous apparaissent, certains vous indiqueront la voie à prendre, d'autres deviendront de plus en plus précis au regard de votre problématique. Sachez les accueillir sans porter de jugement.

Des allers et venues.

La personne doit ressentir la fin de sa période de focusing tout en sachant qu'elle pourra revenir à tout moment pour poursuivre l'exploration de son sens corporel. C'est un va et vient incessant qui permet à l'individu d'être en contact avec son être le plus profond et d'avoir conscience de ses messages.

Les fausses idées sur le focusing.

1) le focusing : ce n'est pas se parler à soi-même.

Ex : j'ai conscience de ma tension lorsque le cadre passe près de moi, je vais ignorer que je suis mal. Le focusing ne tient pas compte des messages extérieurs, mais des messages intérieurs qui vous guident sur les actions à entreprendre.

2) le focusing : ce n'est pas analyser.

On prend souvent plaisir à analyser nos sensations, comportement ex : je ne suis pas bien, cela doit être à cause de Les analyses que l'on déduit apportent peut-être une explication mais n'engendrent que peu de changements dans notre façon d'aborder le problème. Par contre, le focusing est un processus évolutif qui engendre des changements significatifs dans la façon d'aborder et de résoudre les problèmes.

3) le focusing : ce n'est pas éprouver une sensation purement physique.

Le corps fournit le sens physique du problème, ce qui correspond à la signification physique d'une situation. La pure sensation physique non reliée à une situation quelconque ne correspond pas au sens corporel physique.

4) le focusing : ce n'est pas seulement rentrer en contact avec ses sentiments et ses tripes.

Le sens corporel est plus vaste qu'une émotion et difficile à saisir dans un premier temps. Exprimer ses émotions peut soulager la personne, mais ne lui permet pas de trouver forcément la signification profonde de celles-ci. Les émotions représentent le haut de l'iceberg, le sens corporel permet une immersion dans les profondeurs de l'iceberg.

L'exemple de Lyne.

Lyne âgée de 30 ans est enseignante à mi-temps pour avoir plus de temps pour élever son enfant de 5 ans. Son mari Pierre travaille comme agent bancaire. Un soir, Pierre rentre radieux car il a obtenu sa promotion de gérant de la banque, mais lors du repas préparé par Lyne pour fêter cet événement, Pierre casse malencontreusement le plus beau plat en porcelaine. Lyne manifeste une grande colère et s'enferme dans la chambre. Au bout d'un moment, elle réfléchit de façon rationnelle à cet événement et trouve que sa réaction est disproportionnée par rapport au fait réel, car après tout, un plat peut toujours se remplacer. Par contre, elle ressent une impression bizarre de malaise diffus qu'elle essaie d'expliquer par le fait qu'elle a eu beaucoup de travail ces derniers temps. Cette stratégie de rationalisation apparaît inefficace au regard de ce trouble intérieur. Elle décide alors d'utiliser la technique du focusing pour mieux comprendre les messages que lui envoie son corps. Les prochaines lignes vont décrire les différentes étapes suivies par Lyne selon la technique du focusing.

Préparation : Lyne se mit à l'aise et se débarrassa de tout ce qui pouvait entraver l'écoute de son corps. Elle établit le calme dans la pièce où elle se trouvait. Elle ferma les yeux et se concentra sur elle-même

Première étape : dégager l'espace.

Elle poussa tous ces problèmes de côté en pile comme si elle voulait dégager une pièce encombrée. Elle se distança de tous ces problèmes et profita de cet instant de calme.

Deuxième étape : laisser venir le sens corporel.

Elle laissa dériver son attention vers le problème actuel, soit la scène à propos du plat cassé. Elle se posa la question de savoir ce qu'elle ressent face à tout cela. Elle ne tient pas compte des messages qui tendent à donner une explication rationnelle.

Troisième étape : trouver une prise

Elle laissa la place à son sens corporel pour s'exprimer par le biais d'un mot ou d'une image. Elle évita d'analyser rationnellement ce qui lui parvient. C'est à cette étape que l'on s'aperçoit déjà d'un changement. Elle se posa une série de questions qui lui permet de spécifier cette sensation comme :

- Qu'est-ce qui me bouleverse le plus dans tout cela ?

La réponse donnée par l'écoute de son sens corporel fut : La colère contre Pierre.

De ce fait, Lyne s'aperçoit que son problème se déplace vers d'autres horizons que ceux auxquels elle aurait pensé.

Quatrième étape : faire ressonner.

Elle confronta le terme jalousie avec son sens corporel. Elle répéta ce mot et ressentit un tressaillement de son corps, ce qui signifiait qu'il y avait une correspondance entre le mot retenu et son sens corporel.

Cinquième étape : interroger.

Elle se posa la question de savoir pourquoi elle éprouvait de la jalousie et elle se mit de nouveau en contact avec son sens corporel. Un mouvement corporel survient et elle décoda que cette jalousie était due à une impression d'être laissée derrière. Cet éclaircissement plongea Lyne dans un sentiment de bien-être et de soulagement.

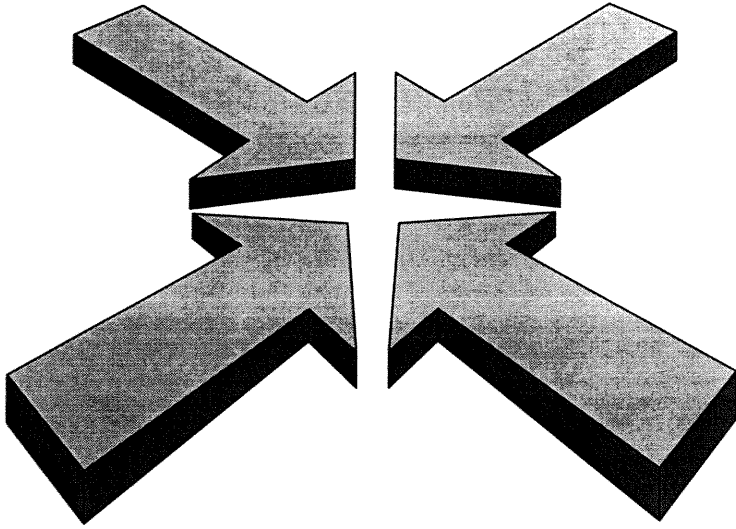
Sixième étape : accueillir

Lyne se préserve des messages rationnels comme

- `` tu ne devrais pas te sentir ainsi, pierre est gentil pour toi ``

- `` comment ta carrière peut-elle avancer ? ``

Elle se centra sur sa découverte, soit la peur de rester derrière, qui constitue ainsi une nouvelle piste d'apprentissage. Il est certain que cette découverte n'est qu'un début et qu'il faudra à Lyne réitérer des séances de focusing afin de comprendre à quoi correspond réellement cette peur de rester derrière. Dans un premier temps, cette étape a permis de désamorcer un conflit qui aurait procuré du stress et d'ouvrir la discussion entre Lyne et Pierre sur leurs avenir professionnels.



Les attitudes facilitantes pour se préparer au focusing.

- 1) avoir confiance en soi et les autres
- 2) avoir une image positive de soi-même
- 3) être disponible à ce qui peut arriver
- 4) s'autoriser à être bien et à prendre soin de soi
- 5) laisser le temps au temps
- 6) se laisser baigner dans un processus de croissance et non de performance
- 7) avoir confiance en ses sensations et en son intuition
- 8) se laisser étonner, surprendre.
- 9) développer des attitudes d'accueil.

Exercices de préparation au focusing

Pendant les quelques semaines qui vous séparent du programme d'intervention, quelques exercices vous sont proposés.

Exercice 1 : lorsqu'une situation stressante arrive, notez les sensations corporelles qui se produisent en vous (ex : malaises diffus, boule à la gorge).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exercice 2 : à partir de cette sensation corporelle, notez les messages que vous vous dites.

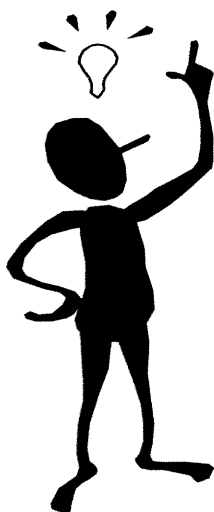
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exercice 3 : faites abstraction des messages de votre cerveau et mettez-vous en attitude d'écoute de votre corps, que percevez-vous ?.

.....
.....
.....

Conseils : pendant cette période de latence, il vous est conseillé de renforcer les attitudes facilitantes et de noter les changements que cela peut produire en vous.

la technique de reconstruction de situation



La reconstruction de situation.

Cette technique fait appel à un processus cognitif plutôt qu'à une écoute corporelle, ce qui la différencie du focusing. De plus, elle est conseillée lorsque la personne est confrontée récemment à un événement stressant qu'il l'obsède. Trois étapes sont décrites pour permettre la reconstruction d'une situation. La première étape consiste à partir d'un événement stressant d'imaginer, d'une part, trois situations qui pourraient être pires, et d'autre part, trois situations qui pourraient être meilleures ou moins stressantes. La deuxième étape consiste à identifier dans chacune des situations, les acteurs, leurs rôles et leurs actions et d'évaluer ce qui pourrait être différent. Après avoir examiné soigneusement les différentes situations, il semble intéressant dans la troisième étape de regarder ce que la personne peut faire pour que la situation devienne moins stressante. Si cette étape apparaît trop difficile, il est suggéré d'imaginer ce que ferait une personne que nous admirons dans cette situation. Après avoir pratiqué cette approche de reconstruction de situation sur un événement précis, vous pouvez la transférer à d'autres événements. Une des fonctions principales de la reconstruction de situation est de stimuler l'imagination et la créativité d'une personne. De ce fait, l'émergence de nouvelles idées de changement peuvent apparaître face à des situations stressantes permettant ainsi des opportunités de développement. Ces idées de changement à partir des événements passés ou présents permettent, d'une part, le renforcement de deux dimensions de la hardiesse, soit la maîtrise et le défi et, d'autre part, de pouvoir appréhender selon une perspective de changement les événements futurs, ce qui induit une diminution de leur potentiel stressant.

L'exemple de Arthur.

Arthur, cadre moyen d'une entreprise, reçoit une évaluation médiocre de son supérieur hiérarchique de son département, ce qui ne lui permet pas d'obtenir une promotion. Cet événement l'obsède en permanence et lui procure beaucoup de stress. Il décide de parler de ce problème avec une personne qui utilise la technique de reconstruction de situation. Dès les premières séances, il se focalise sur les détails de son rapport d'évaluation et il manifeste à l'égard de son supérieur beaucoup de colère. Après une période de résistance à pouvoir imaginer d'autres situations pires que celles qu'il vit, il entrevoit la possibilité de se confronter à d'autres situations ayant un potentiel stressant supérieur. Il cite ainsi trois situations :

- ne pas avoir bénéficié d'une augmentation de salaire ;
- d'être humilié en public par son supérieur et son directeur ;
- être licencié.

De même, il cite trois situations qui pourraient être meilleures :

- l'évaluation médiocre n'est pas définitive et pourra faire l'objet d'un entretien ;
- les membres de la direction ne cautionnent pas cette évaluation ;
- cette évaluation va lui permettre de chercher un autre emploi.

Dans un second temps, il examine les conditions qui pourraient rendre possible les situations pires. Il se rend compte qu'il aurait fallu qu'il soit particulièrement incompetent et irresponsable pour que ces situations surviennent. De plus, son supérieur hiérarchique devrait être non seulement complètement mauvais, mais aussi frauduleux en trompant la direction. Arthur se rend compte que ces situations ne peuvent arriver car il possède un certain nombre de compétences. De plus, il comprend que le potentiel stressant d'une situation réside dans le fait qu'elle est perçue comme définitive. De ce fait, stimuler son imagination lui permet d'entrevoir d'autres solutions et de pouvoir ainsi exercer une certaine influence sur les événements, ce qui diminue sa tension. En outre, il se rend compte qu'un certain nombre de ces compétences n'ont pas été relevées par son supérieur. Ce constat peut être imputable soit à une mauvaise évaluation de son supérieur, soit au fait qu'il ne les valorise pas assez. De plus, cette évaluation va entraîner un regard plus attentif à son sujet par la direction ce qui va lui permettre de mettre à jour ses compétences. Enfin, il se rend compte qu'il n'est pas complètement comblé par son travail, ce qui lui permet d'entrevoir une opportunité de rechercher un autre emploi.

A la fin de ce processus, Arthur comprend qu'il a agi comme s'il n'avait aucun pouvoir sur la situation subissant ainsi une aliénation. La perspective d'être acteur lui a permis de diminuer son angoisse et de stimuler son imagination. De ce fait, Arthur décide de solliciter un entretien auprès de son supérieur au sujet de son évaluation ainsi que sur ses projets de développement. De même, il entrevoit de rechercher un autre emploi qui correspond à ses attentes. Cette façon d'agir en tant qu'acteur d'une situation lui permet ainsi de développer son sens de la maîtrise et du défi.

NOTES

Vous ne comprenez pas quelque chose, des idées vous viennent à l'esprit, inscrivez les ici pour m'en faire part.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

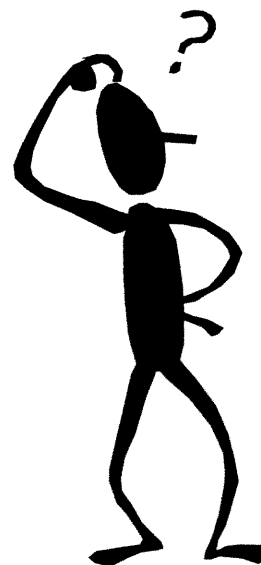
.....

.....

.....

.....

.....



Exercices.

A travers les situations stressantes que vous avez rencontrées, décrivez brièvement une situation et imaginez trois situations qui pourraient être pires et trois situations qui pourraient être meilleures.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

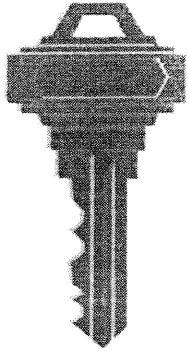
Identifiez les facteurs, les personnes, les actions qui pourraient justifier que les trois situations pires deviennent réelles.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Identifiez les facteurs, les personnes, les actions qui pourraient expliquer que les trois actions plus positives deviennent des opportunités de développement.

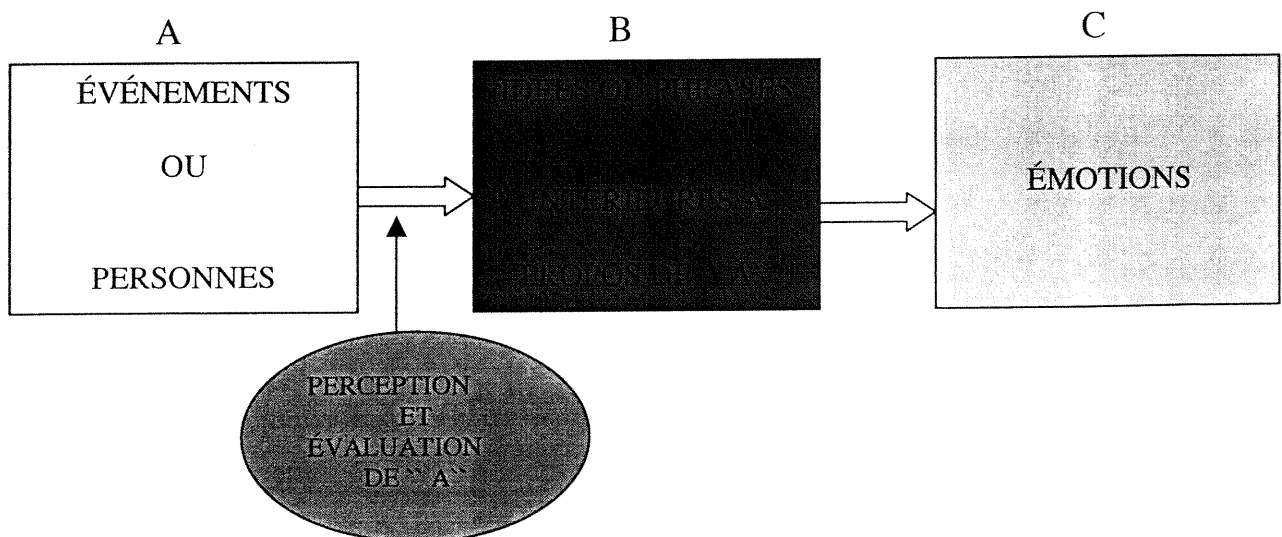
.....
.....
.....
.....
.....

la technique émotive-rationnelle



L'approche émotivo-rationnelle

Elle fait appel essentiellement à un processus de reconstruction cognitif en regard des pensées, des croyances et des valeurs, propres à une personne, qui provoquent nos émotions face à un événement. Le but de cette technique est de diminuer les émotions désagréables (la tristesse, la peur, la colère) et de maximiser les émotions agréables (la joie). De plus, la très grande majorité des personnes croient que leurs émotions sont causées par les événements extérieurs, par les stimuli qu'ils reçoivent de leurs entourages. Par contre, cette approche permet à la personne de prendre conscience qu'elle est un des acteurs principaux de l'apparition de ses émotions. De ce fait, la source des émotions ne se trouve pas dans les événements ou les personnes extérieures, mais dans les idées intérieures que nous nous exprimons à nous même à propos de ces événements ou de ces personnes. Ces idées sont parfois préconçues, fabriquées depuis l'enfance. Par contre, ces idées intérieures persistantes ne reposent à l'âge adulte sur rien de réaliste, mais apparaissent comme le siège des émotions désagréables.



Idée commune : A engendre C

Approche émotivo-rationnelle : C est causé par B, soit les idées issues de la perception et de l'évaluation bonne ou mauvaise que l'on se fait de A.

Pour changer C, il faut changer B.

Les principes de l'approche émotivo-rationnelle

- 1) Un événement se produit dans ma vie à propos duquel je me sens troublé(e) émotivement.
- 2) J'observe quelles sont les idées qui habitent mon esprit à l'occasion de cet événement, quelles perceptions j'en ai, quel jugement je porte sur lui, quelles phrases intérieures je me répète à ce sujet.
- 3) Je compare ces idées, ces perceptions, ces jugements, ces phrases intérieures avec la réalité, la manière dont le monde est fait.
- 4) Si je constate que ces idées sont réalistes, je tente de changer l'événement ou je l'endure. Par contre, si elles sont irréalistes, il me revient le droit de les modifier par des idées plus réalistes.

A partir des quatre principes de cette méthode, la personne prend conscience que :

Premier niveau : les difficultés rencontrées actuellement trouvent parfois leur origine dans le passé (prise de conscience).

Deuxième niveau : les idées acquises dans l'enfance sont toujours présentes à l'âge adulte.

Troisième niveau : je suis le ou la seul(e) capable d'examiner, de critiquer, de confronter et finalement d'expulser les idées irréalistes qui me guident.

**UN ÊTRE HUMAIN NE PEUT ÊTRE BLESSÉ PAR LES AUTRES AUTREMENT QUE
PHYSIQUEMENT**

Examen de 10 idées déraisonnables très répandues dans notre société et auxquels les gens adhèrent plus ou moins implicitement

1) LE BESOIN ABSOLU D'ÊTRE AIMÉ(E).

J'ai besoin d'être aimé(e) : `` un adulte a absolument besoin d'être aimé et approuvé par presque toutes les personnes de son entourage pour presque tout ce qu'il fait ``.

Pourquoi cette idée est déraisonnable ?

- Objectif absolu, perfectionniste et inaccessible.
- Vouloir être aimé par certaines personnes est impossible car celles-ci peuvent ne pas aimer certaines de nos caractéristiques.
- Vouloir aimer tout le monde implique que nous devons être toujours aimable
- La recherche absolue de l'amour induisant une tendance à s'accrocher en permanence aux personnes peut générer mépris, dédain, agressivité et rejet par celles-ci.
- Le besoin insatiable d'amour est souvent le reflet d'un sentiment de mépris envers soi-même. En effet, en concentrant notre énergie à aimer les autres, nous oublions de nous aimer, ce qui entraîne une dépendance anxieuse envers son entourage.

Il apparaît plus réaliste de consacrer ses efforts à se respecter et à s'aimer soi-même. De ce fait, je m'engagerai dans des activités qui me plaisent, plutôt que celles à l'aide desquelles je tenterai d'obtenir de l'affection des autres. Ainsi, la notion de besoin se transforme en notion de désir, ce qui permet à la personne d'exprimer ce qui est bon pour elle.

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable :

- Il ne sert à rien de se lamenter et de gémir sur le fait que les autres ne nous aiment pas.
- Le besoin d'amour permanent n'est pas un besoin vital.
- Il faut commencer à s'accepter de façon réaliste comme être humain, ce qui nous permettra de s'ouvrir vers l'amour des autres.
- Notre valeur personnelle est différente du fait d'être aimé(e).

Exemple : Un homme qui veut se tuer parce que sa femme est partie

- s'enlever de la tête que vous avez besoin d'amour de votre femme, puisque vous avez vécu 25 ans sans vraiment la connaître ;
- éviter de transformer le tout en une catastrophe, même si c'est un événement pénible et fort désagréable.

2) LES EXIGENCES DU PERFECTIONNISME

Je dois réussir parfaitement tout ce que j'entreprends....

C'est une des idées les plus répandues dans notre société.

exemples : Jérôme qui ne s'exprime pas dans un groupe par peur d'attirer les critiques.

Caroline qui refuse des invitations par peur de manquer de culture.

Émile qui a peur d'écrire un article sur son sujet de recherche car il pourrait être critiqué.

Claude qui a toujours peur de perdre son emploi parce qu'il commet des erreurs.

Pourquoi cette idée est déraisonnable ?

- Le succès n'est aucunement lié à la valeur d'une personne
- La volonté fanatique de toujours réussir ce qu'on entreprend est de nature à gâter tout le plaisir que l'on peut prendre à vivre.

Les conséquences de cette idée.

La hantise du succès à tout prix peut entraîner :

- le désir de dépasser les autres,
- de faire mieux qu'eux,
- de remporter des victoires dans un combat imaginaire contre ses compétiteurs,
- de bloquer ou paralyser toute initiative de peur de se tromper ou d'agir imparfaitement.

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable :

- Une chose désirable ne la rend pas indispensable.
- Jouir de l'action elle-même et seulement accessoirement du succès.
- Faire de son mieux plutôt que faire mieux que les autres.
- Transformer ses désirs en exigences et ses souhaits en nécessités ouvrent la porte aux grands maux.

Postulat : il n'est pas possible à un être humain d'être parfait car il est limité et faillible. L'erreur est humaine et fait partie de notre quotidien.

3) LES ERREURS DANS LA CONDAMNATION DE SOI ET DES AUTRES.

Je suis un misérable...les autres des salauds.

Certaines personnes sont méchantes, mauvaises et méritent d'être sévèrement blâmées et punies de leurs fautes

Cette idée déraisonnable cause le plus de maux en terme de culpabilité, de haine et de fureur envers soi-même et les autres.

Pourquoi cette idée est déraisonnable ?

- Il est abusif de confondre une personne et ses actes : mauvais un jour est différent de mauvais toujours.
- L'enfance et l'environnement entraînent parfois des conditionnements inconscients chez une personne, ce qui limite sa liberté de choix.
- Le bon et le mauvais peuvent varier d'une culture à l'autre.
- Blâmer une personne sur son acte lui empêche de constater le caractère mauvais de cet acte, car la personne se réfugie dans une auto-dépréciation ou vers une hyper-justification, ce qui induit le développement d'un sentiment de culpabilité.
- Le sentiment de culpabilité entraîne la passivité et l'inertie.

- L'acte d'une autre personne peut être vu comme mauvais, car il ne correspond pas à nos attentes et désirs.

Postulat : si je nuis à mon prochain, c'est à moi que je nuis

Il existe une distinction entre responsabilité et culpabilité. En effet, nous sommes responsables de nos actes, en ce sens que c'est bien nous qui les avons posés, mais cela ne suffit pas à nous rendre automatiquement coupable.

JE SUIS RESPONSABLE MAIS PAS COUPABLE

GORGINA DUFOIS : affaire du sang contaminé

4) L'EXAGÉRATION DE NOTRE TENDANCE À CATASTROPHER

Quand les choses ne vont pas comme je le souhaiterais, cela est terrible, horrible, catastrophique et insupportable.

Devant un événement désagréable dans ma vie, je peux me dire :

- Je déteste ce qui m'arrive et comment pourrais-je faire autrement plutôt que de me dire que c'est inacceptable.

- Cette situation est inacceptable, je ne peux pas l'accepter, c'est intolérable, je vais en perdre la tête. Il faut que cela change sinon je ne pourrai jamais éprouver du bonheur.

La deuxième situation entraîne une dépense d'énergie et de temps dans les lamentations qui sont autant de temps perdu pour réfléchir à comment on pourrait faire autrement.

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Se demander de façon réaliste, si ce qui nous arrive est vraiment une catastrophe. Ou bien est-ce nous qui définissons la réalité à notre manière, si bien que cette situation devient catastrophique ?

ex : Perdre un emploi n'est pas la fin du monde !

Perdre son portefeuille est-il vraiment catastrophique !

Apprendre que l'on est atteint de cancer : pensez-vous être immortel(le) ?

- Il faut se poser des questions précises, nettes et s'acharner à y répondre avec sincérité et réalisme, même si cela fait temporairement plus mal que de vous apitoyer sur votre sort et votre malheur.

Pensée de Épictète : philosophe

`` Ainsi lorsque l'esclave d'un voisin casse une coupe, nous sommes aussitôt prêts à dire : C'est dans les choses qui arrivent. Sache donc, lorsque ta coupe sera cassée, qu'il faut que tu sois tel que tu étais, quand fut cassée celle d'un autre. Transporte ainsi cette règle même à des faits plus importants. Quelqu'un perd-il son fils ou sa femme ? Il n'est personne qui ne dise : C'est dans l'ordre humain. Mais quand on fait cette perte soi-même, aussitôt on dit : `` Hélas ! infortuné que je suis!. Il faut se souvenir de ce qu'on éprouvait à l'annonce du même événement survenu chez les autres.

5) LES ILLUSIONS QUE LES ÉVÉNEMENTS EXTÉRIEURS SONT LA CAUSE DE NOTRE MALHEUR.

Le malheur des êtres humains est causé de l'extérieur et les êtres humains sont relativement incapables de se débarrasser de leurs peines et de leurs chagrins.

En tentant de croire cette idée déraisonnable, la personne a tendance à la passivité devant des événements stressants, car c'est la faute à l'extérieur.

Pourquoi est-ce une idée déraisonnable ?

- Les débordements émotionnels sont liés selon certaines personnes à des événements extérieurs désagréables. En fait, ils ne sont que la conséquence d'idées déraisonnables.
- Il n'y a aucune obligation mais davantage de choix personnels. Ces choix impliquent d'en assurer les conséquences.

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Il est plus facile et efficace de se confronter avant d'atteindre le point d'ébullition émotif. Un feu de camp est plus facile à éteindre qu'un feu de forêt.
- Les paroles d'une autre personne sont absolument inoffensives. C'est le fait que j'y attache de l'importance qui produit une blessure en moi.
- Nous aurions avantage à remplacer le : `` il faut, je dois, il devrait`` par `` j'ai avantage, je choisis.``
- Tous les efforts que nous consacrons à changer directement les actions et les attitudes des autres, que nous croyons être la source de nos maux, seraient mieux employés à changer nos idées déraisonnables.
- Pensez qu'intérieurement vous êtes inatteignable, inviolable et que, si vous le voulez, rien de l'extérieur ne saurait troubler votre sérénité.

6) LES PARALYSIES ASSOCIÉES À NOS PEURS DÉRAISONNABLES.

Parce qu'une chose est ou peut devenir dangereuse, il est inévitable qu'un être humain s'en préoccupe profondément et se tracasse sans arrêt à ce sujet.

Pourquoi est-ce une idée déraisonnable ?.

- La peur est un sentiment utile, car elle est basée sur le réel (on a peur de quelque chose).

Elle prend appuie sur deux idées raisonnables, 1) la situation est dangereuse pour moi, 2) j'ai avantage à faire quelque chose pour me protéger.

- L'anxiété est une peur irréaliste, exagérée et inutile.

Elle s'appuie sur une troisième idée qui elle est déraisonnable, 3) je suis une personne fondamentalement inadéquate, incompétente, je ne peux faire face à cette situation dangereuse.

Nous sommes dans un univers où le danger est permanent (risque de guerre nucléaire, écrasement d'avions,...). De plus, nous pouvons mourir à tout moment. L'être humain n'a pas le choix que d'accepter cette réalité, ce qui lui procurera moins d'anxiété.

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Réévaluer la situation de façon objective (la situation est-elle si menaçante que je le dis ou bien est-elle désagréable ou embarrassante?)
- Trouver des possibilités de modifier la situation dangereuse dans laquelle je me trouve (si la route est verglacée, j'équipe ma voiture). Sinon, je dois accepter le risque comme partie intégrante d'une vie.
- Passer à l'action plutôt que d'attendre que la peur nous paralyse.
- Vérifier si la peur n'est pas associée à la peur irréaliste de déplaire ou d'être critiqué.
- Utiliser la diversion pour pallier temporairement à votre anxiété.

7) LES PÉRILS DE L'HÉDONISME A COURT TERME

Il est plus facile d'éviter les difficultés et les responsabilités que d'y faire face en se disciplinant soi-même

Exemple : j'ai mal à une dent, mais mes idées déraisonnables m'empêchent de consulter un dentiste. Je prends des antalgiques pour calmer ma douleur. Quelques jours plus tard, la douleur réapparaît de façon plus intense, ce qui m'oblige à consulter un dentiste qui doit vu l'ampleur des dégâts m'extraire la dent.

Pourquoi est-ce une idée déraisonnable ?.

- Les demi-mesures n'apportent à la longue que frustration
- Laisser traîner les choses en y apportant des cataplasmes, finit bien souvent par exiger des solutions plus difficiles et radicales

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Fractionner ses objectifs en sous objectifs réalisables. De ce fait, il est nécessaire de planifier une action longue et complexe en la divisant en plusieurs éléments qui la constituent.

Ex : Je veux perdre 10 kilos, je planifie cet amaigrissement sur 6 mois en consultation avec une diététicienne au lieu de faire un régime draconien sur 1 mois qui est voué à l'échec.

- S'autoriser à entreprendre une activité plaisante uniquement après avoir accompli des actes plus difficiles. C'est acquérir ainsi une certaine discipline intérieure.

Postulat : l'attitude qui consiste à ne chercher que des résultats immédiatement agréables ne conduit à la longue qu'à une frustration accrue.

Il faut oser changer, même si cela doit nous procurer une certaine insécurité.

8) LES FAUSSES CHAÎNES DU PASSÉ.

Notre passé a une importance capitale et il est évitable que ce qui nous a déjà affecté profondément continue à le faire pendant toute la vie

Le passé a une action influente sur ce que nous sommes. Par contre, il apparaît inconcevable de lui accorder une place prépondérante sur nos actions à l'âge adulte. Selon Ellis, notre aujourd'hui est le passé du futur.

Pourquoi est-ce une idée déraisonnable ?

- Un effet ne saurait subsister quand sa cause est disparue.
- Est-il possible que je ne puisse pas changer mes schémas, alors que le monde dans lequel je vis est en perpétuel changement ?

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Le passé, aussi bon que mauvais soit-il, ne peut être changé, mais par contre, je peux changer.
- Admettre ses erreurs comme un être humain faillible et réexaminer ce que nous pouvons faire pour les corriger.
- Ne pas croire que l'explication globale de nos actions peut être attribuée exclusivement à des reproductions de schémas (tel père, tel fils).

Pensée : Quand vous venez au monde, on vous remet le livre blanc de votre vie. Le nombre de pages en est déterminé, mais ces pages sont blanches et il ne revient qu'a vous de les écrire.

9) LES RÉCRIMINATIONS ET LES PLAINTES DEVANT UNE RÉALITÉ SOUVENT DURE.

Les choses et les gens devraient être autrement que ce qu'ils sont et c'est une chose terrible que de ne pas trouver de solutions parfaites et immédiates aux dures réalités de la vie.

Ex : Je n'aime pas que ma femme puisse rencontrer cet ami, mais ai-je le droit de l'en empêcher?

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Vaut-il vraiment la peine que vous vous excitiez et vous vous troubliez profondément quand les choses et les gens ne sont pas comme vous le souhaiteriez ?
- Si cela s'avère utile de consacrer de l'énergie à changer les autres, il faudra y aller plus calmement en s'efforçant de comprendre les choses et leur point de vue.
- Trouver des solutions réalistes et raisonnables plutôt que parfaites.
- On n'échappe pas à la nécessité de choisir le fait de ne pas prendre de décision constitue lui aussi une décision.

10) LES FRONTIÈRES DE LA PASSIVITÉ ET DE L'INACTION.

Le plus grand bonheur humain peut être atteint par l'inertie et l'inaction, en se laissant vivre passivement.

Il apparaît que moins j'agis, moins je me sens capable d'agir et, par suite, moins j'agis encore.

Voici quelques moyens pour se débarrasser de cette idée déraisonnable.

- Il est aussi souvent très agréable de s'engager dans une occupation, une profession, un emploi auquel on croit vraiment et auquel on consacre une part importante de son temps et de ses efforts.
- Le temps qu'on tue nous le rend bien, celui qu'on utilise de façon créatrice nous fait bien vivre !

EXERCICE

A travers les situations stressantes que vous avez rencontrées, vous vous êtes peut-être dit qu'une situation est : épouvantable, inacceptable, c'est la faute à l'extérieur, à mon passé. Vous avez peut-être agi en essayant d'oublier cette situation. Dans un premier temps, je vous invite à décrire brièvement cette situation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dans un second temps, il est conseillé de noter les idées déraisonnables qui sont en lien avec votre réaction.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dans un troisième temps, en regard des conseils prodigués pour réévaluer cette situation et d'une confrontation personnelle avec la réalité, notez les modifications que cela induit sur la perception de cette même situation.

.....
.....
.....
.....
.....

Cette confrontation a-t-elle été pénible pour vous ?

.....
.....
.....

Que ressentez-vous au niveau émotionnel ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notes personnelles :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vous pouvez transférer cette approche à d'autres situations pendant la période d'attente avant l'intervention sur les techniques et notez les écueils que vous rencontrez. Ceux-ci seront partagés et analysés en groupe

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTES

Vous ne comprenez pas quelque chose, des idées vous viennent à l'esprit, inscrivez les ici pour m'en faire part.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

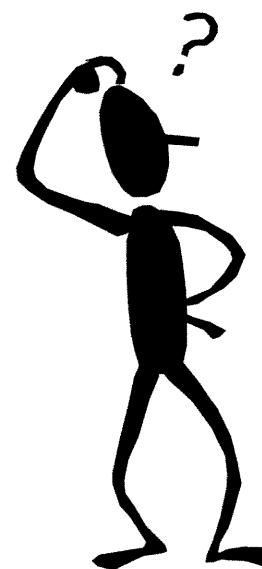
.....

.....

.....

.....

.....



TROISIÈME BLOC

SUPERVISION

LES OBJECTIFS DE CE BLOC

Les deux séances de supervision doivent vous permettre de :

OBJECTIFS GLOBAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MÉTHODES D'ENSEIGNEMENTS	INSTRUMENTATIONS	DURÉE
1) Prendre conscience que les situations stressantes peuvent être abordées selon un processus de croissance	1.1 Partager les expériences vécues lors de l'utilisation des différentes techniques face aux situations stressantes 1.2 Décortiquer de façon théorique et pratique les actions utilisées pour aborder ces situations stressantes au travail 1.3 Renforcer les nouveaux comportements 1.4 Valoriser les nouveaux modes de confrontation aux situations	Groupe de paroles Exposé informel Propositions d'exercices	Tableau pour les synthèses Notes de cours Expériences des infirmières	2 heures pour chaque supervision



SUPERVISION

Cette étape permet de faire le point entre les apports théoriques sur les différentes techniques et le transfert que vous avez pu en faire en regard de situations concrètes de travail. Elle permet en outre d'aborder les problématiques que vous avez pu rencontrer pour en permettre une résolution collective. La richesse de vos apports est essentielle. A cet effet, je vous propose une série de questions qui pourra vous guider pour préparer ces séances de supervision.

Lors de la confrontation aux situations stressantes, quelles techniques avez vous utilisées préférentiellement ?

.....
.....
.....

Avez-vous rencontré des difficultés ou des résistances à l'utilisation de ces techniques ? et Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

Quelles sont les ressources que vous avez utilisées lors de difficultés à l'utilisation d'une des trois techniques ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quels ont été vos ressentis lors de l'utilisation de ces différentes techniques face à des événements stressants ?.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Percevez-vous que ces nouvelles façons d'aborder les situations vous permettent de renforcer votre hardiesse ? et Si oui, pourquoi ?.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 12 : DETERMINATION DE LA TAILLE ECHANTILLONNALE DE
L'ETUDE

Détermination de la taille échantillonnale des groupes expérimental et contrôle

Pour déterminer la taille des groupes expérimental et contrôle, la formule habituelle est utilisée soit :

$$n \geq [(\sigma/\delta) (Z_{\alpha} + Z_{\beta})]^2$$

où $(1-\alpha)$ est l'efficacité du test, $(1-\beta)$ est la puissance désirée à l'écart δ de la moyenne, et σ est l'écart type estimé du test. Les quantités Z_{α} et Z_{β} sont les quantiles de la loi normale.

Dans le cas de cette recherche, il fallait aussi tenir compte, d'une part, des 4 tests administrés en 4 fois aux groupes et, d'autre part, que la population accessible ne soit pas illimitée. Les exigences de cette étude étaient de détecter des écarts unilatéraux de 5% aux moyennes hypothétiques avec une probabilité (puissance) de 80% et une efficacité aux tests de 95%. De plus, les enquêtes antérieures, avec au moins partiellement les mêmes tests, indiquaient que les écarts types sont au environ sinon inférieurs à 10 (à l'exception de la mesure de *coping*). En regard de la formule énoncée précédemment, la constitution des groupes se situent aux environs de 20-25 sujets. Une choix de 30 sujets dans chaque groupe a été fait pour, d'une part, tenir compte des estimations des moyennes et écarts types par leurs valeurs échantillonnales et, d'autre part, pour augmenter la puissance sur le test de *coping* qui n'est pas tout à fait de 80% (les écarts types dépassent légèrement 10). Enfin, en regard du risque d'attrition possible lors d'une étude expérimentale avec mesures répétées, un gain supplémentaire de 15 % a été décidé portant la population de l'étude à 35 infirmières dans chaque groupe. Le nombre retenu est compatible avec les possibilités d'expérimentation du terrain.

A posteriori, il est aisé de constater qu'il aurait suffi en considérant la moyenne des écarts types des diverses variables de l'étude pour les groupes expérimentaux d'une quinzaine de sujets par groupe. À l'exception de la mesure de *coping*, on a une puissance supérieure à celle désirée avec un écart de 5% des moyennes hypothétiques, ou encore, on a la même puissance de 80% à des écarts plus petits des moyennes hypothétiques. De

ce fait, il est possible de détecter de plus petits changements avec la même probabilité. Par conséquent, la taille des échantillons était bien suffisante.

ANNEXE 13 : PERMIS D'ETHIQUE



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

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

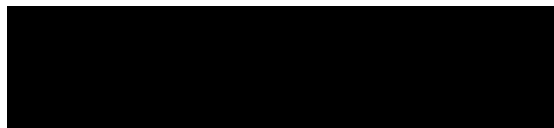
Titre du projet : «Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières soignantes d'un hôpital du sud de la France».

Sous la direction de : André Duquette

À la réunion du 18 septembre 2000, sept membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente du comité, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté de pharmacie, le représentant de l'École d'optométrie, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

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

Ce certificat est émis pour la période du : 1^{er} janvier 2001 au 30 avril 2001.



Le 18 septembre 2001.

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

ANNEXE 14 : CORRELATIONS ENTRE LES VARIABLES SOCIO-
PROFESSIONNELLES ET LES VARIABLES DEPENDANTE

Présentation des corrélations entre les variables socioprofessionnelles et les variables dépendantes

Variabes	Intensité des stressseurs	Sens de l'engagement	Sens de la maîtrise	Sens du défi	Réévaluation positive	Recherche de soutien	Qualité de vie au travail	Désirabilité sociale
État civil	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Situation professionnel	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Soutien familial	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Le sexe	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Âge	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Nombre d'enfant	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Personne à charge	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Statut d'emploi	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Le service	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Travail a temps plein ou temps partiel	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Année de travail	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Quart de travail	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Formation antérieure	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS : non significatif

**ANNEXE 15 : CORRELATIONS ENTRE LA VARIABLE
DESIRABILITE SOCIALE ET LES VARIABLES DEPENDANTE**

Corrélations entre la variable désirabilité sociale et les dimensions du stress en fréquence et intensité au temps T1 pour l'ensemble des sujets.

VARIABLES	F.stress. physique	F.stress psycho	F.stress. social	I.stress Physique	I.stress psycho	I.stress Social
Désirabilité sociale	NS	NS	0, 30*	NS	NS	NS

* : corrélation statistiquement significative à $p < 0, 05$

Corrélations entre la variable désirabilité sociale et les dimensions de la hardiesse au temps T1 pour l'ensemble des sujets.

VARIABLES	Sens de l'engagement	Sens de la maîtrise	Sens du défi
Désirabilité sociale	NS	NS	NS

Corrélations entre la variable désirabilité sociale et les stratégies de *coping* au temps T1 pour l'ensemble des sujets.

VARIABLES	Réévaluation positive /résolution de problème	Recherche de soutien	Distanciation/ Évitement
Désirabilité sociale	NS	NS	NS

Corrélations entre la variable désirabilité sociale et les modes de la qualité de vie au travail au temps T1 pour l'ensemble des sujets.

VARIABLES	Mode expressif	Mode adaptatif	Mode intégratif	Mode conservateur
Désirabilité sociale	NS	NS	NS	NS

Corrélations entre la variable désirabilité sociale et les dimensions de la qualité de vie au travail au temps T1 pour l'ensemble des sujets.

VARIABLES	Dimension physique	Dimension psychologique	Dimension sociale	Dimension culturelle
Désirabilité sociale	NS	NS	NS	NS

**ANNEXE 16 : INFLUENCE DES EVENEMENTS PROFESSIONNELS
ET FAMILIAUX SURVENUS ENTRE LES TEMPS DE
L'EXPERIMENTATION SUR, D'UNE PART, LA SANTE DES SUJETS
ET, D'AUTRE PART, LES VARIABLES GLOBALES DE
L'EXPERIMENTATION**

Influence des événements professionnels et familiaux survenus entre les temps de l'expérience ainsi que leur influence sur, d'une part, la santé des sujets et, d'autre part, sur les variables globales de l'expérience.

1) Nombre des sujets ayant répondu oui et non aux questions concernant les événements professionnels (Pr i), familiaux (Fm i), et ayant eu une influence sur la santé (Sn i), aux temps i=1,2,3,4, de l'expérimentation, pour tout l'échantillon, pour les groupes expérimental et contrôle.

Population	Pr. 1	Fm. 1	Sn. 1	Pr. 2	Fm. 2	Sn. 2	Pr. 3	Fm.3	Sn. 3	Pr. 4	Fm. 4	Sn. 4
Global	Absents: 0			Absents: 1			Absents: 2			Absents: 6		
Non	58	57	49	58	66	57	54	67	60	58	62	61
Oui	12	13	21	11	3	12	14	1	8	6	2	3
Expérimental	Absents: 0			Absents: 1			Absents: 2			Absents: 4		
Non	27	29	14	28	32	26	25	32	27	28	30	29
Oui	8	6	11	6	2	8	8	1	6	3	1	2
Contrôle	Absents: 0			Absents: 0			Absents: 0			Absents: 2		
Non	31	28	25	30	34	31	29	34	33	30	32	32
Oui	4	7	10	5	2	4	6	1	2	3	1	2

2) Présentation des différences sur les principales variables globales, telles qu'inférées de tests-t sur échantillons indépendants, regroupés selon les groupes expérimental et contrôle.

STAT. Grouping: GROUPE (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:1 (Expérimental)
 STATS Group 2: G_2:2 (Contrôle)

Variable	Mean G_1:1	Mean G_2:2	t-value	df	p
ST_RAR1	74.82381*	76.28492*	-2.45499*	68*	.016652*
ST_INO1	69.90826	71.61778	-1.45584	68	.150037
HARDI	66.68386	68.63911	-.87416	68	.385111
COPING	65.42769	61.60053	1.48986	68	.140885
QVT	58.45734	57.47024	.44231	68	.659670
ST_RAR2	75.69412	76.46238	-1.17167	67	.245480
ST_INO2	74.38154*	71.43810*	2.20935*	67*	.030573*
HARDI2	72.29904*	66.97580*	2.52198*	67*	.014053*
COPING2	72.93028*	61.98854*	4.18346*	67*	.000085*
QVT_2	63.58762*	57.79762*	2.73692*	67*	.007933*
ST_RAR3	76.79798	76.88810	-.13180	66	.895543

ST_INO3	76.46886*	71.23175*	3.61039*	66*	.000590*
HARDI3	74.82398*	70.23722*	2.15406*	66*	.034891*
COPING3	72.18481*	60.88889*	4.27266*	66*	.000063*
QVT_3	60.89015*	55.87179*	2.37691*	66*	.020366*
ST_RAR4	76.78495	76.68939	.13417	62	.893705
STI4_T	23.22222*	29.01299*	-4.13230*	62*	.000110*
HARDI4	75.63515*	69.53054*	3.10093*	62*	.002902*
COPING4	73.01872*	60.89413*	4.67056*	62*	.000017*
QVT_4	61.72715*	56.14473*	2.58514*	62*	.012100*

3) Présentation des tests-t des diverses variables pertinentes de l'expérimentation,

STAT. Grouping: EV_PRFl (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0 (Non)
 STATS Group 2: G_2:1 (Oui)

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.89895*	73.88889*	2.55426*	68*	.012886*
ST_INO1	71.46686*	67.36111*	2.73436*	68*	.007962*
HARDI	67.77575	67.10920	.22345	68	.823853
COPING	63.83035	61.98560	.53380	68	.595221
QVT	57.79753	58.76736	-.32735	68	.744409
ST_RAR2	76.20891	75.42424	.87230	67	.386162
ST_INO2	73.01102	72.24242	.40833	67	.684334
HARDI2	69.23160	71.53520	-.76704	67	.445754
COPING2	66.82365	70.31425	-.87510	67	.384643
QVT_2	60.01257	64.01515	-1.33111	67	.187664
ST_RAR3	77.02485	75.90909	1.21559	66	.228473
ST_INO3	73.69444	74.18182	-.22631	66	.821662
HARDI3	72.04883	74.61007	-.86143	66	.392119
COPING3	66.27031	66.89113	-.15316	66	.878741
QVT_3	58.02800	59.75379	-.57949	66	.564229
ST_RAR4	76.94599	75.60000	1.39426	62	.168215
STI_SO4	22.43519	21.10000	.65864	62	.512568
HARDI4	72.24911	73.77451	-.52496	62	.601480
QW_EXPR4	59.64506	63.33333	-1.09920	62	.275929
QVT_4	58.48119	60.83333	-.75534	62	.452904

STAT. Grouping: EV_FM1 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.78168	74.55769	1.56020	68	.123356
ST_INO1	71.07427	69.39829	1.10290	68	.273960
HARDI	68.30517	64.83921	1.21132	68	.229964
COPING	63.56671	63.28348	.08439	68	.932992
QVT	57.29471	60.89744	-1.26849	68	.208947
ST_RAR2	76.20417	75.56538	.75751	67	.451402
ST_INO2	73.25744	71.29915	1.12031	67	.266580
HARDI2	70.41452	66.08513	1.56080	67	.123283
COPING2	68.77205*	61.38414*	2.02669*	67*	.046677*
QVT_2	60.46317	61.45833	-.34926	67	.727988
ST_RAR3	77.02530	76.00000	1.15519	66	.252178
ST_INO3	73.99603	72.73380	.60824	66	.545118
HARDI3	72.99893	69.96281	1.06018	66	.292928

COPING3	67.83510*	59.53704*	2.19492*	66*	.031692*
QVT_3	58.01711	59.66076	-.57133	66	.569714
ST_RAR4	76.94697	75.44444	1.49349	62	.140381
STI_SO4	21.80909	24.77778	-1.41973	62	.160694
HARDI4	72.66568	71.39834	.41725	62	.677940
QW_EXPR4	59.62121	63.88889	-1.22044	62	.226920
QVT_4	58.57636	60.51308	-.59442	62	.554391

STAT. Grouping: INF_SN1 (copied~1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.87528	74.80556	1.60860	68	.112337
ST_INO1	71.47415	69.10370	1.86816	68	.066049
HARDI	67.06624	69.05040	-.81241	68	.419394
COPING	63.36294	63.86684	-.17696	68	.860063
QVT	57.12514	59.92063	-1.15764	68	.251060
ST_RAR2	76.16875	75.88968	.38819	67	.699106
ST_INO2	73.14063	72.31217	.55380	67	.581556
HARDI2	69.31582	70.24575	-.38794	67	.699290
COPING2	68.05556	65.83627	.69791	67	.487651
QVT_2	60.16710	61.75595	-.65767	67	.513004
ST_RAR3	77.04340	76.36667	.90787	66	.367252
ST_INO3	73.79398	73.72361	.04042	66	.967883
HARDI3	72.37607	72.67213	-.12254	66	.902844
COPING3	67.92695	62.63580	1.64778	66	.104151
QVT_3	58.37674	58.14021	.09803	66	.922203
ST_RAR4	76.96701	76.04167	1.13729	62	.259793
STI_SO4	22.19792	22.31250	-.06718	62	.946658
HARDI4	72.22739	73.26767	-.42664	62	.671122

STAT. Grouping: EV_PR2 (copied~1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.79550	74.84848	1.162219	67	.249270
ST_INO1	71.19148	68.72475	1.520846	67	.133004
HARDI	68.18707	65.58229	.844126	67	.401603
COPING	63.55630	64.29574	-.206026	67	.837396
QVT	58.18068	57.54419	.206670	67	.836895
ST_RAR2	76.26638	75.12121	1.281306	67	.204503
ST_INO2	73.36015	70.40152	1.599580	67	.114397
HARDI2	70.22115	66.31759	1.310591	67	.194471
COPING2	67.56865	66.38608	.294983	67	.768919
QVT_2	61.15302	58.00189	1.042721	67	.300826
ST_RAR3	76.89620	76.57576	.345578	66	.730759
ST_INO3	74.03168	72.43434	.744524	66	.459202
HARDI3	73.24422	68.41578	1.647797	66	.104147
COPING3	66.61685	65.09540	.375677	66	.708362
QVT_3	58.97829	54.82955	1.410334	66	.163137
ST_RAR4	76.78774	76.48485	.321277	62	.749081
STI_SO4	22.08491	22.90909	-.421574	62	.674794
HARDI4	73.27009	68.71658	1.660413	62	.101881
QW_EXPR4	60.92767	56.81818	1.276808	62	.206432

QVT_4 59.56496 55.39773 1.406021 62 .164710

STAT. Grouping: EV_FM2 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.76473	73.00000	1.92234	67	.058816
ST_INO1	70.97088	67.00000	1.35928	67	.178614
HARDI	67.82452	66.61220	.21779	67	.828256
COPING	63.17340	74.69136	-1.83142	67	.071483
QVT	57.57839*	69.09722*	-2.15387*	67*	.034851*
ST_RAR2	76.15328	74.55556	.99109	67	.325208
ST_INO2	73.14773	67.18519	1.80484	67	.075594
HARDI2	69.80520	65.05901	.88162	67	.381134
COPING2	67.43126	66.25514	.16336	67	.870726
QVT_2	60.31408	68.05556	-1.43730	67	.155287
ST_RAR3	76.94487	74.66667	1.38879	66	.169565
ST_INO3	73.98120	69.26852	1.23387	66	.221626
HARDI3	72.75217	66.20098	1.23599	66	.220843
COPING3	66.37607	66.25514	.01663	66	.986779
QVT_3	57.90532	67.01389	-1.73992	66	.086534
ST_RAR4	76.78629	75.16667	.79567	62	.429259
STI_SO4	22.16935	24.00000	-.43188	62	.667329
HARDI4	72.38071	75.79657	-.56352	62	.575115
QW_EXPR4	59.87903	70.83333	-1.58029	62	.119128
QVT_4	58.54612	68.22917	-1.51030	62	.136047

STAT. Grouping: INF_SN2 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.93811*	74.25000*	2.19913*	67*	.031325*
ST_INO1	71.44045*	67.74769*	2.41664*	67*	.018395*
HARDI	68.09334	66.24455	.61885	67	.538116
COPING	62.68952	68.35134	-1.66639	67	.100305
QVT	57.83077	59.25926	-.48094	67	.632124
ST_RAR2	76.37632	74.69444	1.98058	67	.051746
ST_INO2	73.69006*	69.08102*	2.66286*	67*	.009693*
HARDI2	70.10726	67.18387	1.01112	67	.315597
COPING2	67.20544	68.20988	-.25939	67	.796131
QVT_2	60.92836	59.33160	.54390	67	.588313
ST_RAR3	76.98363	76.19444	.88553	66	.379088
ST_INO3	74.10714	72.21528	.91484	66	.363606
HARDI3	73.10140	69.48461	1.26747	66	.209440
COPING3	66.37346	66.35802	.00394	66	.996868
QVT_3	58.59918	56.94444	.57521	66	.567108
ST_RAR4	76.81918	76.33333	.51602	62	.607674
STI_SO4	22.21698	22.27273	-.02847	62	.977376
HARDI4	72.61110	71.89171	.25681	62	.798173
QW_EXPR4	60.77044	57.57576	.98746	62	.327257
QVT_4	59.30945	56.62879	.89612	62	.373655

STAT. Grouping: EV_PR3 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.95319	74.52381	1.94588	66	.055929
ST_INO1	70.90576	70.39286	.33866	66	.735940
HARDI	67.57836	68.77490	-.42081	66	.675264
COPING	62.95725	65.65256	-.82769	66	.410831
QVT	56.44612*	63.31845*	-2.59883*	66*	.011528*
ST_RAR2	76.28611	75.33333	1.15802	66	.251028
ST_INO2	72.93158	72.92857	.00174	66	.998614
HARDI2	69.61904	69.77416	-.05603	66	.955485
COPING2	66.65238	70.06173	-.93115	66	.355169
QVT_2	58.94097*	66.07143*	-2.75641*	66*	.007548*
ST_RAR3	77.06327	76.00000	1.27335	66	.207361
ST_INO3	74.09516	72.53175	.80070	66	.426179
HARDI3	72.65194	71.73494	.33706	66	.737140
COPING3	65.63100	69.22399	-.98020	66	.330569
QVT_3	57.27801	62.27679	-1.88740	66	.063505
ST_RAR4	76.94167	76.00000	1.10428	62	.273740
STI_SO4	21.97000	23.14286	-.65872	62	.512514
HARDI4	72.73819	71.59199	.44885	62	.655106
QW_EXPR4	58.91667*	64.88095*	-2.07263*	62*	.042371*

STAT. Grouping: EV_FM3 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.71849	71.66667	1.62869	66	.108142
ST_INO1	70.81708	69.66667	.22602	66	.821883
HARDI	67.72005	74.83660	-.74722	66	.457584
COPING	63.40980	70.37037	-.63498	66	.527639
QVT	57.60520	75.00000	-1.91634	66	.059654
ST_RAR2	76.12612	73.66667	.88622	66	.378716
ST_INO2	73.01451	67.33333	.98573	66	.327867
HARDI2	69.61443	72.09967	-.26739	66	.790006
COPING2	67.40142	64.19753	.25893	66	.796492
QVT_2	60.14459*	78.12500*	-2.01909*	66*	.047543*
ST_RAR3	76.88682	74.00000	1.02484	66	.309180
ST_INO3	73.90920	64.66667	1.42374	66	.159232
HARDI3	72.43747	74.18301	-.19089	66	.849194
COPING3	66.31104	70.37037	-.32757	66	.744274
QVT_3	58.01138*	78.12500*	-2.28783*	66*	.025359*
ST_RAR4	76.76852	74.66667	.73546	62	.464830
STI_SO4	22.10317	30.00000	-1.34512	62	.183485
HARDI4	72.48259	72.79412	-.03654	62	.970970
QW_EXPR4	60.05291	70.83333	-1.09736	62	.276726
QVT_4	58.59234	75.00000	-1.83973	62	.070597

STAT. Grouping: INF_SN3 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.86343	74.12500	1.88247	66	.064181

ST_INO1	70.77907	70.95833	-.09424	66	.925206
HARDI	67.06681	73.50899	-1.84899	66	.068939
COPING	62.30967*	72.53086*	-2.61375*	66*	.011082*
QVT	57.10359	63.54167	-1.89744	66	.062146
ST_RAR2	76.11306	75.91667	.18834	66	.851185
ST_INO2	72.63843	75.12500	-1.15797	66	.251050
HARDI2	68.70220*	76.76675*	-2.42207*	66*	.018187*
COPING2	65.83076*	78.78086*	-2.98267*	66*	.004001*
QVT_2	59.53993*	66.92708*	-2.23482*	66*	.028820*
ST_RAR3	76.90139	76.41667	.45769	66	.648677
ST_INO3	73.49306	75.87500	-.97429	66	.333472
HARDI3	71.67010*	78.41095*	-2.03348*	66*	.046029*
COPING3	65.04527*	76.31173*	-2.54827*	66*	.013161*
QVT_3	57.41826*	64.97396*	-2.30134*	66*	.024538*
ST_RAR4	76.78125	76.41667	.33903	62	.735731
STI_SO4	22.43750	20.75000	.75907	62	.450684
HARDI4	71.72513	77.82373	-1.96603	62	.053777
QW_EXPR4	59.44940	65.62500	-1.69848	62	.094430
QVT_4	58.02948	64.58333	-1.96686	62	.053679

STAT. Grouping: EV_PR4 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.55987	76.33333	-.70550	62	.483141
ST_INO1	70.92644	72.16667	-.58883	62	.558115
HARDI	67.27217	73.84940	-1.64176	62	.105703
COPING	62.41486*	71.91358*	-2.04019*	62*	.045597*
QVT	57.45630	60.76389	-.84090	62	.403634
ST_RAR2	75.99023	76.32222	-.27545	62	.783883
ST_INO2	72.87787	74.22222	-.54423	62	.588237
HARDI2	69.73663	71.47331	-.45969	62	.647349
COPING2	67.34515	75.41152	-1.58898	62	.117152
QVT_2	60.46157	63.71528	-.83871	62	.404856
ST_RAR3	76.70259	77.66667	-.79478	62	.429771
ST_INO3	73.31944	77.15278	-1.41762	62	.161307
HARDI3	72.56291	73.54666	-.26534	62	.791629
COPING3	66.16007	73.45679	-1.40843	62	.163998
QVT_3	58.51818	58.15972	.09037	62	.928287
ST_RAR4	76.65086	77.55556	-.74409	62	.459634
STI_SO4	22.67672	17.87500	1.95224	62	.055429
HARDI4	72.37949	73.53119	-.31774	62	.751750
QW_EXPR4	60.12931	61.11111	-.23274	62	.816730
QVT_4	58.90203	58.33333	.14596	62	.884425

STAT. Grouping: EV_FM4 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.66353	74.66667	.54188	62	.589844
ST_INO1	71.08172	69.83333	.35317	62	.725159

HARDI	67.74900	72.22222	-.65473	62	.515061
COPING	63.02768	71.91358	-1.11383	62	.269651
QVT	57.74810	58.33333	-.08832	62	.929908
ST_RAR2	75.99516	76.83333	-.41545	62	.679250
ST_INO2	73.04704	71.66667	.33307	62	.740202
HARDI2	69.83045	72.03840	-.34861	62	.728564
COPING2	67.69962	80.55556	-1.50878	62	.136433
QVT_2	60.74429	61.45833	-.10926	62	.913347
ST_RAR3	76.79167	76.83333	-.02040	62	.983789
ST_INO3	73.59857	76.16667	-.55935	62	.577938
HARDI3	72.63088	73.40686	-.12488	62	.901023
COPING3	66.50139	77.46914	-1.25979	62	.212468
QVT_3	58.43905	59.89583	-.21930	62	.827139
ST_RAR4	76.73253	76.83333	-.04927	62	.960860
STI_SO4	22.29839	20.00000	.54270	62	.589285
HARDI4	72.46900	73.05964	-.09720	62	.922883
QW_EXPR4	60.08065	64.58333	-.63896	62	.525201
QVT_4	58.81494	59.89583	-.16561	62	.869003

STAT. Grouping: INF_SN4 (copied-1.sta)
 BASIC Group 1: G_1:0
 STATS Group 2: G_2:1

Variable	Mean G_1:0	Mean G_2:1	t-value	df	p
ST_RAR1	75.69627	74.33333	.90380	62	.369600
ST_INO1	71.16503	68.55556	.90177	62	.370670
HARDI	67.63214	73.10730	-.97764	62	.332050
COPING	62.96802	70.16461	-1.09552	62	.277526
QVT	57.58481	61.45833	-.71299	62	.478524
ST_RAR2	76.04973	75.44444	.36435	62	.716839
ST_INO2	73.05328	72.00000	.30871	62	.758580
HARDI2	69.82338	71.44608	-.31118	62	.756706
COPING2	67.67608	76.74897	-1.28731	62	.202773
QVT_2	60.63012	63.54167	-.54246	62	.589446
ST_RAR3	76.79372	76.77778	.00948	62	.992467
ST_INO3	73.58789	75.52778	-.51309	62	.609714
HARDI3	72.63388	73.08733	-.08865	62	.929649
COPING3	66.51892	73.45679	-.96307	62	.339255
QVT_3	58.42370	59.72222	-.23748	62	.813067
ST_RAR4	76.73907	76.66667	.04299	62	.965845
STI_SO4	22.34836	19.75000	.74690	62	.457946
HARDI4	72.45948	73.05639	-.11934	62	.905395
QW_EXPR4	59.90437	66.66667	-1.17481	62	.244563
QVT_4	58.80575	59.72222	-.17058	62	.865106

**ANNEXE 17 : EVOLUTION DES MOYENNES DES DIFFERENTS
MODES ET DIMENSIONS DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL
ET CE AUX QUATRE TEMPS DE MESURE**

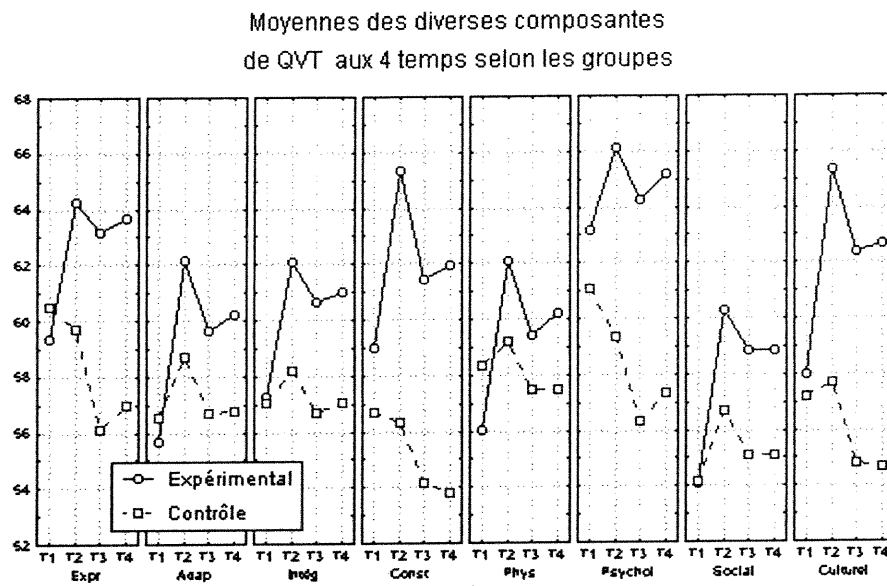


Figure 12 : Présentation graphique des variations de la moyenne des différents modes et dimensions de la qualité de vie au travail au cours des quatre temps de mesure

Tableau XXXVI : Présentation des moyennes du groupes expérimental et contrôle à ce qui attrait aux modes et dimensions de la qualité de vie au travail aux quatre temps de mesure

Modes et dimensions de la qualité de vie au travail	Moyenne, écart type aux différents temps de mesure
Modes de la qualité de vie au travail	
- mode expressif	T1 : GE : 3, 61 ± 0, 63 ; GC : 3, 62 ± 0, 61 T2 : GE : 3, 84 ± 0, 63 ; GC : 3, 56 ± 0, 61 T3 : GE : 3, 75 ± 0, 57 ; GC : 3, 37 ± 0, 60 T4 : GE : 3, 82 ± 0, 54 ; GC : 3, 41 ± 0, 56
- mode adaptatif	T1 : GE : 3, 36 ± 0, 81 ; GC : 3, 37 ± 0, 52 T2 : GE : 3, 73 ± 0, 64 ; GC : 3, 47 ± 0, 63 T3 : GE : 3, 55 ± 0, 63 ; GC : 3, 37 ± 0, 58 T4 : GE : 3, 61 ± 0, 64 ; GC : 3, 40 ± 0, 58
- mode intégratif	T1 : GE : 3, 47 ± 0, 7 ; GC : 3, 39 ± 0, 55 T2 : GE : 3, 73 ± 0, 61 ; GC : 3, 46 ± 0, 58 T3 : GE : 3, 61 ± 0, 55 ; GC : 3, 40 ± 0, 61 T4 : GE : 3, 66 ± 0, 55 ; GC : 3, 42 ± 0, 63
- mode conservateur	T1 : GE : 3, 57 ± 0, 79 ; GC : 3, 39 ± 0, 56 T2 : GE : 3, 94 ± 0, 63 ; GC : 3, 37 ± 0, 58 T3 : GE : 3, 69 ± 0, 58 ; GC : 3, 25 ± 0, 57 T4 : GE : 3, 72 ± 0, 57 ; GC : 3, 22 ± 0, 57
Dimensions de la qualité de vie au travail	
- dimension physique	T1 : GE : 3, 41 ± 0, 73 ; GC : 3, 47 ± 0, 55 T2 : GE : 3, 72 ± 0, 62 ; GC : 3, 53 ± 0, 57 T3 : GE : 3, 54 ± 0, 51 ; GC : 3, 43 ± 0, 67 T4 : GE : 3, 61 ± 0, 54 ; GC : 3, 44 ± 0, 69
- dimension psychologique	T1 : GE : 3, 78 ± 0, 74 ; GC : 3, 67 ± 0, 54 T2 : GE : 3, 97 ± 0, 68 ; GC : 3, 57 ± 0, 60 T3 : GE : 3, 80 ± 0, 78 ; GC : 3, 42 ± 0, 69 T4 : GE : 3, 91 ± 0, 80 ; GC : 3, 37 ± 0, 69
- Dimension sociale	T1 : GE : 3, 33 ± 0, 90 ; GC : 3, 23 ± 0, 78 T2 : GE : 3, 66 ± 0, 81 ; GC : 3, 34 ± 0, 93 T3 : GE : 3, 53 ± 0, 69 ; GC : 3, 31 ± 0, 70 T4 : GE : 3, 55 ± 0, 67 ; GC : 3, 30 ± 0, 69

- dimension culturelle

T1 : GE : $3,49 \pm 0,84$; GC : $3,4 \pm 0,63$

T2 : GE : $3,90 \pm 0,72$; GC : $3,42 \pm 0,60$

T3 : GE : $3,72 \pm 0,66$; GC : $3,27 \pm 0,66$

T4 : GE : $3,75 \pm 0,66$; GC : $3,28 \pm 0,68$

Appendice A : questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE

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

1. Quel est votre situation personnelle? (cochez la case correspondante)

- vous vivez avec une autre personne

- vous vivez seul(e)

2. Quel est votre sexe ?

- femme

- homme

3. Quel est votre âge

----- ans

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

----- enfant(s)

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

- oui

- non

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

- titulaire

- stagiaire

- auxiliaire

7) Dans quel type de service travaillez-vous (cochez la case correspondante) ?

Medecine	<input type="checkbox"/>	Chirurgie	<input type="checkbox"/>
Urgence	<input type="checkbox"/>	Réanimation	<input type="checkbox"/>
Mère-enfant	<input type="checkbox"/>	personnes âgées	<input type="checkbox"/>

Autres : précisez

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

- oui	<input type="checkbox"/>
- non	<input type="checkbox"/>

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

- oui	<input type="checkbox"/>
- non	<input type="checkbox"/>

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

----- années

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

- matin	<input type="checkbox"/>
- soir	<input type="checkbox"/>
- nuit	<input type="checkbox"/>
- rotation	<input type="checkbox"/>

12) un événement inhabituel, qu'il soit positif ou négatif, est-il survenu au cours de la période ou vous avez bénéficié du programme (cochez la case correspondante) ?

- dans votre vie professionnelle	<input type="checkbox"/>
- dans votre vie familiale	<input type="checkbox"/>

Précisez Brievement :

.....
.....
.....

13) Pensez-vous que ce ou ces événements ont pu influencer votre santé (cochez la case correspondante) ?

- oui

- non

Si oui, expliquez brièvement.

.....
.....
.....
.....
.....

Appendice B
Stress Occupationnel en Soins Infirmiers

VOICI DES SITUATIONS SUSCEPTIBLES DE SE PRODUIRE DANS UNE UNITÉ DE SOINS. DEUX SÉRIES DE RÉPONSES SONT PROPOSÉES.

	Indiquez le chiffre qui correspond le mieux au nombre de fois où la situation s'est présentée				Indiquez le chiffre qui correspond à l'intensité du stress généralement ressentie au moment de la situation			
	Jamais 1	Quelque fois 2	Assez Souvent 3	Très souvent 4	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez Stressant 3	Très stressant 4
A. Être critiqué par un médecin	1	2	3	4	1	2	3	4
B. Voir souffrir un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
C. Pas assez de personnel dans l'unité.	1	2	3	4	1	2	3	4
D. La mort d'un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
E. Prendre une décision en l'absence de médecin	1	2	3	4	1	2	3	4
F. Appliquer un traitement douloureux pour un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
G. Vous sentir impuissant(e) face à un patient dont l'état de santé ne s'améliore pas	1	2	3	4	1	2	3	4
H. Être en conflit avec l'infirmière responsable	1	2	3	4	1	2	3	4
I. Écouter ou discuter avec un patient de sa mort prochaine	1	2	3	4	1	2	3	4

	Indiquez le chiffre qui correspond le mieux au nombre de fois où la situation s'est présentée				Indiquez le chiffre qui correspond à l'intensité du stress généralement ressentie au moment de la situation			
	Jamais	Quelque-fois	Assez Souvent	Très souvent	Aucun stress	Un peu stressant	Assez Stressant	Très stressant
	1	2	3	4	1	2	3	4
J. Le manque d'occasion de pouvoir discuter librement des problèmes de l'unité avec les collègues	1	2	3	4	1	2	3	4
K. Être en conflit avec un médecin	1	2	3	4	1	2	3	4
L. Avoir peur de faire une erreur en soignant un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
M. Le manque d'occasions de pouvoir partager vos expériences et vos sentiments avec d'autres collègues de l'unité	1	2	3	4	1	2	3	4
N. Le décès d'un patient avec qui vous aviez établi une relation personnelle	1	2	3	4	1	2	3	4
O. Le médecin n'était pas présent lors du décès d'un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
P. Être en désaccord avec un traitement précis à un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
Q. Vous sentir insuffisamment préparé(e) pour apporter un soutien émotionnel à la famille du patient	1	2	3	4	1	2	3	4

	Indiquez le chiffre qui correspond le mieux au nombre de fois ou la situation s'est présentée				Indiquez le chiffre qui correspond à l'intensité du stress généralement ressenti au moment de la situation			
	Jamais 1	Quelque-fois 2	Assez Souvent 3	Très souvent 4	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez Stressant 3	Très stressant 4
R. Le manque d'occasion de pouvoir exprimer à d'autres collègues des sentiments négatifs envers les patients	1	2	3	4	1	2	3	4
S. Ne pas avoir assez d'information sur l'état médical d'un patient	1	2	3	4	1	2	3	4
T. Ne pas être capable de répondre d'une manière satisfaisante à une question du patient.	1	2	3	4	1	2	3	4
U. Être assigné(e) à d'autres unités ou il y a un manque de personnel	1	2	3	4	1	2	3	4
V. Avoir des difficultés à travailler avec un, une ou plusieurs collègues d'une autre unité	1	2	3	4	1	2	3	4
W. Vous occupez d'un patient exigeant, mécontent ou déprimé	1	2	3	4	1	2	3	4

	Indiquez le chiffre qui correspond le mieux au nombre de fois ou la situation s'est présentée				Indiquez le chiffre qui correspond à l'intensité du stress généralement ressenti au moment de la situation			
	Jamais	Quelque-fois	Assez Souvent	Très souvent	Aucun stress	Un peu stressant	Assez Stressant	Très stressant
	1	2	3	4	1	2	3	4
X. Vous sentir insuffisamment préparé(e) pour apporter un soutien émotionnel au patient	1	2	3	4	1	2	3	4
Y. Être critiqué(e) par un supérieur immédiat	1	2	3	4	1	2	3	4
Z. Personnel et horaires imprévisibles	1	2	3	4	1	2	3	4
AA. Un médecin qui semble prescrire un traitement inapproprié pour le patient	1	2	3	4	1	2	3	4
BB. Trop de travail de bureau et non d'infirmière	1	2	3	4	1	2	3	4
CC. Le manque de temps pour apporter un soutien émotionnel au patient	1	2	3	4	1	2	3	4
DD. Une certaine difficulté de travailler avec un, une ou plusieurs collègues de votre unité	1	2	3	4	1	2	3	4
EE. Ne pas avoir assez de temps pour pouvoir compléter vos tâches d'infirmière.	1	2	3	4	1	2	3	4
FF. Un médecin qui n'est pas présent pendant un cas d'urgence médicale	1	2	3	4	1	2	3	4

	Indiquez le chiffre qui correspond le mieux au nombre de fois où la situation s'est présentée				Indiquez le chiffre qui correspond à l'intensité du stress généralement ressenti au moment de la situation			
	Jamais 1	Quelque-fois 2	Assez Souvent 3	Très souvent 4	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez Stressant 3	Très stressant 4
GG. Ne pas savoir quoi révéler à un patient ou à sa famille au sujet de l'état de santé et du traitement du patient	1	2	3	4	1	2	3	4
HH. Incertitude quant à l'utilisation et le fonctionnement d'équipements spécialisés.	1	2	3	4	1	2	3	4

**INSTRUCTION POUR LA MESURE DU STRESS OCCUPATIONNEL EN SOINS
INFIRMIERS.
(ITENS DE A à HH).**

Le stress en soins infirmiers est mesuré par sept facteurs qui sont classés en trois catégories liées à l'environnement physique, psychologique et social. Les sept facteurs sont : la mort et la morbidité, le conflit avec les médecins, la préparation insuffisante, le manque de soutien, le conflit avec les autres infirmières et les supérieurs, la charge de travail et l'incertitude du traitement.

Cet outil comprend deux mesures différentes : une mesure de la fréquence des stressseurs et une mesure de l'intensité du stress vécu. Cet outil permet d'obtenir 22 scores dont 11 pour la fréquence : les 7 facteurs, les 3 dimensions et un score global. Il en est de même pour l'intensité du stress.

Chaque item permet d'obtenir un pointage de 1 à 4. Le score peut aller de 34-136.
Il n'y a pas d'item inversé.

Voici la répartition des questions.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE (score possible de 6-24)

Facteur VI : Charge de travail : C, W, Z, BB, CC, EE.

ENVIRONNEMENT PSYCHOLOGIQUE (score possible de 18-72)

Facteur I : La mort et la morbidité : B, D, F, G, I, N, O.

Facteur III : Préparation insuffisante : Q, T, X.

Facteur IV : Manque de soutien : J, M, R.

Facteur VII : L'incertitude du traitement : S, AA, FF, GG, HH.

ENVIRONNEMENT SOCIAL (score possible de 10-40)

Facteur II : Conflit avec les médecins : A, E, K, L, P.

Facteur V : Conflit avec les autres infirmières et les supérieurs : H, U, V, Y, DD.

Appendice C
Échelle des Points de Vue Personnels

VOICI MAINTENANT QUELQUES AFFIRMATIONS QUE VOUS APPROUVEREZ OU DÉSAPPROUVEREZ. SENTEZ VOUS A L'AISE DE NOUS INDIQUER CE QUE VOUS RESSENTEZ PRÉSENTEMENT EN INDIQUANT LE CHIFFRE QUI VOUS CONVIENT LE MIEUX. CERTAINES AFFIRMATIONS SONT FORMULÉES DE FAÇON CATÉGORIQUE AFIN DE FACILITER VOTRE CHOIX DE RÉPONSE

Légende

1= pas du tout vrai

2= un peu vrai

3= assez vrai

4= complètement vrai

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| A. J'anticipe avec plaisir d'aller travailler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. J'aime qu'il y ait beaucoup de variété dans mon travail. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. Les politiciens contrôlent nos vies. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. Cela me passionne d'apprendre quelque chose sur moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. Je crois que plusieurs athlètes sont simplement nés bon dans le sport. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. Quand je me réveille, j'ai souvent hâte de reprendre ma vie où je l'ai laissée la veille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. La plupart du temps, mes supérieurs vont écouter ce que j'ai à dire. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H. En planifiant à l'avance, on peut éviter la plupart des problèmes futurs. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Par ce que je fais aujourd'hui, j'ai le sentiment que je peux changer ce qui peut arriver demain. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| J. Je me sens mal à l'aise si j'ai à faire des changements dans mon quotidien. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| K. Peu importe, tous mes efforts n'aboutissent à rien. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Légende

1= pas du tout vrai

2= un peu vrai

3= assez vrai

4= complètement vrai

- L. Il me paraît difficile de devenir enthousiaste à propos du travail. 1 2 3 4
- M. Peu importe ce que vous faites, les méthodes essai-erreur sont toujours les meilleures. 1 2 3 4
- N. J'ai l'impression qu'il est presque impossible de changer l'idée de mon conjoint sur certains sujets. 1 2 3 4
- O. La plupart des gens qui travaillent pour gagner leur vie sont à la merci de leur patron. 1 2 3 4
- P. De nouvelles lois ne devraient pas être adoptées si elles réduisent le revenu d'une personne. 1 2 3 4
- Q. Quand vous vous mariez et avez une famille, vous perdez votre liberté de choix. 1 2 3 4
- R. Peu importe les efforts mis au travail, vous ne semblez jamais atteindre vos objectifs. 1 2 3 4
- S. Habituellement, on peut avoir confiance au jugement d'une personne qui change rarement d'idée. 1 2 3 4
- T. Je crois que la plupart des événements qui arrivent dans la vie devaient effectivement arriver. 1 2 3 4
- U. Ça n'a pas d'importance si vous travaillez fort, de toutes façons, seuls les patrons en tirent profit. 1 2 3 4
- V. Je n'aime pas les conversations où les gens ne disent pas clairement ce qu'ils ont à dire. 1 2 3 4
- W. La plupart du temps, ça ne paie pas de faire tant d'efforts, puisque de toutes façons, les choses ne tournent jamais dans le bon sens. 1 2 3 4

Légende

1= pas du tout vrai

2= un peu vrai

3= assez vrai

4= complètement vrai

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| X. Ce que je trouve le plus excitant, ce sont mes propres fantasmes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Y. Je ne vais pas répondre aux questions des autres à moins d'être certain de ce qu'ils demandent. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Z. Lorsque je planifie des projets, je suis certain(e) de pouvoir les réaliser. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| AA. Ca ne me dérange pas de laisser mes tâches de côté pour un certain temps, s'il m'est demandé de faire autre chose. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| BB. Je suis capable de demander de l'aide lorsque je dois exécuter une tâche difficile au travail. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| CC. J'aime bien être avec des gens qui sont faciles à prévoir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| DD. Habituellement, je trouve très difficile de changer l'idée d'un ami à propos de quelque chose | 1 | 2 | 3 | 4 |
| EE. Penser à soi comme une personne libre ne fait que nous rendre frustrée et malheureux. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| FF. Ça m'ennuie quand quelque chose d'inattendue dérange ma routine quotidienne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GG. Lorsque je fais une erreur, je ne peux pas faire grand chose pour la réparer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| HH. Je ne ressens pas le besoin de faire de mon mieux au travail puisque de toute façon, ça ne fait aucune différence. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| II. Je respecte les règles parce qu'elles me guident. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| JJ. Une des meilleures façons de gérer les problèmes est de ne pas y penser. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| KK. Je n'aime pas les choses incertaines ou imprévisibles. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Légende

- 1= pas du tout vrai
 2= un peu vrai
 3= assez vrai
 4= complètement vrai

LL. Les individus qui font de leur mieux dans la vie devraient obtenir un soutien financier complet de la société.	1	2	3	4
MM. La plupart de mon temps se passe à faire des choses qui ne valent rien.	1	2	3	4
NN. La plupart du temps, j'ai de la difficulté à me faire une idée des choses.	1	2	3	4
OO. Je ne trouve aucune utilité aux théories qui ne sont pas liées de près à des faits.	1	2	3	4
PP. Le travail ordinaire est trop ennuyeux pour qu'il vaille la peine d'être fait.	1	2	3	4
QQ. Quand d'autres personnes sont en colère contre moi, c'est habituellement sans raison.	1	2	3	4
RR. Les changements de la vie quotidienne me dérangent.	1	2	3	4
SS. Je trouve difficile de croire les gens qui me disent que leur travail est apprécié de la société.	1	2	3	4
TT. J'ai l'impression que si quelqu'un essaie de me faire du mal, il n'y a habituellement pas grand chose que je peux faire pour l'arrêter	1	2	3	4
UU. La plupart du temps, la vie n'est pas très stimulante pour moi.	1	2	3	4
VV. Je pense que les gens croient en l'individualité seulement pour impressionner les autres.	1	2	3	4
WW. Lorsque je suis réprimandé(e) au travail, ça ne me semble habituellement pas justifié.	1	2	3	4
XX. Je veux m'assurer que quelqu'un prendra soin de moi quand je deviendrai vieille (vieux).	1	2	3	4

**INSTRUCTION POUR LA MESURE DE LA HARDIESSE
(ITEMS DE A à XX)**

1) Pour les items : A, B, D, F, G, H, I, Z, AA, BB, on obtient un score de 0 à 3.

La réponse 1 : pas vrai du tout = 0 points

La réponse 2 : un peu vrai : = 1 points

La réponse 3 : assez vrai = 2 points

La réponse 4 : complètement vrai = 3 points

Le pointage pour les énoncés suivant doivent être inversé

(1 = 3 points, 2 = 2 points, 3 = 1 points, 4 = 0 points) :

C, E, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, CC, DD, EE, FF, GG, HH, II, JJ,
FF, KK, LL, MM, NN, OO, PP, QQ, RR, TT, UU, VV, WW, XX.

2) La hardiesse est mesurée par trois composantes suivantes :

Défi : B, J, M, P, S, V, Y, AA, CC, FF, II, KK, LL, OO, RR, UU, XX

Engagement : A, C, D, F, L, O, R, U, X, EE, HH, MM, NN, PP, SS, VV.

Maîtrise : E, G, H, I, K, N, Q, T, W, Z, BB, DD, GG, JJ, QQ, TT, WW.

3) Calculer ainsi le score des composantes suivantes

Défi : additionner tous les résultats et diviser par 51

Engagement : additionner tous les résultats et diviser par 48

Maîtrise : additionner tous les résultats et diviser par 51.

4) pour obtenir un score global de hardiesse, additionner les trois scores de défi, d'engagement et de maîtrise, multiplier par 100 et diviser par 3. On obtient ainsi un pourcentage.

Appendice D

Échelle des stratégies de *coping*

LISEZ, S'IL VOUS PLAÎT, CHACUN DES ÉNONCÉS SUIVANTS ET INDIQUEZ, EN FAISANT UN CERCLE AUTOUR DE LA CATÉGORIE APPROPRIÉE, A QUELLE FRÉQUENCE VOUS L'AVEZ UTILISÉS, AFIN DE FAIRE FACE A VOS DIFFICULTÉS AU TRAVAIL.

légende

0= pas utilisé

1= utilisé de temps en temps

2= utilisé souvent

3= beaucoup utilisé

- | | |
|---|---------|
| 1. J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation. | 0 1 2 3 |
| 2. J'ai espéré qu'un miracle se produise. | 0 1 2 3 |
| 3. J'ai accepté mon destin, c'était peut être de la malchance. | 0 1 2 3 |
| 4. J'ai continué comme si rien ne s'était passé. | 0 1 2 3 |
| 5. J'ai essayé de regarder le bon coté des choses. | 0 1 2 3 |
| 6. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un. | 0 1 2 3 |
| 7. Ceci m'a donné le goût de faire quelque chose de créatif. | 0 1 2 3 |
| 8. J'ai essayé de tout oublier. | 0 1 2 3 |
| 9. J'ai reçu de l'aide professionnelle. | 0 1 2 3 |
| 10. J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi. | 0 1 2 3 |
| 11. J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions. | 0 1 2 3 |
| 12. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème. | 0 1 2 3 |
| 13. J'ai découvert ce qui était important dans la vie. | 0 1 2 3 |
| 14. J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien. | 0 1 2 3 |
| 15. J'ai demandé conseil à un parent ou à un(e) ami(e) que je respectais. | 0 1 2 3 |
| 16. J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments. | 0 1 2 3 |
| 17. J'ai tenu bon et je me suis battu(e) pour ce qui me tenait à cœur. | 0 1 2 3 |

légende

0= pas utilisé

1= utilisé de temps en temps

2= utilisé souvent

3= beaucoup utilisé

18. Je savais ce qui devait être fait alors j'ai redoublé d'efforts.
pour que ça puisse fonctionner 0 1 2 3

19. J'ai changé quelque chose en moi. 0 1 2 3

20. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin. 0 1 2 3

21. J'ai imaginé des solutions miracles. 0 1 2 3

INSTRUCTION POUR LA MESURE DES STRATÉGIES DE *COPING*

C'est une échelle à trois dimensions soit :

- La recherche du soutien social qui comprend 6 items : 8,18,22,31,42,45 (score oscillant entre 0 et 18)

10) La réévaluation positive/résolution de problème qui comprend 9 items : 15,20,26,28,38,39,46,49,56 (score oscillant entre 0 et 17)

11) La distanciation/évitement qui comprend 6 items : 11,12,13,21,58,59 (score oscillant entre 0 et 18).

Mode de calcul :

Les auteurs recommandent de faire la moyenne de chaque dimension :

La recherche du soutien social : additionner tous les résultats et diviser par 6

La réévaluation positive/résolution de problème : additionner tous les résultats et diviser par 9.

La distanciation/évitement : additionner tous les résultats et diviser par 6.

Appendice E

Échelle de la qualité de vie au travail

LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT CERTAINS ASPECTS DE VOTRE TRAVAIL. REPONDEZ S'IL VOUS PLAÎT AUX QUESTIONS SELON LES POSSIBILITES DE REPONSES SUIVANTES.

légende

1 : très peu

2 : quelque peu

3 : jusqu'à un certain point

4 : en bonne partie

5 : en grande partie

6 : en très grande partie

Question 1 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à exprimer le caractère unique de votre personnalité ? 1 2 3 4 5 6

Question 2 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre vos qualités personnelles et les conditions de travail actuelles ? 1 2 3 4 5 6

Question 3 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant entre les différentes qualités de votre personnalité ? 1 2 3 4 5 6

Question 4 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater que les composantes de votre personnalité demeurent plus ou moins stables au cours des ans ? 1 2 3 4 5 6

Questions 5 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à utiliser vos capacités physiques : forces, dextérité ? 1 2 3 4 5 6

Questions 6 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre vos qualités physiques et les conditions de travail actuelles ? 1 2 3 4 5 6

Questions 7 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant parmi vos différentes qualités physiques ? 1 2 3 4 5 6

Légende

1 : très peu

2 : quelque peu

3 : jusqu'à un certain point

4 : en bonne partie

5 : en grande partie

6 : en très grande partie

- Questions 8 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater que les composantes de vos qualités physiques demeurent plus ou moins stables au cours des ans ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 9 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à exercer une influence sur la société ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 10 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre , d'une part, vos besoins sociaux et, d'autre part, les structures sociales et autres conditions externes ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 11 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant parmi vos différents besoins sociaux ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 12 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater, qu'au cours des ans, les composantes de vos relations avec votre environnement social demeurent plus ou moins stables ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 13 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à exprimer les valeurs auxquelles vous croyez ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 14 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre, d'une part, vos valeurs et besoins culturels et, d'autre part, les conditions de travail actuelles ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 15 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant parmi les différentes croyances et valeurs auxquelles vous adhérez ? 1 2 3 4 5 6
- Questions 16 : Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater, qu'au cours des ans, les composantes de vos croyances et valeurs culturelles demeurent plus ou moins stables ? 1 2 3 4 5 6

INSTRUCTIONS POUR LA MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Cette échelle multidimensionnelle de 16 items explore deux facettes (A, B) constituées chacune de quatre dimensions ou modes

1) Facette A : quatre modes (score oscillant entre 16 et 96)

12) expressif qui compte quatre items : 1,5,9,13

13) adaptatif qui compte quatre items : 2,6,10,14

14) intégratif qui compte quatre items : 3,7,11,15

15) conservateur qui compte quatre items : 4,8,12,16.

2) Facette B : quatre dimensions (score oscillant entre 16 et 96)

16) psychologique qui compte quatre items 1,2,3,4

17) physique qui compte quatre (items 5,6,7,8)

18) sociale qui compte quatre (items 9,10,11,12)

19) culturelle qui compte quatre (items 13,14,15,16).

3) Les différents scores sont obtenus en effectuant la moyenne de chaque dimension et mode.

4) une moyenne totale est proposée en effectuant la somme des différentes moyennes divisée par 8.

Appendice F
Échelle de la désirabilité sociale

RÉPONDEZ PAR VRAI (V) OU FAUX (F) SUR LA LIGNE.

1. Je n'hésite jamais à faire un effort pour aider une personne en difficulté.
2. Je n'ai jamais profondément détesté qui que ce soit.
3. Il m'arrive de me sentir irrité de ne pas avoir obtenu ce que je voulais.
4. Il m'est arrivé à quelques reprises d'abandonner quelque chose par manque de confiance en moi-même.
5. J'ai parfois eu envi(e) de me révolter contre les figures d'autorité, même si je savais qu'elles avaient raison.
6. Je me souvient d'avoir fait semblant d'être malade pour me tirer d'affaire.
7. Il m'est arrivé de profiter de quelqu'un.
8. Lorsque je commets une erreur, je ne refuse jamais de l'admettre.
9. J'essaie toujours de mettre en pratique les idées que je défends.
10. j'essaie parfois de me venger, plutôt que de pardonner et d'oublier.
11. Lorsque je ne connais pas une chose, je n'ai aucune difficulté à l'admettre.
12. Je suis toujours poli même avec les personnes désagréables.
13. Il n'est arrivé d'insister pour que l'on fasse les choses à ma façon.
14. Il n'est parfois arrivé d'avoir envie de casser des choses.
15. Jamais il ne me viendrait à l'esprit de laisser quelqu'un d'autre être puni pour une faute que j'aurais commis(e).
16. Je ne m'offusque jamais lorsque l'on me fait remarquer qu'un service en attire un autre.
17. Je ne suis jamais contrarié lorsque des gens expriment des idées très différentes des miennes.
18. Il m'est arrivé de ressentir une certaine jalousie devant la chance des autres.
19. Je me sens parfois irrité par les gens qui me demandent des services.
20. Je n'ai jamais dit volontairement quoi que ce soit qui puisse blesser quelqu'un.

Le pourcentage de désirabilité sociale obtenu par chaque personne se fait en examinant le nombre de réponses justes en regard d'une désirabilité sociale maximale qui correspond aux réponses suivantes :

1. Je n'hésite jamais à faire un effort pour aider une personne en difficulté. ...V....
2. Je n'ai jamais profondément détesté qui que ce soit. ... V...
3. Il m'arrive de me sentir irrité de ne pas avoir obtenu ce que je voulais. ...F...
4. Il m'est arrivé à quelques reprises d'abandonner quelque chose par manque de confiance en moi-même. ...F...
5. J'ai parfois eu envi(e) de me révolter contre les figures d'autorité, même si je savais qu'elles avaient raison. ...F...
6. Je me souvient d'avoir fait semblant d'être malade pour me tirer d'affaire. ...F...
7. Il m'est arrivé de profiter de quelqu'un. ...F...
8. Lorsque je commets une erreur, je ne refuse jamais de l'admettre ...V...
9. J'essaie toujours de mettre en pratique les idées que je défends ...V...
10. j'essaie parfois de me venger, plutôt que de pardonner et d'oublier. ...F...
11. Lorsque je ne connais pas une chose, je n'ai aucune difficulté à l'admettre. ...V...
12. Je suis toujours poli même avec les personnes désagréables. ...V...
13. Il n'est arrivé d'insister pour que l'on fasse les choses à ma façon ...F..
14. Il n'est parfois arrivé d'avoir envie de casser des choses. ...F...
15. Jamais il ne me viendrait à l'esprit de laisser quelqu'un d'autre être puni pour une faute que j'aurais commis(e). ..V..
16. Je ne m'offusque jamais lorsque l'on me fait remarquer qu'un service en attire un autre. ...V..
17. Je ne suis jamais contrarié lorsque des gens expriment des idées très différentes des miennes ...V..
18. Il m'est arrivé de ressentir une certaine jalousie devant la chance des autres ...F
19. Je me sens parfois irrité par les gens qui me demandent des services ...F

20. Je n'ai jamais dit volontairement quoi que ce soit qui puisse blesser quelqu'un ...V

Appendice G : Feuillelet d'information et formule de consentement.

Renseignement aux sujets de recherche

Titre du Projet de recherche : Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmières soignantes d'un hôpital du sud de la France

Chercheur : Philippe Delmas cadre infirmier anesthésiste, Ph.D candidat., M.Sc (UDM)

Directeur de thèse : André Duquette, inf.Ph.D, Professeur titulaire, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal.

Introduction.

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale en sciences infirmières de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Le contexte du travail infirmier, pourtant lieu privilégié de socialisation et d'appartenance à un groupe, apparaît depuis quelques années comme une menace à la santé des infirmières¹. Plus finement, il apparaît que les infirmières sont confrontées à de nombreux stimuli dus aux multiples changements au niveau de leur travail quotidien. En effet, l'évolution de la biotechnologie entraîne des changements permanents du matériel de soin ; la recherche biomédicale implique des modifications régulières en regard des protocoles de soins délégués. De plus, l'infirmière se trouve de plus en plus confrontée à d'importantes considérations humaines qui sont sur le plan éthique et déontologique considérées comme de nouveaux stimuli. Au niveau politique et social, les réformes successives du système hospitalier autant au niveau québécois que français induisent des restructurations hospitalières et des réorganisations budgétaires. Ces changements organisationnels introduisant une rationalité de gestion ajoutent de nouveaux stressseurs à ceux déjà rencontrés par l'infirmière dans l'exercice de sa profession. De ce fait, il est licite de penser que le nombre et la fréquence des stressseurs au travail ne cessant d'augmenter entraînent un impact sur la santé mentale de celles-ci. Par contre, il apparaît que certaines ressources personnelles peuvent avoir un impact sur le maintien de la santé mentale de l'infirmière au travail. Une de ces ressources, la hardiesse, en regard des nombreuses études déjà effectuées chez les infirmières semble jouer un rôle prépondérant dans ce sens. De façon plus approfondi, il apparaît que cette caractéristique de la personnalité permet à l'infirmière d'adopter certaines stratégies pour faire face de façon optimale aux situations stressantes ce qui lui permet de percevoir un niveau plus élevé de qualité de vie au travail. De ce fait, un programme de renforcement de la hardiesse devrait permettre aux infirmières, d'augmenter leur niveau de hardiesse, de percevoir de façon moins importante les stressseurs au travail, d'adopter des stratégies d'adaptation actives face à ceux-ci, ce qui devrait permettre en dernier lieu d'optimiser leur qualité de vie au travail

But de l'étude

Élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et évaluer ses effets sur le niveau de hardiesse, de stress perçu, sur les stratégies de *coping* actives et sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises.

¹ Le féminin inclut le masculin

Modalités de participation à l'étude.

Votre participation à l'étude est retenue par tirage aléatoire (comme un tirage au sort) sur la liste de l'ensemble des infirmières du centre hospitalier œuvrant dans les services de soins. Après votre consentement éclairé sur votre participation, un second tirage aléatoire vous informera de votre participation soit au groupe expérimental qui recevra le programme dans les mois qui suivent, soit au groupe contrôle qui bénéficiera d'une place prioritaire lors de la diffusion du programme au sein de l'établissement tout en respectant les impératifs de la formation continue.

Les infirmières retenues pour le groupe contrôle recevront deux heures d'information sur le projet de recherche. Les infirmières du groupe expérimental recevront un programme d'intervention réparti en trois bloc. Le premier bloc de quatre heures développera des savoirs sur la santé mentale au travail et le concept de hardiesse. Le deuxième bloc de sept heures, qui surviendra un mois après le premier bloc, développera les différentes techniques pour renforcer la hardiesse en groupe de huit personnes. Enfin, le troisième bloc sera constitué de deux séances de supervision de deux heures chacune, 15 jours et 1 mois de demi respectivement après le second bloc. Des mesures seront prises avec des instruments (échelle des stressés en soins infirmiers, échelle de la hardiesse, échelle des stratégies de *coping*, échelle de la qualité de vie au travail, échelle de la désirabilité sociale) déjà utilisés lors d'études antérieures sur le sujet et ceci avant le début du programme, immédiatement après, un mois et trois mois après.

La contribution des infirmières du groupe expérimental sera de suivre le programme de formation et de répondre aux différents questionnaires. Les heures de participation au programme sont considérées comme des heures de travail et seront donc récupérables.

La contribution des infirmières du groupe contrôle sera de répondre aux questionnaires lors des différents temps de mesure.

Quelque-soit votre affectation, votre contribution est absolument volontaire et anonyme. En effet, vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans subir aucun préjudice. De même, afin de préserver votre anonymat, les questionnaires que vous remplirez ne comportera aucune trace de votre nom mais seulement du code que vous aurez au préalable choisi. Un cahier de code sera établi et déposé au secrétariat qui s'occupera du suivi de la recherche et des lettres de relances. Le chercheur n'aura jamais accès à ce cahier.


Les avantages.

Ce programme d'intervention a montré ultérieurement un effet possible sur la santé des infirmières au travail sans pour cela aboutir à des conclusions formelles. L'opportunité pour les infirmières du groupe expérimental est de permettre d'apporter une contribution supplémentaire à l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé au travail tout en bénéficiant d'un apport théorique et pratique sur la gestion du stress au travail. De même, les infirmières du groupe contrôle pourront profiter prioritairement de ce programme avec des réajustements qui potentialiseront les effets possible sur leur santé mentale.

Incidents possibles

Les différentes études en regard d'un programme de renforcement de la hardiesse ne mentionnent aucun incident spécifique, autant au niveau physique que psychologique, survenant chez les infirmières du groupe expérimental et contrôle. Par contre, les auteurs soulignent que les infirmières du groupe expérimental manifestent moins de détresse psychologique et perçoivent de façon moins importante les stressés au travail. Dans le cas d'éventuelles problématiques, vous pouvez joindre le chercheur à l'adresse et poste suivant :

Philippe Delmas
Cadre infirmier anesthésiste
Service de réanimation



Le chercheur s'engage à offrir l'aide nécessaire aux infirmières suivant le programme dans la limite de ses compétences. Par contre, si la problématique rencontrée dépasse celles-ci, le chercheur s'engage à orienter l'infirmière vers des services adaptés.

En cas de besoin de renseignements supplémentaires, vous pouvez contacter la directrice du service de soins infirmiers du centre hospitalier :

Madame Guillaudau Françoise
Directrice du service de soins infirmiers
Tel : 05.65.75.11.21

Ainsi que le directeur de recherche :

André Duquette, Ph.D
Professeur titulaire
Faculté des Sciences Infirmières
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone : 001.514-343-2178

En dernier lieu, si vous êtes insatisfaite des informations qui vous ont été fournies, vous pouvez joindre les personnes suivantes :

Jocelyne Saint-Arnaud, Ph.D
Présidente du comité multifacultaire d'éthique de la recherche des sciences de la santé.
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7 Téléphone : 001.514.343.7619.
Courriel : Jocelyne.St-Arnaud@umontreal.ca

Marie-José Rivest
Ombudsman de l'Université de Montréal
2332, Édouard-Montpetit
Téléphone : 001.514.343.2100
Télécopieur : 001.514.343.6453
Courriel : Marie.Jose.Rivest@umontreal.ca

Le formulaire de consentement est apposé à la suite de ce document et doit être rempli dans le cas ou vous souhaitez participer à cette étude. Son renvoi doit se faire par courrier interne à l'adresse suivante :

Philippe Delmas
Cadre infirmier anesthésiste
Service de réanimation.

Merci de votre collaboration.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, (nom et prénom de la participante en lettre moulées)..... déclare avoir pris connaissance des documents dont j'ai reçu copie. J'ai aussi pris connaissance des implications inhérentes à cette recherche dont le but est d'élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et évaluer ses effets sur le niveau de hardiesse, de stress perçu, sur les stratégies de *coping* actives et sur la qualité de vie au travail d'infirmières du Centre Hospitalier de Rodez.

Après m'être octroyé une période de réflexion suffisante, je consens librement à participer à cette étude. J'accepte donc de bénéficier du programme d'intervention sur le renforcement de la hardiesse tel qu'il est présenté dans le formulaire de renseignement.

Bien que les différentes études, qui ont évalué ce type de programme, ne font état d'aucun incident d'ordre physique ou psychologique, il se peut que l'évocation de certaines situations stressantes produit en moi un certain nombre d'émotions. Dans ce cas, le chercheur et au besoin des professionnels spécialisés pourront me venir en aide

La confidentialité sera respectée et l'anonymat sera préservé par l'utilisation d'un numéro de code pour les questionnaires.

Je sais que je suis libre de me retirer de cette étude en tout temps sans que cela me cause préjudice.

(signature de la participante ou du participant)

(signature du chercheur)

(date)

Appendice H : Demande d'autorisation des échelles

Madam Pamela A. Gray-Toft
Methodist Hospital of Indiana, Inc
Department of Medical Research
Indianapolis, Indiana
46202

03/08/2000

Dear Madam Pamela A. Gray-Toft

I am a doctorat student in the Faculty of Nursing at the University of Montreal. I have an interest in rechearching the effectiveness of à hardiness training among french nurses. I would like your permission to use `` The Nursing Stress Scale`` for my doctorat dissertation.

Thank you for your collaboration

Yours sincerely,

Philippe Delmas, inf. Ph.D-candidat

[REDACTED]

DR. James G. Anderson
Purdue University
Department of Sociology
and Antropology
West Lafayette
Indiana 47907

03/08/2000

Dear DR. James G. Anderson,

I am a doctorat student in the Faculty of Nursing at the University of Montreal. I have an interest in rechearching the effectiveness of à hardiness training among french nurses. I would like your permission to use `` The Nursing Stress Scale`` for my doctorat dissertation.

Thank you for your collaboration

Yours sincerely,

Philippe Delmas, inf. Ph.D-candidat



Dear, Mr Elizur (courriel du 30 juillet)

I will use the french translation of your scale for my doctorat dissertation at the University of Montreal. I am interested in examining the effectiveness of a hardiness training for the nurses that are working in hospital in France. Your accord to use your scale `` Quality of worklife `` is necessary to continue my research.

Thanking you for your cooperation

Yours truly

Philippe Delmas

[Redacted signature block]

Date: Sun, 06 Aug 2000 10:48:02 +0200

From: [REDACTED]

Organization: Bar Ilan University

X-Mailer: Mozilla 3.04Gold (Win95; I)

To: Philippe Delmas <delmasp@MAGELLAN.UMontreal.CA>

Subject: Re:

you may use the QWL questionnaire. woul like to see the results of your study.

dov elizur

--

Prof. Dov Elizur, Graduate School of Business

Bar Ilan University, Ramat Gan, Israel

[REDACTED]

Dear, Mr Maddi (courriel du 30 juillet)

I will use the french translation of your scale PVS II (duquette et coll) for my doctorat dissertation at the University of Montreal. Your accord to use your scale PVS II is necessary to continue my research.

Thanking you for your cooperation

Yours truly

Philippe Delmas



Chère Madame Bouchard (courriel du 30 juillet)

J'ai utilisé lors de ma recherche de maîtrise votre échelle réduite sur les stratégies de coping qui m'a donné entièrement satisfaction. Pour ma thèse de doctorat qui porte sur l'évaluation d'un programme de renforcement de la hardiesse auprès d'une population d'infirmières du sud de la France, je désire utilisé de nouveau votre échelle. De ce fait, je vous sollicite pour vous demander l'accord d'utiliser votre échelle

Veillez agréer Madame, mes sincères salutations

philippe delmas-PH.D candidat

X-Mailer: Novell GroupWise 5.5.2

Date: Mon, 31 Jul 2000 13:02:04 -0300

From: "Genevieve Bouchard" <bouchage@UMoncton.CA>

To: <delmasp@MAGELLAN.UMontreal.CA>

Subject: Rép. : 6IA==

X-MIME-Autoconverted: from quoted-printable to 8bit by jason.MAGELLAN.UMontreal.CA id
MAA879183

Bonjour,

Merci de votre message. Vous pouvez évidemment utiliser le questionnaire de stratégies
d'adaptation pour vos études de doctorat. Bonne chance dans vos projets!

Au plaisir,

Geneviève Bouchard, Ph.D.
Professeure adjointe
Département de psychologie
Université de Moncton
Moncton, Nouveau-Brunswick
E1A 3E9

Monsieur Delmas philippe

Le 7/08/2000

Monsieur,


Suite à notre conversation téléphonique et dans l'impossibilité de joindre la personne qui a traduit en première intention la version abrégée, proposée par Strahan et Gerbasi (1972), de l'échelle de Marlowe-Crowne, je sollicite votre autorisation, pour ma recherche doctorale, d'utiliser l'échelle réduite proposée par Strahan et Gerbasi en langue française avec qui vous avez effectué une validation de celle-ci sur une population d'agresseurs sexuels.

Merci de votre coopération.

Ph. Delmas

Monsieur Delmas philippe

7/08/2000



Dear, Mr Strahan

I will use the french translation of your short forms of the Marlowe-Crowne social desirability Scale for my doctorat dissertation at the University of Montreal. Your accord to use your scale is necessary to continue my research.

Thanking you for your cooperation

Yours truly

Ph. Delmas