

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (PROFIL MÉMOIRE)

PAR
NICOLE JACOB

VÉRIFIER LA NATURE
DES RELATIONS ENTRE LA HARDIESSE, LE CONTEXTE PROFESSIONNEL,
LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET LA PERCEPTION
DE L'INTENSITÉ DES STRESSEURS OCCUPATIONNELS
ENVERS LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ
LES INFIRMIÈRES SOIGNANTES
DU QUÉBEC

OCTOBRE 2013

Sommaire

Au Québec, plusieurs infirmières disent ressentir un mal-être, possiblement dû aux conditions de travail qui existent dans les établissements du réseau public de santé. Cependant, certaines de leurs consœurs, issues d'un même milieu de travail, continuent d'éprouver de la satisfaction malgré les exigences que leur impose leur profession. En réponse à cette divergence d'attitudes, un nombre d'études proposent que l'existence d'un style de fonctionnement, la hardiesse, puisse préserver d'un état de détresse en modulant l'effet néfaste des stressseurs. Le but de cette étude est de vérifier la nature du lien qui existe, entre la hardiesse et la détresse psychologique, auprès des infirmières soignantes du Québec. À l'aide d'un devis corrélationnel prédictif, 746 infirmières ont répondu à un questionnaire en ligne cherchant à évaluer le rôle prédictif de la hardiesse, du contexte professionnel, d'éléments sociodémographiques et de la perception de l'intensité des stressseurs occupationnels envers la détresse psychologique. Les résultats démontrent une corrélation significative, négative et de forte intensité, entre la hardiesse et la détresse psychologique, et ce, malgré l'apport significatif de la charge de travail, des conflits entre collègues et du nombre d'années d'expérience. Puisque, à elle seule, la hardiesse explique la variation de la détresse psychologique dans un ordre de 27,1 %, les résultats de la régression multiple hiérarchique s'annoncent comme une plate-forme pour lancer de nouvelles recherches axées sur le développement de la hardiesse des infirmières, ou encore sur l'intégration de ce concept à la discipline. Cependant, et à titre de conclusion, il importe de souligner que si l'apprentissage de la hardiesse s'avère une avenue prometteuse, la discordance constatée entre le taux de détresse des infirmières

d'aujourd'hui, par rapport au taux enregistrés lors d'études antérieures, ouvre les yeux sur une réalité inédite : à force de travailler dans un environnement qui exige un « niveau de fonctionnement critique » (Roy, 2009), il semblerait que la hardiesse des infirmières soignantes du Québec finisse par s'éteindre.

Mots clés : Modèle de l'adaptation de Roy, hardiesse, détresse psychologique, infirmières soignantes du Québec, conflits entre collègues, charge de travail, années d'expérience.

Cette recherche a été réalisée grâce à l'obtention de la Bourse MELS-Universités (maîtrise)

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xii
Introduction	1
Problématique de recherche	4
Cadre de référence	11
Modèle de l'Adaptation de Roy (1976, 2009)	12
Théorie de la hardiesse de Maddi et Kobasa (1984)	16
Articulation de la recherche	18
Recension des écrits	21
Exploration de la détresse psychologique et de la hardiesse	22
Détresse psychologique	22
Hardiesse	24
Existence d'un lien entre la détresse psychologique et la hardiesse	26
Éléments qui influencent la relation entre la détresse psychologique et la hardiesse	33
Stimuli provenant du contexte professionnel de l'infirmière	33
Stimuli provenant des caractéristiques sociodémographiques de l'infirmière	36
Perception de l'intensité du stress	37

Synthèse	39
But de l'étude et hypothèses de recherche	40
Méthode	42
Type d'étude	43
Variables de l'étude et outils de mesure	43
Définitions conceptuelle et opérationnelle de la détresse psychologique	45
Définitions conceptuelle et opérationnelle de la hardiesse	47
Définitions des variables en provenance de l'environnement de l'infirmière	49
Stimuli focaux et contextuels	49
Stimuli résiduels	49
Déroulement de l'étude	50
Plan d'échantillonnage	52
Population à l'étude	52
Critères d'admissibilité	52
Taille de l'échantillon	53
Plan d'analyse des données	54
Considérations éthiques	56
Limites de l'étude	58
Résultats	59
Description de l'échantillon	60

Description des résultats	62
Description de la détresse psychologique	62
Description de la hardiesse	62
Description de la perception de l'intensité des stressseurs occupationnels	64
Description de l'influence des variables indépendantes envers la détresse psychologique et vérification de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique	64
Description de l'influence de la hardiesse envers la détresse psychologique	65
Description de l'influence du contexte professionnel envers la détresse psychologique	67
Description de l'influence des caractéristiques sociodémographiques envers la détresse psychologique	67
Description de l'influence de la perception de l'intensité des stressseurs occupationnels envers la détresse psychologique	68
Vérification de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique.	68
Discussion et recommandations	74
Qualité de l'échantillon	75
Présentation des résultats	77
Taux de détresse psychologique de l'échantillon	77
Taux de hardiesse de l'échantillon	78

Influence des variables indépendantes influentes envers la détresse psychologique et validation de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique.....	81
Influence de la hardiesse envers la détresse psychologique	81
Influence du contexte professionnel envers la détresse psychologique	82
Le nombre d'années d'expérience	82
Influence de la perception de l'intensité des stresseurs occupationnels envers la détresse psychologique	83
La charge de travail	83
Les conflits entre collègues	84
Validation de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique ...	86
Regard sur les variables non influentes	89
Recommandations et discussion	90
Forces et limites	93
Conclusion	95
Références	97
Appendice A. <i>Indice de détresse psychologique (IDPESQ-14)</i>	108
Appendice B. <i>Échelle des points de vue personnels</i>	110
Appendice C. <i>Échelle des stressors en soins infirmiers</i>	116
Appendice D. Demandes d'autorisation et réponses	120
Appendice E. Engagement de confidentialité	128

Appendice F. Courriels d'invitation	130
Appendice G. Formulaire de consentement	133
Appendice H. Approbation du comité d'éthique	139
Appendice I. Matrice de corrélation	141

Liste des tableaux

Tableau

1	Distribution des sujets selon leurs caractéristiques	61
2	Moyenne, intervalle de confiance et écart type de la détresse psychologique	63
3	Moyenne, intervalle de confiance et écart type de la hardiesse	63
4	Moyenne, intervalle de confiance et écart type de la perception de l'intensité des stressors occupationnels	65
5	Sommaire des résultats de l'analyse bivariée	66
6	Matrice de corrélation	A I
7	Tableau récapitulatif des modèles	71
8	Régression multiple entre le score global de détresse psychologique et ceux des variables étudiées ($n = 746$)	72

Liste des figures

Figure

1	Représentation du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) pour le vécu des infirmières soignantes du Québec.	14
2	Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984) : Influence de la hardiesse sur le choix des stratégies d'adaptation.	19
3	Représentation visuelle de l'articulation de la recherche.	20
4	Organisation des variables de l'étude en fonction du cadre de référence choisi.	44
5	Classification des variables indépendantes.	57

Ce mémoire de maîtrise est dédié à ma fille

Maude Jacob-Daignault

Ainsi qu'à mon mari

Shawn Aitken

Au fond, on ne sait que lorsqu'on sait peu;

avec le savoir croît le doute

Johann Wolfgang von Goethe

Remerciements

D'emblée, il me faut remercier chaleureusement mon directeur et ma co-directrice de mémoire. Grâce à leur sagacité et leurs précieux conseils, monsieur Mario Lepage et madame Chantal Saint-Pierre ont réussi un tour de force : arrimer mon côté philosophique à cette réalité scientifique qui me fascine, et ainsi garder la présente recherche axée sur l'énoncé du problème. Mes remerciements vont aussi à tous ceux qui ont contribué à ce projet à des degrés divers. Plus spécifiquement, je me dois de mentionner le soutien de messieurs Guy Bélanger et Jacques-Bernard Gauthier, sans oublier de souligner l'apport extraordinaire de monsieur Éric Tchouaket, à qui je voue une immense gratitude.

Je tiens aussi à remercier toutes les infirmières et les infirmiers qui ont choisi de participer à cette étude; sans elles et sans eux, de précieuses informations seraient tombées dans l'oubli. Dans un même élan, je souhaite signaler l'appui du MELS; grâce à leur contribution financière, cet organisme subventionnaire a facilité l'aboutissement de ce projet.

Finalement, il serait impossible d'apposer le point final avant d'avoir applaudi la patience et l'amour sans égal de ces deux êtres chers que sont ma fille, Maude, et mon époux, Shawn. Leur soutien, leur compréhension et, parfois même, leur humour, ont facilité la réalisation d'un projet qu'ils savaient me tenir à cœur.

Merci.

Introduction

Il semble que les infirmières soignantes du Québec subissent le contrecoup d'un phénomène social généralisé : l'exigence d'une performance sans failles et sans reproches de la part de leurs employeurs. À une description de tâches, déjà fort complexe, vient s'ajouter le poids de stressseurs occupationnels toujours présents. Ceci oblige l'infirmière soignante du Québec à pactiser avec d'anciennes lacunes organisationnelles que sont le manque de personnel et, par ricochet, le surcroît de travail (Lavoie-Tremblay & al., 2004; Viens, Lavoie-Tremblay & Mayrand Leclerc, 2007). Pour certaines d'entre elles, des facteurs d'ordre familiaux et sociaux peuvent même s'ajouter à leur vécu professionnel; il faut penser aux responsabilités familiales accrues ou encore à un faible réseau de soutien (Greeff, Vansteenwegen & DeMot, 2006).

Bien que plusieurs études à visée managériale aient produit des résultats en lien avec la psychodynamique du travail (Bourbonnais & al., 2005), il n'en demeure pas moins que certaines infirmières soignantes du Québec continuent de présenter un taux alarmant de stress. Afin de jeter un regard complémentaire aux recherches existantes, la présente étude aborde une autre facette de cette problématique en examinant le phénomène sous l'angle de l'individu : la faculté d'adaptation. Puisque certaines infirmières, lorsqu'en bute aux aléas et embûches de leur situation de travail, semblent se tourner vers une force intérieure qui les aide à trouver un sens à leur réalité professionnelle, une avenue

de recherche est de poser un regard sur une qualité intrinsèque qui leur permette d'apprivoiser les stressseurs.

L'analyse de cette facette de la santé mentale, qu'est le bien-être mental, est le thème du présent mémoire. Ce dernier est composé de six chapitres. Après avoir abordé la problématique de recherche au premier chapitre, le deuxième chapitre présente le cadre de référence – soit le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) et la Théorie de la hardiesse de Maddi et Kobasa (1984) – autour duquel vont s'articuler les variables à l'étude. Le troisième chapitre constitue la recension des écrits, et conduit au but de l'étude et aux hypothèses de recherche. Le quatrième chapitre illustre la méthode de recherche où sont décrits, entre autres, les variables à l'étude et les outils de mesure, le plan d'échantillonnage, le plan d'analyse des données et les considérations éthiques. Puis, après avoir présenté les résultats des analyses au chapitre cinq, le chapitre six en propose l'interprétation, laquelle est suivie de l'énoncé de recommandations. Un survol des forces et limites de l'étude vient clore ce dernier chapitre.

Problématique de recherche

Une simple règle de trois permet d'affirmer que la majorité des gens passent le tiers de leur vie au travail. En plus de procurer des revenus, le travail contribue à promouvoir l'estime de soi, à fournir un sentiment d'appartenance et à générer une sensation d'accomplissement personnel (Institut national de santé publique du Québec, 2006; Chaire en Gestion de la Santé et de la Sécurité du Travail dans les Organisations, 2009).

Si certains s'avouent heureux de leur sort, d'autres semblent souffrir de problèmes de santé psychologique en lien avec le travail (Lavoie-Tremblay & al., 2004). Non seulement cette période féconde de la vie peut devenir le siège d'une tourmente intérieure, mais le mal-être qui en résulte parfois représente une entorse à la santé mentale (Duxbury et Higgins, 2001; Bourbonnais & Gauthier, 2006; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). Il n'en fallait pas moins pour susciter l'inquiétude de la chercheuse. Cette préoccupation fut attisée au contact d'infirmières du réseau public de la santé du Québec; après aussi peu que six mois de pratique, plusieurs d'entre elles disent vivre une forme d'épuisement qu'elles attribuent à un environnement de travail stressant. Quand on reconnaît que le lien étroit, entre l'infirmière et le soigné, confère à cette première un rôle crucial lors d'épisodes de soins, il est désolant, tout aussi qu'inquiétant, de constater l'état de démoralisation vécu par certaines infirmières.

Au Québec, des données indiquent que 62,4 % des infirmières et infirmiers ont déclaré vivre des troubles psychologiques en lien avec leur travail, tandis que 54 % des travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier présentent des signes élevés de détresse, contre, en moyenne, 20 % pour l'ensemble de la population du Québec (Brun, Biron, Martel & Ivers, 2003; Institut canadien d'information sur la santé, 2005). De plus, Brun et al. (2003) avancent que les infirmières soignantes courent 6,2 fois plus de risque de maladies psychologiques que leurs consœurs occupant des postes hors des centres hospitaliers. Ces taux représentent une forte augmentation par rapport à une enquête effectuée en 1997, laquelle indiquait que 41 % des infirmières déclaraient ressentir un stress élevé (Bourbonnais, Comeau, Dion & Vézina, 1997). À ce point, il devient intéressant de jeter un regard sur les causes potentielles de ce qui semble être un crescendo de découragement chez les infirmières.

En 1974, une nouvelle politique fut lancée afin d'améliorer l'état de santé des canadiens et réduire les inégalités en matière de santé (Lalonde, 1974). Cette initiative donna lieu à de nombreuses réformes du système de santé, entraînant, du même coup, un manque de personnel ainsi qu'un surcroît de travail (Bourbonnais & al., 1998). Plus de deux décennies s'étaient écoulées lorsque l'étude de Bourbonnais et al. (1998) associa ces bouleversements occupationnels aux difficultés d'adaptation et aux troubles psychologiques vécus par les infirmières. Si l'infirmière d'alors était débordée, elle le sera encore plus dans les années à venir. Les chiffres prévoient l'exode d'un nombre imposant d'infirmières entre 2001 et 2015, dans un temps où on assiste à un

vieillessement de la population (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 1998). En dépit des efforts déployés, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007) estime qu'il y aura encore un nombre insuffisant d'infirmières en 2022, année où le besoin atteindrait 89 000. À mesure que la pénurie s'accroît, s'ensuit une recrudescence de travail supplémentaire obligatoire, ce qui rend difficile la conciliation travail et vie personnelle (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Greeff & al., 2006).

En ce tournant du siècle, plusieurs facteurs, tels la réingénierie des organisations, en lien avec les fusions d'entreprise, la mondialisation des services de santé ainsi que la rapidité des changements technologiques contribuent à maintenir le problème. Ces éléments font en sorte que les travailleurs doivent composer avec des contraintes budgétaires de plus en plus importantes, et à travers desquelles la gestion leur demande de faire preuve d'un savoir-faire sans précédent (Organisation mondiale de la santé, 2005; European Agency for Safety and Health at Work, 2003). Pour l'infirmière soignante du Québec, ces restrictions se superposent à une liste de contraintes déjà existantes, dont font partie le manque de personnel, le surcroît de travail et les horaires tant imposés qu'imprévisibles (Lavoie-Tremblay & al., 2004; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). À ces piètres conditions (Institut national de santé publique du Québec, 2006; Institut de la statistique Québec, 2008; Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2011), viennent s'ajouter des

relations conflictuelles avec les gestionnaires et au sein des équipes de travail (Lavoie-Tremblay & al., 2004; Berland, Natvig & Gundersen, 2007).

Le malaise psychologique des travailleurs est devenu une préoccupation d'envergure mondiale (Organisation mondiale de la santé, 2006; Knapp, McDaid, Mossialos & Thornicroft, 2007). Une enquête du Bureau international du travail (BIT), touchant cinq pays industrialisés – soient les États-Unis, la Grande Bretagne, l'Allemagne, la Finlande et la Pologne – estime qu'environ 20 % de la population adulte américo-européenne souffre d'un problème de santé mentale en lien avec les conditions de travail vécues (Knapp & al., 2007). Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (2005) insiste sur le fait que les problèmes de santé mentale des travailleurs et travailleuses font partie des risques les plus importants, et les plus négligés, jusqu'à présent. À ce sujet, le Québec se fait pointer du doigt : décrochant le premier rang de toutes les provinces canadiennes, le pourcentage de québécois, accusant un niveau de stress élevé, dû au travail, se situe en moyenne à 20,0 %, soit 16,6 % des hommes et 23,2 % des femmes. Ce taux s'élève à 31 % chez les infirmières et à 27 % chez les infirmiers (Statistique Canada, 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de statistique du Québec, 2011).

Ne pas aborder la détresse psychologique des infirmières pourrait avoir de graves conséquences : au Québec, 86,7 % (57 477) de l'effectif infirmier est considéré occuper des postes cliniques (Marleau, 2009), ce qui en fait le premier groupe en importance

(Institut national de santé publique du Québec, 2006) à dispenser des soins aux patients. Il est donc inquiétant d'apprendre que 11 % des infirmières admettent avoir été diagnostiquées pour une dépression, que 9,4 % avouent prendre des antidépresseurs et que 4,9 % affirment consommer des dérivés de morphine tandis qu'un 7,2 % leur préfèrent des somnifères (Institut canadien d'information sur la santé, 2005). De plus, 15,4 % avaient déclaré que leur état mental avait nuit à la capacité d'accomplir certaines tâches professionnelles (Institut canadien d'information sur la santé, 2005). À ce sujet, la firme d'actuariat Watson Wyatt Worldwide (2007) présente un fait surprenant; contrairement à la croyance des gestionnaires, 56 % des employés, souffrant de problèmes psychologiques en lien avec les stressors occupationnels, se rendent tout de même au travail malgré le fait qu'ils se disent dans l'incapacité de donner un rendement satisfaisant, et encore moins sécuritaire. Dès lors, il devient aisé à quiconque de comprendre qu'une infirmière en état de présentéisme (Cooper & Dewe, 2008) puisse représenter un danger pour la santé et la vie de ses patients.

La situation idéale serait que chaque infirmière puisse se sentir heureuse de travailler. Au cours des dernières décennies, de nombreuses recherches ont étudié la réorganisation de l'environnement et la psychodynamique du travail des infirmières (Lavoie Tremblay & al., 2004; Bourbonnais & al., 2005; Bourbonnais & Gauthier, 2006). Malheureusement, certains projets d'intervention novateurs tardent à se réaliser car ils se butent, entre autres, aux coupures budgétaires qui prévalent dans le système de santé actuel. Il n'en demeure pas moins que, face aux besoins de santé grandissants de la

population, l'infirmière soignante du Québec voit sa tâche professionnelle augmenter. À moins qu'elle n'arrive à se protéger adéquatement des stressors occupationnels, elle risque fort de devenir celle qui aura besoin de soins.

Malgré tout, une question demeure : Dans le système de santé actuel, comment se fait-il que certaines infirmières arrivent à se prémunir contre les lésions psychologiques, inhérentes au milieu, tandis que d'autres sombrent sous le poids des stressors? Il semblerait que, pour ces premières, le bien-être ne soit pas qu'assujéti à des facteurs externes, ce qui invite à jeter un regard sur la possibilité qu'il existe une capacité innée, ou acquise, à surmonter les situations traumatiques (Kobasa, 1977, Maddi & Kobasa, 1984).

Ce constat devient un arrimage capital, et c'est donc du point de vue de la promotion du bien-être mental, vision adoptée par la présente recherche, que cette étude entend aborder le phénomène de la détresse des infirmières soignantes et des infirmiers soignants du Québec. Conséquemment, l'objectif général de la présente étude vise à établir s'il existe un lien entre certains styles de fonctionnement, et la préservation du bien-être psychologique, chez les infirmières soignantes du Québec.

Cadre de référence

Tel que présenté au chapitre précédent, les infirmières sont confrontées à des stressseurs occupationnels dont le principal semble être la surcharge de travail. Par contre, leurs réactions opposées, face à l'adversité, permet d'avancer que la signification que l'infirmière accorde aux stimuli de son environnement puisse se retrouver au centre de l'équation. Ceci présuppose que ce phénomène puisse être abordé en regard d'une capacité individuelle d'adaptation (Ilfeld, 1976). Le texte qui suit dévoile comment le fait d'aborder la problématique à l'étude, à l'aide du cadre de référence choisi, permet de jeter un éclairage sur la détresse psychologique des infirmières : le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) encadre le fait que les infirmières travaillent dans un environnement déroutant, mais que certaines s'en sortent grâce à un style de fonctionnement hardi, nommé « hardiesse » (Maddi & Kobasa, 1984).

Ce chapitre fait suite à la problématique de recherche et se divise en deux parties. La première partie décrit le cadre de référence, composé du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) et de la Théorie de la hardiesse de Maddi et Kobasa (1984), tandis que la deuxième partie dépeint l'articulation de la recherche autour de ces théories.

Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009)

En santé mentale, il est rare qu'un phénomène soit tout blanc ou tout noir; à preuve, chaque infirmière négocie son environnement de travail selon ses capacités. Pour Roy

(1976, 2009), cette transaction résulte en une réponse d'adaptation faisant partie intégrante d'un processus complexe dans lequel la capacité unique de s'adapter aux stressseurs dépend du répertoire de stratégies déployé par chacun (Roy, 1976, 2009). L'importance de réussir cette transaction réside dans la nécessité, pour l'être humain, de maintenir une cohésion fondamentale entre lui, ses congénères et l'univers (Roy, 1988).

Pour Roy (1976, 2009), la richesse de l'expérience humaine provient du fait que chacun se conduit dans un but réfléchi et non dans une séquence de cause à effet. En conséquence, son modèle d'adaptation place la personne au cœur de sa propre expérience de vie. Elle compare l'être humain à un système. D'un côté, il s'efforce de composer avec les stimuli provenant de l'environnement externe – soit l'événement déclencheur et le contexte – et de l'environnement interne – qu'est la perception. D'un autre côté, il utilise des mécanismes d'adaptation qui devraient lui permettre de conserver son intégrité et d'assurer sa propre protection. La réponse d'adaptation, c'est-à-dire le comportement issu de cette transaction avec l'environnement, peut s'avérer heureuse, ou non, selon la qualité de la stratégie utilisée. La Figure 1 offre une représentation du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009), pour la présente étude, en remplaçant en contexte les grandes lignes de la réalité des infirmières soignantes du Québec. À la gauche (Figure 1), se trouve l'*Environnement* d'où émergent les stimuli pouvant provoquer le déploiement de stratégies d'adaptation. Il y a d'abord le contexte professionnel de l'infirmière, suivi des caractéristiques sociodémographiques et, en dernier lieu, de la perception qu'a l'infirmière de sa situation.

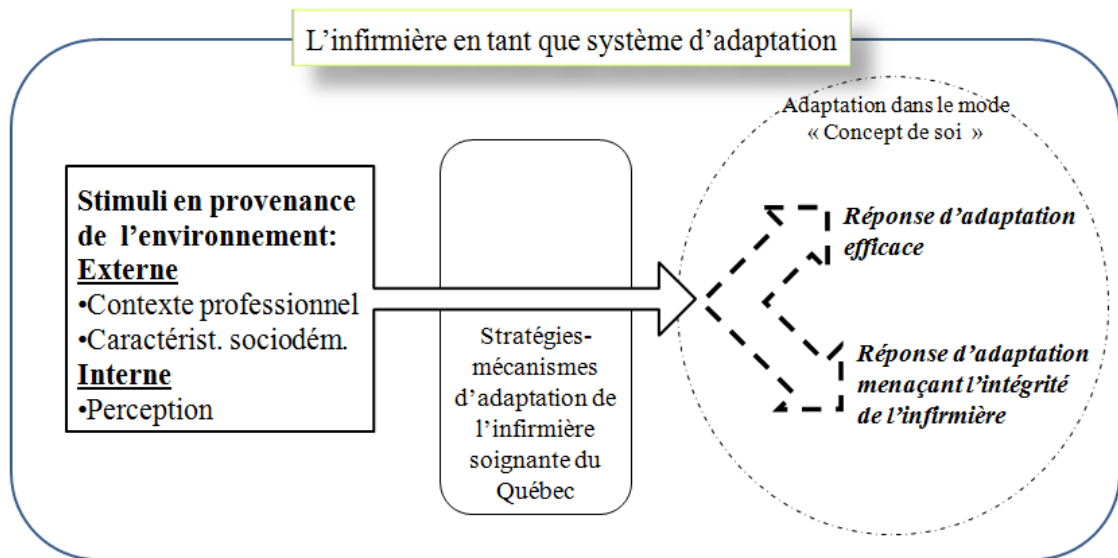


Figure 1. Représentation du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) pour le vécu des infirmières soignantes du Québec.

Toujours selon Roy, tous ces facteurs peuvent contribuer, par le biais d'un mécanisme d'adaptation cognitif, au choix d'une stratégie d'adaptation, au profit d'une autre; ceci aura pour effet d'augmenter, ou d'amoindrir, la capacité de s'adapter. L'infirmière qui désire conserver son intégrité, dans un univers sur lequel elle n'a que peu d'emprise, cherchera nécessairement à utiliser un mécanisme d'adaptation qui lui paraît opportun.

Le premier chapitre a abordé l'état de mal-être chez certaines des infirmières soignantes du Québec. Il découlerait d'une forte demande en lien avec une faible capacité d'adaptation, ou encore avec des mécanismes d'adaptation non appropriés à la situation. Par contre, si l'infirmière adopte un mécanisme d'adaptation efficace, elle pourra se sentir compétente dans sa propre vie et développer son estime de soi. Roy

rattache l'évaluation de cette facette de l'être humain au mode *Concept de soi*. Des quatre modes d'adaptation suggérés par l'auteure – *Physiologique, Concept de soi, Fonction selon les rôles et Interdépendance* (Roy, 2009) – cette recherche identifie le mode *Concept de soi* pour accompagner l'étude du phénomène. Ce choix permettra de considérer l'adaptation de l'infirmière selon son intégrité psychique, sa perception et ses valeurs, tout en s'éloignant d'une approche mécaniste de la santé ou encore de normes sociales reliées au bien-être mental.

À ce jour, le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) a servi à l'élaboration d'études empiriques infirmières voulant faire l'analyse d'une capacité d'adaptation. Au Québec, Ducharme, Ricard, Duquette, Lévesque et Lachance (1998) ont produit une recherche étalon en vérifiant empiriquement ce modèle selon le mode concept de soi. C'est à l'aide d'une analyse d'équation structurelle, basée sur les résultats de quatre études longitudinales, que les auteurs ont pu vérifier empiriquement les déterminants de l'adaptation de 868 participants souffrant de problèmes de santé mentale, et cibler un rapport de réciprocité entre les comportements d'évitement et la détresse psychologique.

En comparant la personne à un système d'adaptation, Roy (1976/2009) englobe la majeure partie des processus en lien avec le phénomène d'adaptation, incluant l'importance de la quantité et de la gravité des stimuli auxquels la personne est soumise. Toutefois, et malgré la complexité du modèle, une limitation est à considérer : il ne précise pas la teneur de l'attitude de l'infirmière qui présente une réponse positive à son

environnement, et n'offre que peu d'informations sur lesquelles se baser pour intégrer la signification qu'une personne accorde aux stimuli qu'elle doit gérer. À ce point, la théorie de la hardiesse se présente comme un ajout tout indiqué puisqu'elle met en lumière l'attitude de l'infirmière qui arrive plus facilement à s'adapter.

Théorie de la hardiesse de Maddi et Kobasa (1984)

Tandis que, pour certaines infirmières soignantes du Québec, les mécanismes d'adaptation sont tels qu'elles se disent satisfaites et qu'elles semblent conserver leur intégrité et leur estime de soi, d'autres affirment se sentir incapables de transiger avec les multiples stressors. Conséquemment, elles vivent une impasse quant à leur incapacité d'adaptation en lien avec leur rôle professionnel. Cette difficulté à se protéger peut se traduire en un état de détresse psychologique.

Kobasa (1979) avance que la personnalité du travailleur est un élément décisif, lequel influence sa réaction en vue de s'adapter à l'environnement de travail. En 1984, Maddi et Kobasa ont circonscrit, et défini, une caractéristique de la personnalité, qu'ils ont nommé hardiesse, et qui a donné naissance à la théorie du même nom. Ces auteurs divisent la théorie en deux parties. La première désigne les événements stressants, soient la tension et la maladie, comme étant les composantes de la mécanique des troubles physiques et mentaux. Dans le cadre de la présente étude, l'ensemble des stressors, en lien avec la réalité infirmière, a été abordé à l'aide de la représentation des stimuli telle que proposée par le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009). La deuxième partie de

la théorie de la hardiesse (Maddi & Kobasa, 1984) avance que trois systèmes tampons – la personnalité hardie, les saines habitudes de vie et le *Coping transformationnel* – offrent la capacité de moduler les effets nuisibles des stressseurs et, par le fait même, de protéger son hôte (Maddi & Kobasa, 1984; Delmas, Duquette, & Pronost, 2007).

De ces trois systèmes tampons, seule la hardiesse est retenue pour l'étude du phénomène. En effet, l'adoption de saines habitudes de vie demande à être considérée dans le cadre d'un environnement favorable, lequel, pour les infirmières soignantes du Québec, nécessiterait de se positionner du point de vue de la gestion. Quant au *Coping transformationnel*, il s'agit d'un programme de renforcement de la hardiesse à être déployé lorsque les résultats de recherche viennent témoigner de son utilité auprès d'une population.

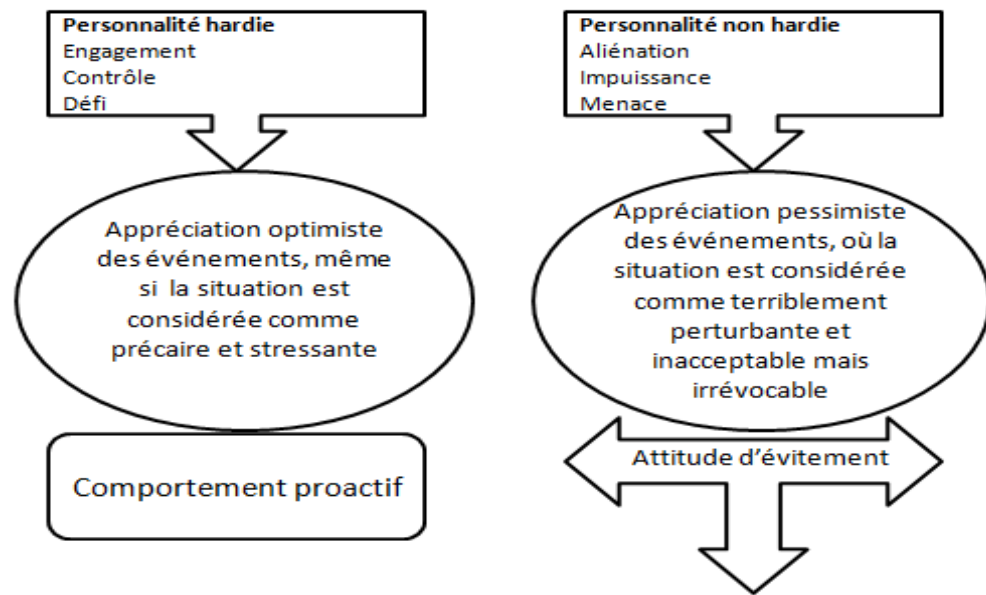
Au-delà d'une réponse réflexe, la hardiesse, ou « personnalité hardie » émane d'une prédisposition psychologique individuelle issue du *Sens de l'engagement*, du *Sens de la maîtrise* et du *Sens du défi* (Maddi & Kobasa, 1984). Le sens de l'engagement reflète une aptitude, et un enthousiasme, à s'impliquer de façon authentique et d'en avoir du contentement. Quant au sens de la maîtrise, il serait l'attribut d'une personne qui a confiance que sa capacité décisionnelle puisse lui conférer un certain pouvoir d'influence sur sa vie. Finalement, le sens du défi revient à la personne qui accorde une

signification à sa vie, au-delà des artifices. Elle perçoit le changement comme faisant partie intégrante d'un processus nécessaire et non comme une calamité (Maddi, 1999; Delmas & al., 2007).

Selon Kobasa (1979), les personnalités hardies jouissent d'une meilleure existence et d'un état de bien-être mental. En effet, lorsqu'elles font face à une situation stressante, elles ont tendance à choisir une attitude d'engagement, donnant lieu à un sentiment de contrôle. Contrairement à leurs consœurs, les infirmières moins hardies démontreraient une propension pour les attitudes d'évitement, de combat ou de fuite, faisant ainsi place à la victimisation (Figure 2) (Maddi & Kobasa, 1984; Maddi, 2006). Pour l'infirmière, le fait de posséder une attitude hardie lui permettrait de se servir de l'adversité, c'est-à-dire des stressseurs générés par son environnement de travail, comme d'un tremplin vers la croissance personnelle (Delmas & al., 2007).

Articulation de la recherche

La Figure 3 rassemble les éléments du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) en y incluant la hardiesse (Maddi & Kobasa, 1984); placée en amont des stimuli et de la perception, la hardiesse est vue comme la signification que la personne donne aux événements. Il est vrai que l'infirmière doit évoluer dans un milieu de travail qui l'oblige à composer avec les stressseurs, et que sa perception de la situation est partiellement reliée à sa capacité d'adaptation (Roy, 2009; Lazarus & Folkman, 1984; Maddi & Kobasa, 1984). Cependant, le fait de démontrer une aptitude à répondre positivement



(Traduit et adapté de Maddi & Kobasa, 1984, Figure 3-2, p. 33)

Figure 2. Modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984) : Influence de la hardiesse sur le choix des stratégies d'adaptation.

à son environnement pourrait faire en sorte d'atténuer sa perception des stimuli. Ceci lui permettrait de se réaliser professionnellement tout en conservant son intégrité mentale et son estime de soi (Maddi & Kobasa, 1984). À l'opposé, si la signification accordée porte l'infirmière à ressentir les défis majeurs comme étant insurmontables ou menaçants, il s'ensuit une difficulté d'adaptation pouvant résulter en un état de détresse psychologique (Ilfeld, 1976; Lazarus & Folkman, 1984; Maddi & Kobasa, 1984).

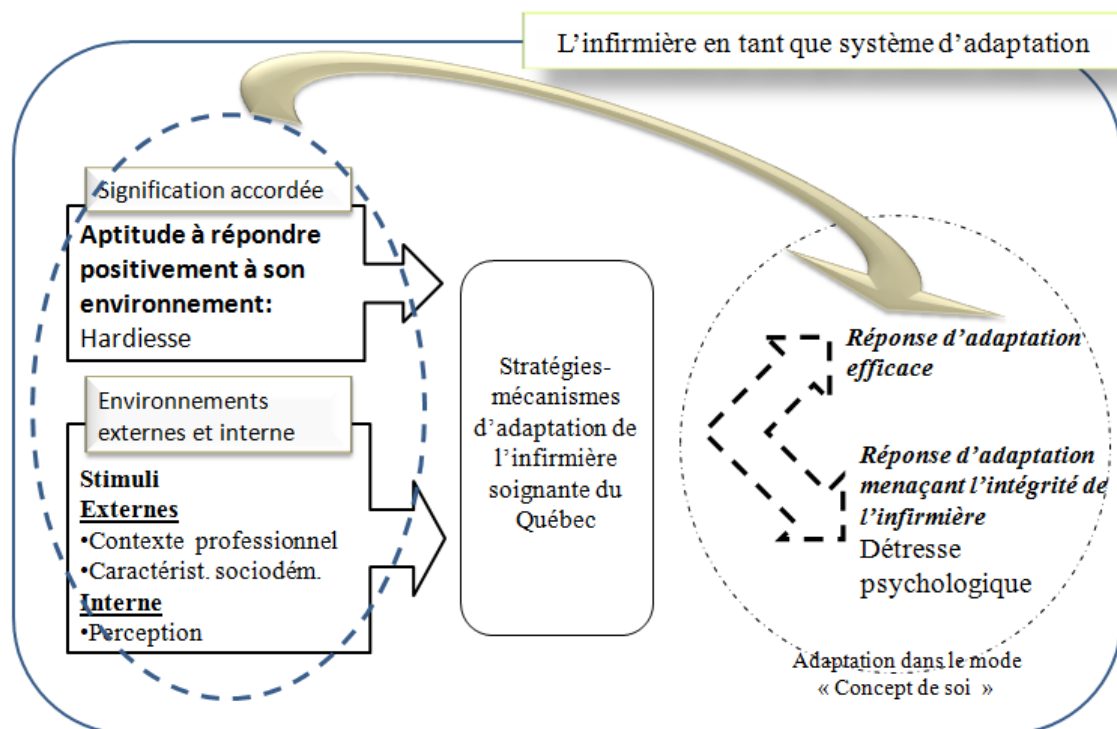


Figure 3. Représentation visuelle de l'articulation de la recherche

Recension des écrits

Le chapitre trois porte essentiellement sur la recension des écrits et se divise en cinq parties. La première partie explore la détresse psychologique et la hardiesse. La deuxième partie vise la recension des écrits traitant de l'existence d'un lien, entre ces dernières, auprès d'une population infirmière. La troisième partie aborde l'influence de l'environnement. Finalement, une synthèse est présentée en quatrième partie tandis que la cinquième partie regroupe le but de l'étude et les hypothèses de recherche.

Exploration de la détresse psychologique et de la hardiesse

Détresse psychologique

La détresse psychologique est à mettre en lien avec ce que Roy (1976, 2009) qualifie de réponse d'adaptation non efficace. Mais avant même d'aborder cette variable, à titre de mesure de la réponse aux stressors, il faut s'attarder aux différentes orientations théoriques de son ancêtre; le stress. Au départ, la notion du stress découle du Syndrome général d'adaptation de Selye (1974) et est présenté comme une réponse non spécifique de l'organisme. Cette réponse est consécutive à une demande, ou sollicitation, exercée sur l'organisme (Selye, 1974), pouvant aller jusqu'à provoquer l'épuisement de la personne qui les vit (Selye, 1974). Puisque cette réponse est considérée constante et stéréotypée, elle ne peut évidemment pas expliquer les réactions opposées des infirmières.

Face à la difficulté, du Syndrome général d'adaptation, d'expliquer une différenciation de la résistance au stress (Lazarus & Folkman, 1984), les définitions se sont multipliées dû aux nouvelles approches visant sa compréhension (Cox, 1978). C'est ainsi que Lazarus et Folkman (1984) proposèrent une orientation comportementale du stress, donnant lieu à la théorie sous-jacente au *Modèle transactionnel du stress et du coping*. Ces auteurs expliquent que tout individu, lorsque mis en face de stressseurs, sera porté à réagir s'il juge la situation de dépossédante puisqu'excédant ses capacités et ses ressources (Lazarus & Folkman, 1984). Ce modèle évoque une approche transactionnelle de la réponse au stress, où la réaction au stress dépend de la perception que la personne en a. Cette perception provient principalement de l'évaluation de la situation, par l'individu (Lazarus & Folkman, 1984).

En rattachant le stressseur à la perception cognitive que la personne a de ce dernier, Ilfeld (1976) présente un point de vue semblable en ce sens qu'il relie le stress à l'expérience émotionnelle qui s'en dégage. Cette position se révèle d'un grand intérêt pour la présente recherche puisqu'elle rejoint la réalité des infirmières soignantes du Québec. Peu importe la véracité de l'évaluation qu'elle en fait, l'infirmière qui a la conviction de n'avoir que peu d'emprise sur les stressseurs occupationnels pourrait se sentir submergée par ces derniers. À moins de posséder des ressources lui provenant d'un style de fonctionnement hardi, elle pourrait se croire dans une impasse la menant tout droit à un état de détresse psychologique.

Ifeld (1976) présente la « détresse psychologique » comme étant la résultante d'un ensemble d'émotions, suscitées par les stressseurs, qui ont tendance à prendre le contrôle sur le cognitif et générer une symptomatologie caractérisée par les dimensions dépression, anxiété, irritabilité et troubles cognitifs. Cet auteur a développé un instrument de mesure de la détresse psychologique à partir du *Hopkins Symptoms Distress Checklist* (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenluth & Covi, 1974). Par le fait même, il a basé son choix de quatre dimensions sur le regroupement homogène et rationnel des symptômes cliniques que sont la somatisation, le comportement obsessionnel compulsif, la sensibilité interpersonnelle, la dépression et l'anxiété (Derogatis & al., 1974).

Hardiesse

Terme originalement employé dans d'autres sphères de la science, la hardiesse, ou style de fonctionnement hardi, se définit, chez l'être humain, comme une caractéristique de la personnalité qui permet à son hôte de moduler l'effet des stressseurs (Maddi & Kobasa, 1984). Les bases de ce concept furent élaborées par Kobasa (1979); son étude mit en lumière une dichotomie des comportements face aux stressseurs et fit ressortir la présence de qualités que l'auteure attribue aux personnalités authentiques. Toutes les interactions, que ces personnes ont avec leur environnement, sont établies à partir d'un système de croyances et de valeurs voué à la croissance et à l'évolution (Kobasa, 1977). Cette étude marque un jalon entre une orientation, jusqu'alors pathogénique, et une orientation salutogénique du bien-être mental (Delmas, 2001). Telle une ressource

supplémentaire, la hardiesse s'impose lorsqu'il s'agit de faire preuve d'une plus grande autonomie ou de faire la paix avec la vie (Kobasa, 1977).

Kobasa (1979) fut la première à formuler le terme « hardiesse » pour caractériser un type de personnalité. Dans le cadre d'une étude rétrospective, un échantillon, composé de 161 gestionnaires cadres provenant de la direction d'une entreprise de service public du centre-ouest américain, fut divisé en deux groupes. Le premier était composé de 75 gestionnaires cadres réputés avoir vécu des événements stressants qui se sont soldés par l'apparition d'une maladie. Le second groupe était composé de 86 gestionnaires cadres qui, après avoir vécu des événements d'une intensité de stress similaire, ne présentaient aucun symptôme de maladie. Les résultats globaux ont démontré une relation significative ($r = 0,24$, $p < 0,025$) entre le score total de stress et celui de maladie. De plus, à l'aide d'une analyse factorielle discriminante, une comparaison de dix-huit facteurs, tous liés à la hardiesse, fut menée entre les deux groupes. Selon l'auteure, les résultats démontrent que les gestionnaires cadres, ayant réussi à conserver leur santé, ont fait preuve de contrôle, d'engagement et de défi en présence de stress, d'où le terme « personnalité hardie » ou « hardiesse ».

En proposant la théorie de la hardiesse, l'étude de Maddi et Kobasa (1984) confirme que le *Sens de l'engagement*, le *Sens de la maîtrise* et le *Sens du défi* sont les trois facteurs déterminants, ou dimensions de la personnalité hardie. Quiconque possède cette prédisposition psychologique individuelle (Maddi & Kobasa, 1984, Maddi, 2006),

possède aussi une ressource supplémentaire sur laquelle il peut compter pour atténuer les effets du stress. Dans un même discours, ils ajoutent que la hardiesse, loin de n'être qu'une réponse réflexe, se caractérise plutôt par des attributs internes que Lang et al. (2001) résumant par un sentiment de croissance intérieure et une capacité de transcender le matériel pour trouver un sens plus profond à la vie. Pour Goodley (2000), la hardiesse est une force intérieure qui permet de tenir bon malgré l'impuissance et la défaite.

Il est vrai qu'à l'origine de cette théorie, Maddi et Kobasa (1984) ont présenté la hardiesse telle un trait de la personnalité inné, ou acquis; ceci suppose que le renforcement de la hardiesse puisse se faire à l'aide d'une intervention scientifique. À cet effet, les auteurs ont proposé le *Coping Transformationnel*, dont les techniques – le *focusing*, la reconstruction de situation et l'approche émotive-rationnelle – serviraient à cette fin. Il aura fallu quelques années pour que la hardiesse soit considérée non plus comme un « trait de la personnalité », mais plutôt comme une attitude, ou un style de fonctionnement (Maddi, 2006) auquel Bartone (2006) attribue une dimension tant cognitive, qu'émotive et comportementale. La présente recherche endosse cette nouvelle désignation lorsqu'elle fait mention de la hardiesse.

Existence d'un lien entre la détresse psychologique et la hardiesse

Depuis son émergence, la hardiesse a suscité l'enthousiasme de nombreux scientifiques qui se sont engagés dans la recherche de relations entre la hardiesse et la réponse au stress. La majorité des auteurs ont associé la hardiesse à de faibles niveaux

de détresse psychologique et à des niveaux plus élevés de bien-être subjectif (Kobasa, 1979; Maddi, 2006; Alarcon, Eschlemann & Bowling, 2009; Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez & Monteiro, 2010; Cash & Gardner, 2011), notamment chez les gestionnaires (Maddi & Kobasa, 1984; Morissette, 1993; Brun & al., 2003; Viens & al., 2007), chez les militaires en situation de combat (Bartone, 2006) ou encore chez des êtres humains placés dans des conditions extrêmes (Ben-Zur, Yagil & Oz, 2005).

Bien qu'elles s'intéressent à des populations diverses, l'intérêt de ces recherches tient dans le fait qu'elles ont toutes abordé l'apport de la hardiesse dans la gestion du stress. Cependant, avant de pouvoir statuer sur la nature du lien qui existe entre la détresse psychologique et la hardiesse, pour la population ciblée, il fallait principalement se tourner vers les recherches abordant cette relation auprès d'infirmières.

À l'aide d'une étude de type expérimental, Delmas, Duquette, Bourdeau et Pronost (2004) ont évalué une intervention de renforcement de la hardiesse auprès d'infirmières françaises en utilisant les techniques du *Coping Transformationnel* (Maddi & Kobasa, 1984). Un échantillonnage de 70 infirmières a servi à former un groupe témoin ($n = 35$) et un groupe contrôle ($n = 35$). L'intervention de 15 heures, échelonnée sur trois mois, a donné lieu à une augmentation de la hardiesse, en tant que caractéristique de la personnalité, ainsi qu'à un accroissement de la performance, et ce, pour une durée de quatre mois. La hardiesse fut mesurée à l'aide de l'*Échelle des points de vue personnels* (Kérouac & Duquette, 1992) à 50 items tandis que l'*Échelle des Stresseurs en Soins*

Infirmiers (ÉSSI) (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995) à 34 items fut utilisée pour la mesure du stress. Après intervention, il fut possible de voir une différence statistiquement significative entre la moyenne d'intensité du stress occupationnel des infirmières moins hardies ($F = 2,61, p > 0,05$) et celle des infirmières hardies ($F = 13,66, p < 0,05$). Les auteurs affirment que ces résultats sont cohérents avec les résultats d'études antérieures (Delmas, 1999; Carlier, 2000). Une des forces de cette recherche est de démontrer que la résistance au stress puisse être étroitement associée à la hardiesse et qu'il devient possible d'y adjoindre des activités de promotion/prévention de la santé. Une limite, identifiée par les chercheurs, serait la difficulté de reproduire une telle étude sans la collaboration de la direction et des médecins. En contrepartie, la force de cette recherche réside dans l'utilisation d'un devis expérimental impliquant des groupes homogènes et représentatifs de la population.

Partant du principe que la majeure partie du problème provient du stress au travail, et que la hardiesse puisse avoir une influence positive sur la capacité d'adaptation, Hurst et Koplín-Baucum (2005) ont réalisé une étude qualitative descriptive afin de comprendre l'influence de la hardiesse, en tant que caractéristique de la personnalité, sur la résilience des infirmières d'un hôpital du sud-ouest des États-Unis. L'échantillon est composé de 17 infirmières et de 2 infirmiers ($n = 19$) ayant accumulé au moins dix ans d'expérience à l'unité des soins intensifs au moment de l'étude. Benner (1984) attribue un tel nombre d'années d'expérience, pour une même spécialisation, au stade d'expert, ce qui assure l'infirmière d'une assurance professionnelle confortable. L'analyse révèle que la

hardiesse a un impact à la fois sur la résilience et sur l'épuisement professionnel. Les résultats confirment partiellement les écrits de Maddi et Kobasa (1984), soit que les infirmières possédant le sens de l'engagement attestent de l'importance de la compatibilité entre collègues de travail, tandis que celles possédant le sens inné du défi valident le sentiment d'accomplissement. Cependant, les résultats en lien avec le sens de la maîtrise se soldent en une liste de revendications que les auteures expliquent par des besoins immédiats non résolus. Une limite importante est le fait d'avoir fait lire aux participants, préalablement à l'entrevue, un texte explicatif comportant une définition des caractéristiques de la hardiesse afin qu'ils puissent en reconnaître les paramètres. Ceci pourrait s'avérer être un facteur d'invalidité interne où l'insertion d'un document influence le déroulement de l'étude. Une autre limite est due au recrutement; non seulement est-il restreint à l'unité des soins intensifs, ce qui ne permet pas de comparaison entre les secteurs de travail, mais le choix des infirmières est essentiellement basé sur l'obligation de posséder un bagage d'expérience que Burger et al. (2010) attribuent à une capacité de mieux gérer le stress occupationnel.

Pour leur part, Judkins et Rind (2005) entrevoient, à l'aide du concept de la hardiesse, la possibilité de raviver le manque de performance des infirmières, survenu à la suite de changements organisationnels. Un devis descriptif corrélationnel est à la base de cette étude quantitative qui cherche à expliquer le processus menant à l'augmentation de la productivité. Le but est d'établir des relations d'association entre le stress encouru et la démotivation. Ils ont utilisé les cadres théoriques de la hardiesse de Kobasa (1979),

du stress de Gray-Toft et Anderson (1981) et de la Satisfaction au travail, de la hardiesse et du stress de Blegen et Mueller (1987). Un échantillon de convenance de 96 infirmières a permis de démontrer un lien significatif ($r = -0,190$, $p < 0,05$) entre la hardiesse et le stress. Les résultats démontrent que les infirmières, ayant une personnalité, dont la caractéristique est d'être hardie, se sentent impliquées et enthousiastes face à leur travail et affirment que les expériences vécues donnent un sens à leur vie. Quant au sens de la maîtrise, ces infirmières l'attribuent à la capacité de démontrer de la créativité pour composer avec les demandes de la direction et des patients, ainsi qu'à l'aptitude de créer un environnement agréable, souvent grâce à l'humour. Une limite de cette étude vient du fait que l'échantillon en est un de convenance, ce qui s'explique puisqu'il a été formé à partir d'une population d'infirmières « visiteuses ». De plus, les auteures semblent avoir voulu fragmenter les trois construits de la hardiesse – soit le sens de l'engagement, le sens du défi et le sens de la maîtrise– ce qui ne rencontre pas la définition opérationnelle donné par les auteurs de l'instrument (Kobasa, 1977, 1979; Maddi & Kobasa, 1984; Maddi, 2002). Finalement, une des forces de l'étude provient de la taille de l'échantillon, laquelle permet de générer des données significatives.

Du côté de l'Angleterre, Ablett et Jones (2007) s'intéressent à l'inéquation des comportements entre les infirmières de divers départements d'un centre hospitalier de Liverpool. Leur recherche a pour but de comprendre pourquoi le niveau d'épuisement professionnel des infirmières du département de soins palliatifs, est inférieur, ou du

moins égal, à celui d'infirmières du même établissement, mais travaillant auprès de patients en voie de guérison. Une analyse phénoménologique interprétative (IPA), faite auprès d'un groupe focus composé des dix infirmières les plus « énergiques » du département des soins palliatifs, a permis de décrire les facteurs sous-jacents de la hardiesse. Une entrevue non structurée d'une durée d'une heure, avec chacun des dix participants, soit neuf femmes et un homme, a permis de retracer dix thèmes en lien avec le but de la recherche. Ces thèmes furent ensuite associés à deux modèles théoriques pouvant possiblement servir à les encadrer, les auteurs ayant fait un parallèle entre leurs résultats, les construits de la hardiesse de Maddi et Kobasa (1984) et le sens de la cohérence de Antonovsky (1987). La conclusion de l'étude explique que le taux d'épuisement professionnel, de certaines infirmières, n'est pas à relier aux activités d'un département, mais plutôt à l'absence d'une disposition de la personnalité, soit la hardiesse. Une première limite provient d'un échantillon composé des dix infirmières les plus authentiques et engagées de l'unité, donc d'un apport favorable aux résultats de l'étude. Ici encore, il faut spécifier que l'échantillon fut tiré d'un seul secteur de travail, soit des infirmières de soins palliatifs. Une autre limite concerne la définition des concepts. Ces auteures déclarent que la hardiesse et le sens de cohérence sont des thèmes qui se chevauchent d'un point de vue conceptuel. À ce sujet, Maddi (1998) propose une clarification conceptuelle : la hardiesse sous-tend les mécanismes d'adaptation déployés par une personne en réponse à une situation stressante tandis que le sens de la cohérence implique une forme d'acceptation, laquelle ne peut exister qu'en association avec le soutien de d'autres personnes ou d'une communauté. Une des forces de cette étude est

cependant l'émergence de dix thèmes, tous reflétant la pensée de ces infirmières en lien avec plusieurs facteurs, dont la hardiesse et le stress.

En dernier lieu, la recherche de Lambert, Lambert, Petrini, Li et Zhang (2007) aborde les effets néfastes du stress chez les infirmières de la République populaire de Chine. Afin de comprendre les stressseurs majeurs en milieu de travail, ils ont répertorié les indicateurs de santé physique et mentale, décrit les méthodes utilisées pour composer avec le stress et expliqué le meilleur agencement stressseurs/méthode de *coping*. Une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié, auprès des cinq plus grands centres hospitaliers de ce pays, a permis de recueillir 480 participantes. L'étude utilise une méthodologie quantitative, de type descriptif, dont le cadre de référence est la théorie de la hardiesse psychologique (Kobasa, 1985). La mesure de la hardiesse se fait à partir du *Personal Views Survey* (PVS) (Kobasa, 1985) tandis que celle du stress se fait à l'aide du *Nursing Stress Scale* (Gray-Toft & Anderson, 1981). Les résultats démontrent que les causes les plus importantes de stress sont les conflits entre infirmières ($r = 0,192$, $p < 0,001$), la charge de travail ($r = 0,207$, $p < 0,05$) et l'incertitude du traitement ($r = 0,119$, $p < 0,02$). De plus, les résultats démontrent un lien significatif entre la hardiesse et le stress ($r = -0,152$, $p < 0,001$). À la lumière de ces résultats, les auteurs avancent que la hardiesse psychologique est précurseur de stratégies d'adaptation utilisées pour composer avec les stressseurs majeurs de la profession. Une limite importante, en lien avec l'interprétation des données, provient de la différence de culture entre les infirmières de Chine et les infirmières du Québec. Ceci explique que l'attitude

face au stress, ainsi que les mécanismes d'adaptation utilisés – soit la pensée créative, le silence et l'abnégation – puissent être différents de ceux déployés par les infirmières nord-américaines. Une des forces de cette recherche réside dans la taille de l'échantillon et dans le fait que les participantes proviennent de tous les départements. Ceci dit, et malgré le fait que le taux élevé de réponses (98 %) représente une des forces de l'étude, cette valeur suggère une forme de volontariat qui pourrait s'avérer être la conséquence d'un lien de subordination.

Éléments qui influencent la relation entre la détresse psychologique et la hardiesse

Le texte qui précède a dressé un portrait de la hardiesse, ainsi que de son lien avec une variable représentative du stress. Mais il serait quasi impossible de mesurer le juste impact de la hardiesse sans avoir aussi considéré les facteurs externes pouvant présenter une relation avec la détresse psychologique. Dans l'optique du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009), ce qui suit aborde divers stimuli en lien avec le contexte professionnel de l'infirmière, ses caractéristiques sociodémographiques ainsi que sa propre perception de l'intensité du stress occupationnel.

Stimuli provenant du contexte professionnel de l'infirmière

Parce qu'elle doit s'y adapter dans l'immédiat, ce sont principalement les stressors liés au milieu de travail de l'infirmière soignante du Québec qui sont à la base de tout le processus enclenché. Roy (1976, 2009) accorde une première place à ce type d'intrusion,

qu'elle nomme stimulus focal, puisqu'il représente l'élément déclencheur des stratégies d'adaptation. À cet effet, l'Institut national de santé publique du Québec (2006) affirme que les travailleurs exposés aux stressseurs occupationnels sont plus touchés par des problèmes de détresse, et ajoute que la population du Québec occupe une place « peu envieuse », par rapport à l'ensemble du Canada, puisqu'elle détient le premier rang quant à la prévalence de détresse psychologique.

Un premier élément en lien avec la détresse psychologique de l'infirmière serait attribué au manque d'expérience. Burger et al. (2010) suggèrent que l'expertise professionnelle, acquise par l'infirmière, lui permette de répondre de façon plus appropriée lors d'épisodes de soin tandis que Purcell, Kutash et Cobb (2011) avancent que les infirmières plus expérimentées arrivent à composer avec un ratio infirmière/patients plus élevé en éprouvant un minimum de stress. Selon Benner (1984), seule l'infirmière compétente, performante ou experte – représentant les trois jalons supérieurs d'un continuum à cinq niveaux de compétence – peut jouir d'un tel aplomb professionnel, élément sur lequel se joue l'étude de Hurst et Koplín-Baucum (2005).

Un second élément, en lien avec la détresse psychologique, a trait au quart de travail. Purcell et al. (2011), ainsi que Mrayyan (2009), ont relevé un niveau de stress plus grand chez les infirmières travaillant de nuit vu que certains établissements semblent consentir cet horaire aux infirmières que Benner (1984) qualifie de novices. À ce stade de compétence, leur comportement professionnel se limite à gérer des situations apprises,

indépendamment du contexte rencontré (Benner, 1984). Ces infirmières se sentiraient alors laissées à elles-mêmes puisque le personnel soignant, plus expérimenté, n'est généralement pas présent lors de ce quart de travail.

Un dernier élément, en lien avec la détresse psychologique des infirmières, provient de l'étude de Mrayyan (2009), laquelle conclut que le département où travaille majoritairement l'infirmière serait un stresser potentiel. Une étude quantitative a servi à explorer l'intensité des stressers occupationnels auprès de 235 infirmières provenant de neuf départements. Mis à part le nombre d'heures de travail, qui représente un stresser pour l'ensemble des infirmières, les résultats ont permis d'identifier que la charge excessive de travail, le manque de personnel, mais aussi la condition critique des patients et les manœuvres souvent douloureuses, mais inévitables, font en sorte que les infirmières de l'unité des soins intensifs vivent plus de stress. D'autres auteurs accordent cette même prérogative à l'unité des soins intensifs (Hurst & Koplín-Baucum, 2005), et ce, malgré le fait que Duquette, Kerouac, Sandhu et Saulnier (1995) identifient la principale source de stress, des infirmières de gériatrie, comme étant l'incapacité de soulager les patients.

Ainsi, les éléments retenus pour représenter l'environnement professionnel de l'infirmière, et pouvant être en lien avec la détresse psychologique, sont le nombre d'heures travaillées par semaine, les années d'expérience, le quart de travail et le secteur de travail.

Stimuli provenant des caractéristiques sociodémographiques de l'infirmière

Il serait faux d'affirmer que la vie professionnelle de l'infirmière soignante du Québec se déroule en vase clos. Si le texte qui précède énumère les principaux stressors occupationnels, Roy (1976, 2009) prévoit que certains éléments du contexte de vie, ou stimuli contextuels, peuvent contribuer à modifier – à la hausse ou à la baisse – la réponse d'adaptation. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2006), la détresse psychologique serait plus étroitement associée à certaines conditions de vie que sont le célibat et un pauvre réseau de soutien social. Finalement, les groupes de travailleurs composés majoritairement de femmes se retrouvent en tête de liste des communautés les plus vulnérables à la détresse psychologique (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

Les points soulevés par l'Institut sont repris par d'autres auteurs. Ainsi, il se pourrait que le malaise des infirmières provienne, en partie, d'une difficulté à concilier travail et vie personnelle (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Greeff & al., 2006), ou encore qu'il soit relié à des tracas de la vie quotidienne, représentant autant de contrariétés qui augmentent la vulnérabilité de la personne (Cassidy, 2000). De plus, étant donné que la satisfaction d'une mère lui provienne, en partie, d'un sentiment d'efficacité envers sa progéniture (Almand, 2002), il se pourrait que de chercher à agencer travail et responsabilités familiales (Saint-Pierre, 2002) puisse devenir un élément significatif de stress pour l'infirmière soignante du Québec. Le fait d'être un aidant naturel représente aussi un important facteur de stress puisqu'il se crée

alors une boucle de rétroaction entre le travail et l'environnement personnel (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). Finalement, selon Viswesvaran, Sanchez et Fisher (1999), il existerait un lien direct entre le manque de soutien du réseau social et le stress, une lacune que Greeff et al. (2006) associent, en grande partie, à la perte subie suite à un divorce.

Conséquemment, la présente étude retient le genre, le statut parental, le statut marital et l'état d'aidant naturel à titre d'éléments représentatifs des caractéristiques sociodémographiques de l'infirmière soignante du Québec, et pouvant être en lien avec la détresse psychologique.

Perception de l'intensité du stress

La perception qu'une personne se fait d'un événement peut altérer sa réalité (Ilfeld, 1976) et, en ce sens, possède un pouvoir d'influence sur la relation entre la hardiesse et la détresse psychologique. Selon Roy (1976, 2009), les stimuli résiduels sont « [...] toutes les perceptions d'une situation, pouvant interférer avec le comportement d'adaptation, mais dont il est impossible de vérifier les effets. » [trad. Libre] (Roy, 2009, p. 30) à moins, bien sûr, que ces impressions ne puissent être conceptualisées. Heureusement, Gray-Toft et Anderson (1981) se sont intéressés à la notion de perception du stress. Ils la définissent comme un signal d'alarme ressenti par quiconque se croit en situation de danger, mais vulnérable et dépourvu face à cette même situation. Dès lors, il

devient possible de faire un parallèle entre la perception que l'infirmière se fait de son vécu professionnel, et la détresse psychologique ressentie.

Une mesure de l'intensité du stress, selon la « perception » qu'en a l'infirmière, aurait pu s'avérer difficile n'eût été de l'*Échelle des Stresseurs en Soins Infirmiers (ÉSSI)* (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995) (traduction française du *Nursing Stress Scale*). Dans le but de développer ce qui est devenu le *Nursing Stress Scale* (NSS), Gray-Toft et Anderson (1981) ont créé, puis distribué, un questionnaire à un échantillon de 122 infirmières provenant des secteurs de médecine-chirurgie, de chirurgie cardiovasculaire, d'oncologie et de soins palliatifs d'un hôpital privé. Grâce à cette étude, Gray-Toft et Anderson (1981) ont pu identifier sept *situations*, ou *sources majeures de stress*, en lien avec la perception de l'intensité des stresseurs occupationnels. Il s'agit des dimensions *Charge de travail*, *Mort et morbidité*, *Préparation insuffisante*, *Manque de soutien*, *Incertitude du traitement*, *Conflits avec les médecins* et *Conflits entre collègues*.

Conséquemment, et puisque la perception de l'infirmière puisse être en lien avec sa détresse psychologique, la présente étude entend en vérifier l'intensité à l'aide de l'*Échelle des stresseurs en soins infirmiers*, ainsi que les sept dimensions qui lui sont associées.

Synthèse

En premier lieu, et à la lumière de ce qui précède, il est possible d'avancer que la hardiesse ait une influence sur la détresse psychologique. Cependant, les données provenant d'études cherchant à démontrer un lien entre la hardiesse, et une variable représentative du stress, ne permettent pas d'amender les connaissances pour la population ciblée par cette recherche. Les raisons principales sont que ces études proviennent majoritairement d'autres pays, ou encore elles se concentrent sur un seul secteur de travail, ce qui a pour effet de créer une distorsion de la nature des relations dans le tandem hardiesse/détresse psychologique des infirmières. À ceci, il faut ajouter la composition parfois trop homogène des échantillons, le manque de données factuelles provenant d'infirmières non hardies ainsi que l'utilisation d'une méthodologie de recherche qualitative. De plus, bien que certaines études soient exemplaires (Duquette, Kerouac, Sandhu, Ducharme, & Saulnier, 1995; Delmas, 2001), leur contexte contrastent avec les besoins sans cesse grandissants d'une population infirmière en proie à une conjoncture qui définit le début du XXI^{ème} siècle.

En second lieu, l'examen des études, dépeignant l'influence de l'environnement – tant externe qu'interne – de l'infirmière, a permis de soulever des éléments pressentis pouvoir s'appliquer à la population des infirmières soignantes du Québec, lesquels seront utilisés comme mesure des stimuli.

S'il est permis de se positionner à l'effet que la hardiesse, le contexte professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'intensité des stressors occupationnels ont une influence sur la détresse psychologique, il faut par contre se demander quelle est la nature réelle de ces liens pour les infirmières soignantes du Québec.

But de l'étude et hypothèses de recherche

Le but de la présente étude est de vérifier la nature des relations entre la hardiesse, le contexte professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'intensité des stressors occupationnels envers la détresse psychologique chez les infirmières soignantes du Québec. En acceptant que l'hypothèse de recherche vienne en réponse anticipée à la question de recherche (Fortin, 2010), les hypothèses suivantes ont été formulées :

1. Le degré de hardiesse (X_1) engendre une diminution (-) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.
2. Le contexte professionnel (augmentation du nombre d'heures travaillées/semaine, le manque d'expérience, le travail sur le quart de nuit, le fait de travailler dans les secteurs de l'urgence/soins intensifs) (X_2) engendre une augmentation (+) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.

3. Les caractéristiques sociodémographiques (genre féminin, statut de parent/aidant naturel, célibat) (X_3) engendrent une augmentation (+) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.
4. Une perception accrue de l'intensité des stressors occupationnels (X_4) engendre une augmentation (+) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.
5. L'ajout hiérarchique des blocs de variables « contexte professionnel », « caractéristiques sociodémographiques » et « perception accrue de l'intensité des stressors occupationnels » modifient (X_5) l'influence positive (+) de la hardiesse envers la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.

Méthode

Le chapitre quatre se divise en sept parties. La première présente le type d'étude adopté pour répondre à l'hypothèse de recherche tandis que la deuxième partie énonce les variables de l'étude et les outils de mesure. Le déroulement de l'étude arrive en troisième partie tandis que la quatrième partie aborde le plan d'échantillonnage. Le plan d'analyse des données, les considérations éthiques et les limites de l'étude sont présentées, respectivement, en cinquième, sixième et septième parties de ce chapitre.

Type d'étude

Ce projet de recherche se base sur un devis corrélationnel prédictif afin de vérifier la nature et la force des relations (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007) entre la hardiesse et la détresse psychologique chez les infirmières soignantes du Québec. Il vise aussi à vérifier le poids du contexte professionnel, des caractéristiques sociodémographiques et de la perception de l'intensité des stressors occupationnels sur la variable dépendante. Se basant sur un cadre conceptuel, les activités de recherche adoptent une vision hypothético-déductive.

Variables de l'étude et outils de mesure

Plusieurs variables ont été identifiées pour faire partie de cette étude. L'organisation de ces dernières, établie selon le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009), est illustrée à la Figure 4.

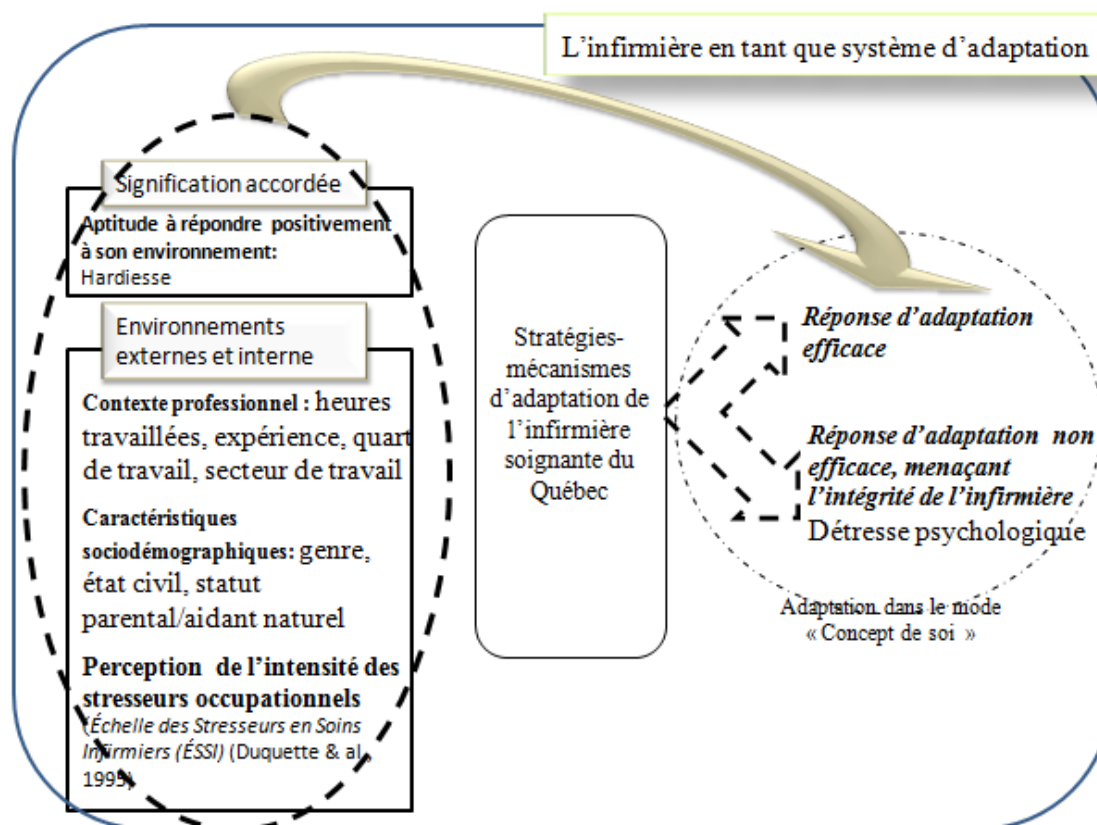


Figure 4 : Organisation des variables de l'étude en fonction du cadre conceptuel choisi.

Après un examen minutieux de la littérature, trois instruments de mesure se sont avérés pertinents. Il s'agit de L'*Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ-14)* (Préville, Boyer, Potvin, Perrault & Légaré, 1992) (Appendice A), de l'*Échelle des Points de Vue Personnels* (Kerouac & Duquette, 1992) (Appendice B), et de l'*Échelle des Stressors en Soins Infirmiers (ÉSSI)* (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995) (Appendice C). Dans le respect des droits d'auteurs, une autorisation écrite a été obtenue avant de procéder à l'utilisation de chacun de ces instruments (Appendice D).

Définitions conceptuelle et opérationnelle de la détresse psychologique

La définition retenue, pour décrire la détresse psychologique, est celle de Ilfeld (1976), soit un regroupement de symptômes émotionnels et/ou cognitifs qui émergent au contact de stressseurs perçus comme négatifs. En effet, cet auteur affirme que la réponse à un stressseur est différente pour chaque individu, selon que l'analyse qu'il en fait fasse ressurgir une émotion positive ou négative. Si la transaction entre le stressseur et l'individu se solde par une incapacité de s'adapter, il en résulte un état de détresse qui se caractérise par la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les troubles cognitifs.

L'Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ-14) (Appendice B) (Préville & al. 1992) a été utilisé en tant que mesure réelle des quatre dimensions symptomatologiques que sont la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les troubles cognitifs, et sert à mesurer la détresse psychologique. L'IDPESQ-14 est la version française abrégée validée à 14 items du questionnaire *Psychiatric Symptom Index (IDPESQ-29)* (Ilfeld, 1976). Les données recueillies s'apparentent à une réponse d'adaptation non efficace (Figure 4) dans le mode Concept de soi du Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009). En guise de mesure, ce questionnaire utilise une échelle ordinale de Likert à quatre points que sont (1) « Jamais », (2) « De temps en temps », (3) « Assez souvent », (4) « Très souvent ». L'ensemble des résultats, ou « scores bruts », peuvent se situer entre 14 à 56, tandis que le point de césure, en d'autres mots le point limite auquel la personne est considérée avoir atteint le seuil de sévérité de détresse psychologique, a été fixé à un score brut de 26,19 par Ilfeld (1976).

Puisque l'ensemble des données brutes ont été remaniées en pourcentage, à l'aide de l'algorithme de calcul, il en fut de même pour le point de césure. Suite à sa transformation, celui-ci équivaut à un taux de 46,77 %, lequel taux sera préférablement utilisé tout au long de cette étude.

Une première analyse factorielle, effectuée par Martin, Sabourin et Gendreau (1989), a conduit aux quatre dimensions de la détresse psychologique. Par la suite, d'autres études ont déterminé que l'IDPESQ-14 comporte une validité de construit satisfaisante (Préville & al., 1992; Préville, Potvin & Boyer, 1995; Deschênes, 1998). Une analyse en composante principale a permis d'établir une concordance entre *L'Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ-14)* (Préville & al., 1992), l'enquête pilote de Santé Québec (Kovess, 1985) et le *Psychiatric Symptom Index (IDPESQ-29)* (Préville & al., 1992). Cette concordance fut à nouveau confirmée par l'étude de Massé et al. (1998), laquelle compare, de façon adéquate, les construits de l'IDPESQ-14 avec ceux de l'*Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP)*. Le coefficient alpha de Cronbach, pour la version française, est de 0,89 au total, de 0,83 pour la dimension dépression à six items, de 0,72 pour la dimension anxiété à 2 items, de 0,79 pour la dimension irritabilité à 4 items et de 0,76 pour la dimension troubles cognitifs à 2 items (Préville & al., 1992). Dans la présente étude, une analyse de consistance interne a été effectuée pour l'ensemble des données recueillies. Le coefficient alpha de Cronbach (Cronbach & Warrington, 1951) obtenu est de 0,92 pour

l'ensemble des items de l'*Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ-14)* (Préville & al., 1992).

Définitions conceptuelle et opérationnelle de la hardiesse

La définition retenue, pour décrire la hardiesse, est celle de Maddi et Kobasa (1984). Selon ces auteurs, la hardiesse est une caractéristique qui permet de moduler l'effet des stressseurs (Maddi & Kobasa, 1984). Parce qu'elles font partie intégrante de la hardiesse (Maddi & Kobasa, 1984; Maddi, 2002), les trois dimensions qui la composent ont été retenues. Il s'agit du *Sens du défi* – ou la compétence à s'ajuster aux changements en provenance du monde externe – du *Sens de la maîtrise* – ou la confiance de pouvoir influencer les événements – et du *Sens de l'engagement* – ou l'enthousiasme à interagir avec ses congénères et son environnement (Maddi & Kobasa, 1984). Dans le cadre de la présente recherche, l'évaluation des résultats en lien avec cette variable fut basée sur la mesure de l'ensemble des trois construits.

L'*Échelle des Points de Vue Personnels* (Kerouac & Duquette, 1992) (Appendice B), utilisée en tant que mesure réelle du Sens de l'engagement, du Sens de la maîtrise et du Sens du défi, sert à valider la hardiesse en tant que style de fonctionnement générant une réponse positive. L'instrument utilise une échelle ordinaire de Likert à quatre points que sont (1) « Pas du tout »; (2) « Un peu vrai »; (3) « Assez vrai » et (4) « Complètement vrai ». Elle est composée de 50 items dont 39 sont négatifs et 11, positifs. Maddi et Kobasa (1984) considèrent que le taux de hardiesse est directement

proportionnel au pourcentage global obtenu. Cet instrument de mesure est la traduction française du *Personal View Survey II* (PSV II) (Maddi, 1990). Le coefficient de consistance interne du alpha de Cronbach, pour la version française, est de 0,81 au total, de 0,75 pour le Sens de l'engagement, de 0,60 pour le Sens de la maîtrise et de 0,58 pour le Sens du défi (Morissette, 1993). Dans la présente étude, une analyse de cohérence interne alpha de Cronbach (Cronbach & Warrington, 1951) a été effectuée. Les données recueillies, auprès des participantes, révèlent une valeur de 0,81 pour l'ensemble des items de l'*Échelle des Points de Vue Personnels* (Kerouac & Duquette, 1992).

Si cet instrument est réputé mesurer adéquatement les concepts étudiés, il ne semblait pas exister d'étude, autre que celle de Leclerc (1999), permettant de statuer sur la validité de construit de cet instrument de mesure. Cependant, au moment d'écrire ces lignes, il est possible d'affirmer qu'une étude factorielle a été menée par Kardum, Hudek-Knezevic et Krapic (2012), laquelle compare les dimensions de la hardiesse au *Five-Factor Model of Personality* (BFI) (Benet-Martinez & John, 1998). Les conclusions de cette étude démontrent non seulement qu'il y a équivalence entre les cinq facteurs du BFI et les trois dimensions de la hardiesse, mais qu'il y a aussi invariance des résultats quant au genre des participants. Finalement, rappelons que les données recueillies, à l'aide de l'échelle de troisième génération – le PVS II – s'intègrent au cadre conceptuel choisi (Figure 4) de façon à représenter l'aptitude de l'infirmière soignante du Québec à répondre positivement à son environnement.

Définitions des variables en provenance de l'environnement de l'infirmière

Stimuli focaux et contextuels. Aux instruments précédents, vient s'ajouter un questionnaire sociodémographique, lequel aborde certaines caractéristiques professionnelles et personnelles des participantes, telles que mises en lumière lors de la recension des écrits. La Figure 4 les présente comme appartenant aux stimuli focaux et contextuels. Parmi les dix questions le composant, les cinq premières cherchent à mesurer les éléments distinctifs des caractéristiques sociodémographiques de l'infirmière soignante du Québec, représentées par le genre, l'état civil et le statut parental/aidant naturel. Quant aux cinq dernières questions, elles évoquent autant d'éléments distinctifs du contexte professionnel de l'infirmière, soit le nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine, le nombre d'années d'expérience, ainsi que le quart de travail et le secteur de travail les plus fréquents. L'ensemble des questions composant le questionnaire sociodémographique a été formulé en s'inspirant du questionnaire de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Statistique Canada, 2010).

Stimuli résiduels. De tous les facteurs de l'environnement pouvant influencer la capacité d'adaptation, le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) accorde une troisième place aux stimuli résiduels (Figure 4), soit la perception qu'une personne se fait de la qualité de son environnement. La définition retenue, pour décrire la perception de l'intensité du stress généralement ressenti, est celle de Gray-Toft et Anderson (1981) soit une menace ressentie face à l'incapacité de réagir à une demande.

L'Échelle des Stresseurs en Soins Infirmiers (ÉSSI) (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995) (Appendice C), fut utilisée en tant que mesure réelle de la perception de l'intensité des stresseurs occupationnels. Cet instrument de mesure est la traduction française de *Nursing Stress Scale* (Gray-Toft & Anderson, 1981). Les 34 items décrivent des situations reconnues comme pouvant être perçues stressantes par les infirmières, et sont regroupés en sept facteurs que sont : a) la charge de travail (6 items); b) la mort et la morbidité (7 items); c) la préparation insuffisante (3 items); d) le manque de soutien (3 items); e) l'incertitude du traitement (5 items); f) les conflits avec les médecins (5 items), et; g) les conflits entre collègues (5 items).

Les questions sont présentées sous la forme d'une échelle de Likert s'échelonnant ainsi : (1) « Jamais »; (2) « Quelques fois »; (3) « Assez souvent » et (4) « Très souvent ». Le coefficient alpha de Cronbach, pour la version française, est de 0,85 total pour l'ensemble du questionnaire (Duquette, Kerouac, Sandhu, Ducharme & Saunier, 1995). Dans le cadre de la présente étude, une analyse de la cohérence interne du Alpha de Cronbach (Cronbach & Warrington, 1951) a été effectuée. Un indice de 0,93 a été obtenu pour l'ensemble des données en lien avec L'Échelle des Stresseurs en Soins Infirmiers (ÉSSI) (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995).

Déroulement de l'étude

Les activités de recherche se sont déroulées au cours des années 2010 à 2012, incluant l'*Engagement de confidentialité* signée avec l'Ordre des infirmières et des

infirmiers du Québec (Appendice E). Le recrutement s'est fait par sollicitation électronique, à partir d'une *Liste nominative* fournie par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, et a débuté en novembre 2011. Puisque chaque unité de la population n'a pas eu une chance d'être sélectionnée, le mode d'échantillonnage en est un non probabiliste.

Un premier courriel d'invitation (Appendice F) fut acheminé à l'automne 2011, dans lequel se trouvait un lien vers le formulaire de consentement (Appendice G) puis, de ce dernier, un lien vers le questionnaire en ligne. Deux rappels subséquents (Appendice F), semblables au premier envoi, ont été livrés à un mois d'intervalle chacun.

Pour accommoder la liste complète de tous les éléments composant la population accessible, un choix sensé de méthode de passation fut la distribution électronique à l'aide du site canadien sécurisé de sondage en ligne FluidSurveys. En plus d'offrir la possibilité de créer un questionnaire complet, incluant le calcul des scores prévus, l'utilisation de cet outil électronique assure la confidentialité des données. L'accès aux résultats est exclusivement sous le contrôle du créateur du questionnaire, soit la chercheure. De plus, les données recueillies peuvent être exportées directement dans le logiciel SPSS pour Windows.

Plan d'échantillonnage

Population à l'étude

La population cible est formée des membres actifs de la profession, soit 71 371 infirmières et infirmiers (Marleau, 2009) inscrits au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au 31 mars 2010, moment où a débuté l'étude. La population accessible représente 10,3 % de l'effectif infirmier du Québec, totalisant 7 331 membres actifs ayant consenti, lors du renouvellement de leur permis, à ce que leurs coordonnées soient communiquées à des tierces parties pour fins de recherche, de sondage ou de statistiques (Marleau, 2009).

Critères d'admissibilité

Les critères de sélection sont les suivants : 1) les infirmières et infirmiers inscrits au Tableau de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec au 31 mars 2010; 2) les infirmières et infirmiers exerçant la profession dans un des Centres de Santé et Services Sociaux (CSSS) du réseau public du Québec, et; 3) les infirmières et infirmiers ayant travaillé un minimum de 7 heures/semaine au cours des trois derniers mois.

Quant aux critères d'exclusion, ils sont les suivants : 1) les candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI); 2) les sujets en congé maternité/maladie depuis trois mois ou plus, et; 3) les sujets dont la moyenne d'heures travaillées, au cours des trois derniers mois, est inférieure à 7 heures/semaine incluant le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire. Ce nombre d'heures travaillées représente un

minimum chez une population dont une des principales causes de stress semble provenir d'un nombre d'heures de travail élevé ainsi que de la charge de travail (Mrayyan, 2009). Afin d'harmoniser les données avec les normes établies en juin 2010 par Statistique Canada (2012), il a fallu procéder à une reclassification des heures de travail en fonction des définitions du temps plein (≥ 30 heures/semaine) et du temps partiel (< 30 heures/semaines).

Taille de l'échantillon

Dès le départ, il fut convenu que le seuil de signification de l'étude serait de 95 %, laissant une probabilité de 5 % de commettre une erreur de type I. En tenant compte du fait que vingt cinq variables allaient être utilisées, le calcul de la taille de l'échantillon s'est fait à l'aide de l'équation suivante:

$$n \geq 50 + 8k$$

Où k correspond au nombre de variables prévues dans l'équation (Tabachnick & Fidell, 2012).

Le résultat obtenu est un échantillon minimal de 250 sujets. Ce nombre dépasse le quota de 100 participants, recommandé par Hair Jr., Anderson, Tatham et Black (1998) pour un échantillon non-probabiliste, en supposant qu'il y ait au moins 28 réponses par variables. Les valeurs considérées comme extrêmes ont été recodées en leur attribuant une unité plus grande que le score de la moyenne (Tabachnick & Fidell, 2012).

Plan d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 17 pour Windows; cette version plus ancienne fut utilisée pour des raisons de convenance. Le plan d'analyse des données est ici décrit en fonction du format choisi pour divulguer les résultats. Il s'agit, en premier lieu, de la description de l'échantillon et des variables à l'étude, lesquelles seront suivies de l'épreuve d'hypothèse.

Afin de faire ressortir le contexte professionnel et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, tout autant que pour présenter les autres variables à l'étude, les analyses statistiques descriptives ont été utilisées. Ce sont les moyennes – accompagnées des écarts types – ainsi que les distributions de fréquence et les intervalles de confiance.

Quant à l'épreuve d'hypothèse, elle débute par des corrélations de Pearson entre les variables. Cependant, les analyses bivariées ne pouvant expliquer, à elles seules, les influences multiples qu'ont les variables indépendantes envers la détresse psychologique, une régression multiple hiérarchique a été effectuée. L'assignation d'un ordre de priorité, ou hiérarchie théorique (Tabachnick & Fidell, 2012), a permis d'examiner l'influence produite par chaque variable indépendante, selon un ordre d'importance, de façon à ce que leur inclusion soit représentative de la variation de la détresse psychologique telle que vécue par les infirmières soignantes du Québec.

La régression multiple hiérarchique s'est déroulée selon les étapes suivantes. Afin que la multicolinéarité ne vienne pas fausser indûment la précision de l'estimation de la régression (Tabachnick & Fidell, 2012), une première analyse fut effectuée à partir d'une matrice de corrélation. La seconde étape fut l'analyse de l'interaction; celle-ci permit de retirer les variables dont la valeur de F, associée à b , présentait une valeur de $p \geq 0,05$. La modélisation arriva en troisième étape. Parce que l'entrée des variables s'est faite de façon structurée, il fut possible d'examiner l'influence de chaque variable indépendante (Tabachnick & Fidell, 2012) sur la variation de la détresse psychologique. Après avoir intégré l'ensemble des variables au modèle, l'analyse du VIF (*Variance Inflation Factor*) a permis de retirer les variables démontrant une forte colinéarité puisque dépassant le seuil maximal ($1 \leq \text{VIF} \leq 10$). Par la suite, l'entrée des variables retenues a été faite par la méthode progressive (*Ascendante*), en commençant par les variables les plus corrélées. Seule la hardiesse est entrée dans la régression par la méthode directe (*Entrée*), forçant ainsi sa présence dans le modèle. L'inclusion hiérarchique des variables a été faite en fonction de leur contribution mathématique à l'amélioration du modèle, selon l'équation suivante :

$$Y_i : (b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n) + \varepsilon_i$$

Où

Y = valeurs possibles de la détresse psychologique expliquées par le modèle général de régression

b_1X_1 = variable indépendante multipliée par son propre coefficient bêta (b)

b_0 = valeur de la détresse psychologique lorsque toutes les variables indépendantes sont égales à zéro

La Figure 5 présente l'ensemble des variables indépendantes, selon qu'elles soient pressenties d'interaction ou de confusion.

Les dernières étapes de la régression multiple hiérarchique ont été l'évaluation de la qualité du modèle et l'acceptation du modèle final, où le pourcentage de variance expliquée (R^2) donne accès à l'apport de chaque bloc dans la variance et où il fut question de déterminer la contribution de chaque bloc de variables.

Considérations éthiques

Conformément aux principes éthiques et aux clauses de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* (Instituts de recherche en santé du Canada, 2010), la présente étude a reçu l'approbation du comité éthique de l'Université du Québec en Outaouais (Appendice H) et un certificat éthique lui fut octroyé. Dans l'optique de protéger les sujets, malgré l'utilisation d'une méthode de passation électronique, l'obtention d'un consentement volontaire et éclairé a été rendu possible grâce à la signature électronique des participants. Celle-ci confirmait leur désir de participer ainsi que leur consentement à publier les données recueillies, de façon dénominalisée et globalisée, par le biais de ce mémoire ainsi qu'à l'intérieur d'un article de recherche. Une fois les questionnaires complétés, ceux-ci sont parvenus au chercheur de façon anonyme, elle seule ayant accès

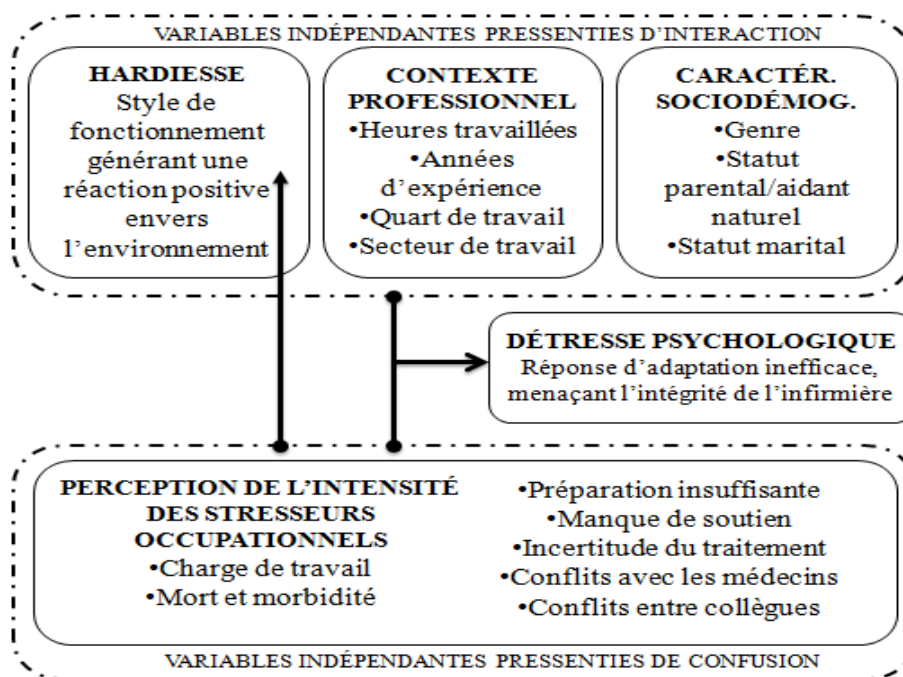


Figure 5. Classification des variables indépendantes.

aux résultats. En ce sens, la signature du formulaire de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (Appendice E), fait foi du respect de cet engagement. Advenant la non complétion d'un questionnaire, ou le souhait d'un participant de mettre fin à sa participation, les données afférentes sont immédiatement détruites. À la fin de l'étude, le matériel électronique a été mis sur un périphérique d'entreposage de mémoire de masse puis entreposé à l'Université du Québec en Outaouais dans un des locaux verrouillés du directeur de mémoire, dans un classeur fermé à clé. L'ensemble des données sera entreposé pour une durée de 5 ans, après quoi le tout sera effacé et le disque dur détruit. Finalement, des liens d'aide ont été ajoutés au formulaire de consentement vu le caractère des questions ainsi que la délicatesse du sujet abordé.

Limites de l'étude

Certaines limites peuvent influencer le type ou le taux de réponses. En premier lieu, le fait de vouloir participer à une étude sur la détresse psychologique pourrait, en soi, être un biais de sélection; ce choix saurait être associé à des répondantes trop impliquées, dû au fait qu'elles vivent un état de détresse psychologique ou, à l'opposé, dû au fait qu'elles dénigrent ce phénomène. D'autre part, même si les envois ont été planifiés pour favoriser la participation, il existe un sous-échantillon de non-répondants (88,2 %) qui suggère la présence d'un biais de non-réponse. Il se pourrait aussi que le sujet se soit fié à une opinion autre que la sienne, ayant pour effet d'influencer ses réponses. Une autre limite pourrait être associée à la gêne que certains ressentent à utiliser un ordinateur, ne serait-ce que pour sauvegarder le questionnaire afin d'y retourner ultérieurement. Finalement certains auraient pu demander à une tierce personne de remplir le questionnaire à leur place ou, encore, se livrer à l'exercice malgré qu'ils ne se trouvent pas dans un état propice à le faire.

Résultats

La présente recherche s'est donné pour but de vérifier la corrélation entre la hardiesse, le contexte professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'intensité des stressés occupationnels envers la détresse psychologique. Les résultats des analyses bivariées et de la régression multiple hiérarchique vont permettre d'en dresser un portrait statistique. Le chapitre cinq est subdivisé en deux parties. Après une description de l'échantillon, la deuxième partie présente une description des résultats des analyses statistiques.

Description de l'échantillon

Subséquent au dernier rappel, le taux de réponse fut de 11,8 %. Après avoir retiré 119 entrées – pour cause d'adresse courriel invalide, de non complétion du questionnaire ou d'écart aux critères d'inclusion – l'échantillon total s'élève à 746 (10,2 %) participants. Bien que provenant d'un bassin important, l'échantillon en est un non probabiliste. Le Tableau 1 présente la distribution des sujets selon leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Le recrutement a donné lieu à un échantillon majoritairement 88,8 % (663) composé de femmes et ayant, en moyenne, 14,71 ($\pm 10,8$) années d'expérience. De plus, 73,3 % (547) des répondantes vivent en couple tandis que 79,4 % (592) travaillent à temps plein et que 55,5 % (414) travaillent de jour. Seule une minorité d'infirmières travaillent sur rotation (8,2 %, 61).

Tableau 1

Distribution des sujets selon leurs caractéristiques

Caractéristiques		Distribution	
Caractéristiques sociodémographiques		Fréquence	(%)
Genre	Femmes	663	(88,8)
	Hommes	83	(11,2)
État civil	En couple	547	(73,3)
	Seul(e)	199	(26,7)
Statut parental/ aidant naturel	Avec enfants/personnes à charge	484	(64,9)
	Sans enfants/personnes à charge	262	(35,1)
Contexte professionnel			
Heures/semaine travaillées	< 30 (temps partiel)	154	(20,6)
	≥ 30 (temps plein)	592	(79,4)
Années d'expérience	0-5 ans	194	(26,0)
	6-10 ans	166	(22,3)
	11-15 ans	97	(13,0)
	16-20 ans	63	(8,4)
	21-25 ans	66	(8,8)
	25-30 ans	64	(8,6)
	31 ans et plus	96	(12,9)
Quart de travail	Jour	414	(55,5)
	Soir	143	(19,2)
	Nuit	128	(17,1)
	Rotation	61	(8,2)
Secteurs de travail	Gériatrie/Gérontologie	96	(12,8)
	Médecine/Chirurgie	118	(15,9)
	Périnatalité-pédiatrie	81	(10,9)
	Services périopératoires	58	(7,7)
	Soins intensifs	101	(13,5)
	Urgence	119	(16,0)
	Santé mentale	90	(12,1)
Autres	83	(11,1)	

Description des résultats

Description de la détresse psychologique

Les valeurs obtenues à l'IDPESQ-14 (Préville & al., 1992) ont servi à dresser un portrait de la détresse psychologique vécue par les infirmières au cours des sept jours précédant la complétion du questionnaire (Tableau 2). Le taux moyen de détresse psychologique est de 48,83 % ($\pm 12,72$ %). De plus, la distribution de fréquence indique que 59,4 % des infirmières participantes, soit plus de la moitié d'entre elles, sont considérées avoir dépassé le seuil de sévérité ($\geq 46,8$ %) de détresse psychologique. Les scores obtenus à l'aide de l'IDPESQ-14 (Préville & al., 1992) ont aussi permis de faire ressortir les valeurs associées aux quatre dimensions, plaçant le facteur anxiété au premier rang.

Description de la hardiesse

Les valeurs obtenues grâce à l'*Échelle des Points de Vue Personnels* (Kérouac & Duquette, 1992) démontrent que les infirmières soignantes du Québec possèdent un taux moyen de hardiesse de 72,11 % ($\pm 7,52$ %) (Tableau 3). En se rappelant que le niveau de hardiesse est directement proportionnel au pourcentage obtenu, les résultats témoignent du fait que 93 % (694) des infirmières ont obtenu un score égal, ou supérieur, à 60 %.

D'autres analyses ont permis d'ordonner les trois concepts de la hardiesse. Le sens de la maîtrise arrive au premier rang avec une moyenne de 75,95 % ($\pm 8,79$ %)

Tableau 2

Moyenne, intervalle de confiance (IC) et écart type de la détresse psychologique

Variabes	Moyenne (%)	(IC*)	Écart type (%)
Détresse psychologique	48,83	(47,92-49,74)	12,72
Facteur dépressif	47,59	(48,64-46,54)	14,62
Facteur anxiété	57,93	(59,23-56,62)	18,13
Facteur irritabilité	47,42	(48,43-46,41)	14,01
Facteur troubles cognitifs	46,26	(47,35- 45,18)	15,07

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

Tableau 3

Moyenne, intervalle de confiance (IC) et écart type de la hardiesse

Variabes	Moyenne (%)	(IC*)	Écart type (%)
Hardiesse	72,11	(72,65-71,57)	7,52
Maîtrise	75,95	(76,58-75,32)	8,79
Engagement	75,56	(76,22-74,91)	9,08
Défi	64,81	(65,54-64,08)	10,17

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

suivi du sens de l'engagement (75,56 % ± 9,08 %) et du sens du défi (64,81 % ± 10,17 %). Bien qu'une déconstruction des trois concepts de la hardiesse soit impossible pour fin d'analyse (Maddi, 1990), leur libellé offre un intérêt pour la présente recherche et sera abordé au chapitre suivant.

Description de la perception de l'intensité des stressseurs occupationnels

En accord avec le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) (Figure 4, chapitre 4), la perception de l'intensité des stressseurs occupationnels équivaut aux perceptions, que recueille l'infirmière, par rapport à sa réalité de travail. Le Tableau 4 en présente les résultats détaillés, opérationnalisés à l'aide de l'*Échelle des Stressseurs en Soins Infirmiers (ÉSSI)* (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995). Les situations potentiellement stressantes, telles qu'identifiées par Gray-Toft & Anderson (1981), y sont répertoriées selon l'ordre d'importance des résultats, et se trouvent à la suite du score global dont le taux moyen est de 55,61 % ($\pm 14,38$ %). Les trois situations se démarquant le plus sont les conflits entre collègues (64,69 % $\pm 19,76$ %), l'incertitude du traitement (62,38 % $\pm 18,51$ %) et la charge de travail (61,76 % $\pm 18,07$ %). Cette prépondérance sera abordée plus en détail au chapitre suivant.

Description de l'influence des variables indépendantes envers la détresse psychologique et vérification de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique

Une série d'analyses de corrélation de Pearson a d'abord été effectuée afin de vérifier le lien entre chacune des variables indépendantes et la détresse psychologique. Il s'agit, tour à tour, de l'influence de la hardiesse, du contexte professionnel, des caractéristiques sociodémographiques et de la perception de l'intensité des stressseurs. Il est possible de consulter les résultats de ces analyses bivariées au Tableau 5. Par contre

Tableau 4

Moyenne, intervalle de confiance (IC) et écart type de la perception de l'intensité des stressseurs occupationnels

Variables	Moyenne (%)	(IC*)	Écart type (%)
Stress perçu	55,61	(56,65-54,58)	14,38
Conflits entre collègues	64,69	(66,11-63,27)	19,76
Incertitude du traitement	62,38	(63,71-61,05)	18,51
Charge de travail	61,76	(63,06-60,46)	18,07
Conflit avec les médecins	58,08	(59,36-56,80)	17,86
Préparation insuffisante	52,37	(53,81-50,92)	20,09
Mort et morbidité	47,42	(48,72-46,13)	18,02
Manque de soutien	35,17	(36,64-33,69)	20,54

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

puisque les analyses bivariées ne sauraient remplacer l'analyse multivariée, ces premières corrélations seront suivies du résultat de la régression multiple hiérarchique, lequel servira à la vérification de l'hypothèse de régression.

Description de l'influence de la hardiesse envers la détresse psychologique

D'emblée, une corrélation de Pearson a produit un résultat significatif ($r = -0,521$, $p < 0,01$), fort et négatif, entre la hardiesse et la détresse psychologique (Tableau 5). Ceci valide la première hypothèse affirmant que le degré de hardiesse (X_1) engendre une diminution (-) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.

Tableau 5

Sommaire des résultats de l'analyse bivariée

Résultats des analyses bivariées de chaque variable indépendante envers la détresse psychologique et envers la hardiesse				
	Variables	Détresse psychologique	Hardiesse	
Hardiesse	Détresse psychologique	1	-0,521**	
	Hardiesse	-0,521**	1	
Caractéristiques sociodémographiques	Statut parental/aidant	0,003	0,017	
	Genre	-0,002	-0,057	
	État civil	0,070	-0,026	
	Heures travaillées	-0,025	0,059	
	Expérience	-0,031*	-0,059	
	Quart de jour	0,017	-0,048	
	Quart de soir	-0,063	0,075*	
	Quart de nuit	0,047	0,007	
	Quart sur rotation	-0,005	-0,034	
	Contexte professionnel	Gériatrie gérontologie	-0,079*	0,021
Médecine chirurgie		-0,025	0,085*	
Périnatalité		-0,049	0,032	
Services périopératoires		0,027	0,003	
Soins intensifs		0,026	-0,037	
Urgence		0,095**	-0,084*	
Santé mentale		-0,004	-0,017	
Autres secteurs		0,009	0,007	
Perception de l'intensité des stressseurs occupationnels		Charge de travail	0,353**	-0,334**
		Mort et morbidité	0,226**	-0,217**
	Préparation insuffisante	0,199**	-0,220**	
	Manque de soutien	0,217**	-0,243**	
	Incertitude du traitement	0,207**	-0,227**	
	Conflits avec les médecins	0,284**	-0,263**	
	Conflits entre collègues	0,332**	-0,323**	

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Description de l'influence du contexte professionnel envers la détresse psychologique

Le nombre d'années d'expérience de l'infirmière s'est avéré être un élément significatif ($r = -0,031$, $p < 0,05$) pour influencer la détresse psychologique, ce qui souligne l'impact du manque d'expérience. Quant aux secteurs de travail, il semble que le fait de travailler à l'urgence augmente ($r = 0,095$, $p < 0,01$) les risques de détresse psychologique des infirmières, tandis que le travail en gériatrie/gérontologie ($r = -0,079$, $p < 0,05$) produit l'effet contraire. Il en est de même pour les infirmières du secteur « autre » puisqu'elles disent accomplir moins d'heures de travail ($r = -0,075$, $p < 0,05$). Tel que le stipule la seconde hypothèse, certains de ces résultats démontrent que la présence d'éléments liés au contexte professionnel (X_2) engendre une augmentation (+) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.

Description de l'influence des caractéristiques sociodémographiques envers la détresse psychologique

Aucun des trois éléments, provenant des caractéristiques sociodémographiques, n'a démontré de corrélation avec la détresse psychologique. Conséquemment, la troisième hypothèse, qui dit que la présence de caractéristiques sociodémographiques (X_3) engendre une augmentation (+) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec, a dû être rejetée. Par contre, il serait bon d'ouvrir ici une parenthèse puisque certains rapports méritent l'attention du lecteur. D'abord, le lien

significatif ($r = 0,218, p < 0,01$) entre le statut parental et le quart de jour laisse supposer une préférence des parents pour cet horaire de travail; il faut interpréter l'inverse pour le quart de soir ($r = -0,186, p > 0,01$). Il en est de même pour deux unités de travail : les parents semblent préférer la périnatalité ($r = 0,094, p < 0,05$) aux soins intensifs ($r = -0,143, p < 0,01$). Ensuite, notons que le genre présente une corrélation significative, et négative avec, notamment, la charge de travail ($r = -0,099, p < 0,01$), les conflits avec les médecins ($r = -0,201, p < 0,01$) et les conflits entre collègues ($r = -0,124, p < 0,01$). En dernier lieu, les résultats ($r = 0,070, p > 0,05$) démontrent que le fait de vivre, ou non, en couple, n'affecte en rien les infirmières soignantes du Québec.

Description de l'influence de la perception de l'intensité des stressors occupationnels envers la détresse psychologique

Finalement, les situations en lien avec la perception de l'intensité du stress ont toutes démontré, grâce à un lien significatif, qu'elles ont le pouvoir d'exacerber la détresse psychologique. Ceci permet d'entériner la quatrième hypothèse, soit qu'une perception accrue de l'intensité des stressors occupationnels (X_4) engendre une augmentation (+) de la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.

Vérification de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique

La régression multiple hiérarchique a été utilisée pour déterminer si le cumul du contexte professionnel et de la perception de l'intensité des stressors occupationnels modifieraient l'influence positive de la hardiesse sur la détresse psychologique. Outre

la hardiesse, seules les variables indépendantes influentes – associées au contexte professionnel et à la perception de l'intensité des stressés occupationnels – ont été conservées pour créer le modèle de régression. D'emblée, aucune corrélation élevée (de plus de 0,70) n'a été repérée lors de l'analyse de la matrice. Par contre, plusieurs variables indépendantes – statut parental, genre, statut marital, heures travaillées, quarts de jour/nuit/rotation, tous secteurs sauf gériatrie/gérontologie et urgence – ont dû être retirées puisqu'elles étaient corrélées avec d'autres variables indépendantes. Il est possible de consulter l'ensemble des résultats de la matrice de corrélation au Tableau 6 (voir Appendice I).

Les variables retenues pour faire potentiellement partie du modèle sont l'expérience de travail ($r = -0,031$, $p < 0,05$), les secteurs de gériatrie/gérontologie ($r = -0,079$, $p < 0,05$) et l'urgence ($r = 0,095$, $p < 0,01$). Les sept situations, en lien avec la perception de l'intensité des stressés occupationnels, ont toutes été conservées : charge de travail ($r = 0,353$, $p < 0,01$), mort et morbidité ($r = 0,226$, $p < 0,01$), préparation insuffisante ($r = 0,199$, $p < 0,01$), manque de soutien ($r = 0,217$, $p < 0,01$), incertitude du traitement ($r = 0,207$, $p < 0,01$), conflits avec les médecins ($r = 0,284$, $p < 0,01$) et conflits entre collègues ($r = 0,332$, $p < 0,01$). Toutes se sont avérées fortement corrélées, démontrant la capacité d'augmenter la détresse psychologique tout en s'opposant à la hardiesse.

L'analyse finale a fait en sorte que la totalité des variables en lien avec les quarts de travail et les secteurs de travail ont dû être retirées. En plus de la hardiesse, les variables qui ressortent comme contribuant significativement au modèle sont la charge de travail, les conflits entre collègues et les années d'expérience. Afin de vérifier le poids de chacune, il y a eu entrée par un ordonnancement structuré de blocs de variables homogènes (Tabachnick & Fidell, 2012), résultant en la création de quatre modèles.

Le tableau récapitulatif des modèles est présenté au Tableau 7. Dans un premier temps, les valeurs de F obtenues pour les quatre modèles se sont toutes avérées significatives ($p < 0,001$). Le pourcentage de variance expliquée (R^2) permet de conclure que toutes les variables introduites contribuent à améliorer la variation de la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec puisqu'elles la prédisent mieux que la simple moyenne. Après que toutes les autres variables indépendantes aient été écartées de la relation, à elles seules, les variables « charge de travail » et « conflits entre collègues » expliquent respectivement, dans une mesure de 3,1 % et 0,5 %, que les infirmières soignantes du Québec vivent de la détresse psychologique (Tableau 7). Contrairement à ces dernières, les variables « années d'expérience » et « hardiesse » protègent les infirmières envers la détresse psychologique dans une mesure de 0,3 % et de 27,1 %.

Tableau 7

Tableau récapitulatif des modèles

Modèles	Regroupement des variables	r	R ²	R ² ajusté	Sig. de la variation de F
1	Hardiesse	0,521 ^a	0,271	0,271	0,000
2	Hardiesse Charge de travail	0,552 ^b	0,302	0,306	0,000
3	Hardiesse Charge de travail Conflits entre collègues	0,557 ^c	0,307	0,311	0,013
4	Hardiesse Charge de travail Conflits entre collègues Années d'expérience	0,560 ^d	0,310	0,315	,041

^a : valeurs prédites : (constantes) hardiesse

^b : valeurs prédites : (constantes) hardiesse, charge de travail x hardiesse

^c : valeurs prédites : (constantes) hardiesse, charge de travail x hardiesse, conflits entre collègues x hardiesse

^d : valeurs prédites : (constantes) hardiesse, charge de travail x hardiesse, conflits entre collègues x hardiesse, années d'expérience x hardiesse

Dans un deuxième temps, le Tableau 8 fait état de la détermination de la contribution de chaque bloc de variables et de chaque prédicteurs. La force de la relation entre la détresse psychologique, et la combinaison des variables indépendantes de chaque modèle, se situe entre 0,521 et 0,560 ce qui suggère que les données soient ajustées de manière satisfaisante.

Tableau 8

Régression multiple entre le score global de détresse psychologique et ceux des variables étudiées (n = 746)

		Détresse psychologique			
		Coefficients de régression (β) (signification du test t : * < 0,05. ** < 0,01. *** < 0,001.)			
Blocs	Prédicteurs	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
1 : mécanisme d'adaptation	Hardiesse	-0,521**	-0,528***	-0,530***	-0,525***
2 : perception de l'intensité du stress généralement ressenti	Charge de travail		0,180***	0,127***	0,131***
	Conflits entre collègues			0,093*	0,090*
3 : éléments distinctifs de la vie professionnelle	Années d'expérience				-0,063*
Variation de R^2 (signification de la variation de F : * < 0,05. ** < 0,01. *** < 0,001.)		0,272***	0,032***	0,006*	0,004*
R^2 ajusté		0,271	0,302	0,307	0,310

La variation de F, associée aux deux premiers modèles, est significative (variation de $F = 34,62$, $p < 0,001$) ce qui explique une proportion significative de la variance de la détresse psychologique à l'aide de la hardiesse ($R_1^2 = 0,271$). Chaque modèle subséquent fait augmenter respectivement la variance de la détresse psychologique de 0,031 ($R_2^2 = 0,302$), de 0,005 ($R_3^2 = 0,307$) et de 0,003 ($R_4^2 = 0,310$). Si la hardiesse, à elle-seule, explique la variation de la détresse psychologique dans un ordre de 27,1 %, la

combinaison des quatre variables indépendantes, telles que retenues au modèle 4, forme le modèle qui réussit à expliquer le plus de variation (31,0 %) de la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec. Conséquemment, ce dernier modèle a été choisi pour prédire la valeur de la détresse psychologique à l'aide de la détermination de la contribution de chaque variable indépendante retenue. Malgré le fait que les caractéristiques sociodémographiques ont dues être éliminées, il est possible d'accepter partiellement l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique. Ainsi, il en résulte que l'ajout hiérarchique des blocs de variables « contexte professionnel » (expérience) et « perception de l'intensité des stressseurs occupationnels » (charge de travail; conflits entre collègues) modifient (X_5) l'influence positive (+) de la hardiesse envers la détresse psychologique (Y) chez les infirmières soignantes du Québec.

Discussion et recommandations

L'objectif de cette étude était de vérifier la nature des relations entre la hardiesse, le contexte professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'intensité des stressés occupationnels envers la détresse psychologique. Ce sixième chapitre est dédié à l'interprétation des résultats et à la discussion; il se compose de quatre parties. La première partie concerne la qualité de l'échantillon tandis que la deuxième présente les résultats et la validation des hypothèses. Par la suite, la troisième partie présente les recommandations et la discussion. Finalement, une section sur les forces et des limites de la présente étude vient clore ce chapitre.

Qualité de l'échantillon

Tel qu'indiqué précédemment, les 746 participants retenus forment un échantillon non probabiliste, lequel s'est démarqué comme étant plus substantiel que requis. Selon Statistique Canada (2012b) la seule façon qu'un échantillonnage non-probabiliste puisse estimer la qualité des données, par rapport aux données d'une population, consiste à comparer convenablement certains des résultats obtenus à l'information disponible au sujet de la population. Cette stratégie fut abordée grâce au genre, aux heures travaillées et aux domaines de pratique. D'emblée, le genre des participants se compare à la population cible puisque l'on retrouve 88,8 % de femmes dans l'échantillon alors que, pour les infirmières du Québec, la proportion se situe à 90,3 % (Marleau, 2011). Quant aux heures travaillées, l'écart existant entre les données de l'échantillon et celles de la

population pourrait être relié à certaines contraintes de l'étude. En premier lieu, il faut spécifier que le nombre d'heures travaillées est auto-déclaré et, en ce sens, peut ne pas correspondre à la réalité. De plus, il est possible que la présence du critère d'exclusion – un minimum d'heures réalisées – ait pu fausser les résultats.

Les autres données disponibles pour comparer l'échantillon (n) à la population (N) sont celles en lien avec les domaines de pratique. Dans l'ensemble, il paraît y avoir une distribution uniforme des participantes dans les secteurs de travail. Le Tableau 1 (chapitre 5) laisse voir que les secteurs médecine/chirurgie, gériatrie/gérontologie et autres domaines ont des taux de fréquentation pratiquement identiques à ceux de la population. Seuls les services périopératoires se situent en amont par rapport aux données disponibles, tandis que l'urgence/soins intensifs, la périnatalité et la santé mentale sont les secteurs qui présentent le plus d'écart. Une explication serait que, contrairement aux données de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, la présente étude n'a pas tenu compte du type d'institution d'embauche de l'infirmière. Ainsi, les participantes proviennent indifféremment de Centres de santé et de services sociaux, d'instituts universitaires, de centres spécialisés ou encore d'agences privées. Pour autant qu'il fût possible de les apprécier, les données (Marleau, 2011) en lien avec les domaines de pratique ne tenaient pas compte de cette distinction. Finalement, aucunes données n'a été relevées, dans les statistiques de l'OIIQ, pour les quarts de travail, ni pour les statuts parental et marital.

Présentation des résultats

Taux de détresse psychologique de l'échantillon

Chez les infirmières soignantes du Québec, l'anxiété est la dimension de la détresse psychologique qui se démarque le plus avec un taux moyen de 57,93 % ($\pm 18,13$ %). Bien que les résultats d'analyses aient présenté la détresse psychologique en lien avec chacune de ses dimensions, il faut se rappeler que seul le score global a été utilisé pour valider l'hypothèse. Celui-ci démontre que le taux moyen de détresse psychologique est considéré élevé (48,83 % $\pm 12,72$ %), et que 59,4 % (443) des infirmières soignantes du Québec ont dépassé le seuil critique de détresse psychologique. Sachant que la majorité des gens refusent de s'associer à cet état (Duquette, Kerouac, Sandhu, Saulnier & Lachance, 1997; Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de statistique du Québec, 2006, 2011; Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2011), ce taux pourrait s'avérer être conservateur, tout autant que le taux (11 %) auto-déclaré de dépression des infirmières du Québec (Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 2006).

Le rapport de détresse psychologique obtenu est comparable à celui produit par certaines études. Pour Brun et al. (2003), 54 % des travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier, dont plus de la moitié sont des infirmières, présentent des signes de détresse psychologique élevés. Quant à l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier, elle révèle que 31 % des infirmières déclarent vivre de la détresse

psychologique (Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 2006) comparativement à 22,7 % pour l'ensemble de la population active du Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Même si l'Enquête de 2005 a utilisé une mesure de la détresse psychologique autre, soit l'Échelle de Kessler (Kessler & al., 2002), leurs auteurs nous assurent qu'une comparaison est possible; ces derniers confirment que le point de césure de l'Échelle de Kessler (Kessler & al., 2002) – lequel est fixé au quintile supérieur 9 de l'Échelle de Kessler à 10 points (K10) – correspond au point de césure de l'IDPESQ-14 (Institut national de santé publique du Québec, 2006, p.2). L'étude de Préville et al. (1992) révèle un aspect plus sombre; à l'intérieur d'une période de douze mois de la collecte de données, les tentatives de suicide sont 5,24 fois plus courantes chez les femmes ayant obtenu un score élevé de détresse psychologique.

Taux de hardiesse de l'échantillon

Le taux moyen de hardiesse (72,11 %) des infirmières soignantes du Québec est similaire, quoique légèrement supérieur, aux scores obtenus par d'autres chercheurs. L'étude de Duquette et al. (1997) ($n = 1550$ au T1) affiche une valeur moyenne, obtenue à l'échelle de hardiesse, de 71,1 %. L'étude de Delmas et al. (2004) présente des taux de hardiesse variant entre 68,47 % et 69,53 % pour le groupe témoin. Pour leur part, Judkins et Rind (2005) font ressortir un taux de hardiesse de 64,5 % tandis que celle de Lambert & al. (2007) présente un taux de hardiesse de 56,85 %.

Il est vrai qu'une juste mesure de la hardiesse ne puisse s'obtenir qu'à l'aide des trois concepts réunis en une seule entité (Ouellette, 1993; Maddi, 1998, 2002). Cependant, tel qu'avancé précédemment (voir Chapitre 5), les participantes de cette étude ont priorisé les dimensions de la hardiesse en favorisant d'abord le *Sens de la maîtrise*, au profit du *Sens de l'engagement* qu'elles ont placé au deuxième rang, suivi du *Sens du défi* au troisième rang. L'examen minutieux des scores obtenus, pour chacune de ces dimensions, a permis une synthèse des points les plus fréquemment relevés par les infirmières soignantes du Québec.

Auprès de l'échantillon, le sens de l'engagement s'est démarqué comme un concept fondamental de la hardiesse. Les infirmières ayant participé à la présente étude prétendent avoir choisi leur profession par amour du soin et disent ressentir du plaisir et de l'enthousiasme à effectuer leurs tâches au quotidien. Loin d'être un simple gagne-pain, le travail est vu comme une occasion de s'accomplir en accord avec des choix et des objectifs professionnels. Même si le travail est exigeant, les infirmières se disent passionnées par les nouveaux constats et se sentent récompensées quand elles arrivent à fournir un soin de qualité aux patients. Elles sont convaincues que leur rôle professionnel en est un d'une grande utilité que la société nécessite et réclame. Dans l'étude de Judkins et Rind (2005), les infirmières associent le sens de l'engagement à la fierté du travail accompli.

Les participantes de la présente étude placent le sens de la maîtrise au deuxième rang. Elles croient que la planification et la pensée réflexive, en lien avec l'expérience, représentent les meilleures façons d'aborder et d'influencer les problèmes. Faire preuve d'une ouverture d'esprit et d'une capacité décisionnelle sont deux éléments qui leur assurent de prodiguer des soins de qualité et de veiller au bien-être des soignés. Pour Judkins et Rind (2005), les infirmières possédant le sens de la maîtrise réussiront à créer, autour d'elles, un environnement de travail stimulant, où l'atmosphère sera détendue malgré la charge de travail. De plus, ces mêmes auteurs affirment que si les infirmières hardies ressentent moins de stress, le principal acteur de leur motivation réside dans le sens de la maîtrise.

Pour l'échantillon des infirmières soignantes du Québec, le sens du défi est le concept qui ressort le moins. Majoritairement, elles précisent que les imprévus rencontrés donnent lieu à une diversité d'interventions infirmières, ce qui les inciterait à se dépasser. Par contre, dans un même élan, elles soulignent que l'incertitude, face à une situation de soin, représente aussi un obstacle aux défis professionnels qu'elles se sont fixés. Il en est de même pour les infirmières ayant participé à l'étude de Judkins et Rind (2005); celles-ci admettent que la variété des apprentissages et la diversité des tâches se dressent à l'encontre de la monotonie.

Influence des variables indépendantes influentes envers la détresse psychologique et validation de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique

En lien avec la régression multiple hiérarchique, plusieurs variables indépendantes avaient été identifiées comme pouvant avoir une influence sur la variation de la détresse psychologique. En plus de la hardiesse, trois de ces variables ont été retenues pour faire partie du modèle : ce sont le nombre d'années d'expérience, les conflits entre collègues et la charge de travail.

Influence de la hardiesse envers la détresse psychologique

Les résultats qui suivent sont présentés en fonction de la proposition théorique de la hardiesse de Maddi et Kobasa (1984) telle qu'encadré par le Modèle de l'adaptation de Roy (1976, 2009) (voir Figure 3 chapitre 2).

Il faut se rappeler que l'étude a été menée auprès de 746 infirmières québécoises ayant démontré un taux de hardiesse de 72,11 %. Le modèle de régression révèle une corrélation significative ($r = -0,525$, $p < 0,001$), forte et négative, entre la hardiesse et la détresse psychologique. Ce résultat rejoint les résultats d'études antérieures. Ainsi, Ablett et Jones (2007), à l'aide de thèmes, soutiennent que la hardiesse, en tant que disposition de la personnalité, permet de demeurer résiliente et de tempérer les effets du stress. Pour leur part, Hurst et Koplín-Baucum (2005) affirment, sans conteste, que cette caractéristique de la personnalité, qu'est la hardiesse, a la qualité de produire des infirmières moins stressées. Quant à l'étude de Delmas et al. (2004), les auteurs

associent la hardiesse à la capacité, qu'a l'infirmière, de produire des changements qui influencent de façon positive sa qualité de vie au travail. Finalement, l'étude de Duquette et al. (1997) a soulevé l'importance du lien entre les comportements d'évitement – en tant que stratégies d'adaptation opposées à la hardiesse – et la détresse psychologique. Ce qui précède permet de remettre en question les arguments de Just (1999) qui prétend que la hardiesse ne représente pas un construit valable pour la promotion, et le maintien, de comportements de santé.

Influence du contexte professionnel envers la détresse psychologique

Le nombre d'années d'expérience. Il faut se rappeler que les participantes ont, en moyenne, 14,7 années d'expérience en tant que professionnelle du soin, et que 79,4 % (592) d'entre elles travaillent à temps plein. Mis à part la hardiesse, seul le nombre d'années d'expérience a révélé une corrélation significative et négative ($r = -0,031$, $p < 0,05$), quoique de faible influence, sur la détresse psychologique. Le fait que l'expérience ne contribue que pour moins de 1 % de la variabilité totale de la régression multiple hiérarchique rejoint les écrits d'auteurs (Mrayyan, 2009; Purcell & al., 2011) qui attribuent une des causes du stress élevé de l'infirmière à son manque d'expérience. À la lumière des résultats obtenus pour la présente étude, cette explication devient plausible quand on sait que les participantes ont toutes au moins deux années d'expérience. Bien qu'elles ne soient pas encore pleinement confiantes en leurs capacités professionnelles, Benner (1984) les décrits comme étant compétentes. Elles ont une capacité de faire face à une situation critique et ont atteint une maîtrise de la

pratique du soin qui les rend efficaces dans la plupart des cas. Par contre, il semblerait que l'expérience n'arrive pas à contrer le stress occasionné par un ratio infirmières/patients plus élevé, tout comme le prétendaient Purcell et al. (2011). De toutes les études recensées, seule celle de Lambert et al. (2007) a relevé l'âge, plutôt que les années d'expérience, comme variable d'influence positive à mettre en lien avec la hardiesse; ce choix découle peut-être d'une différence culturelle.

Influence de la perception de l'intensité des stressors occupationnels envers la détresse psychologique.

La charge de travail. Quoique le taux de l'intensité du stress généralement perçu soit assez élevé (55,61 % \pm 14,38%), la plus forte corrélation négative provient de la charge de travail ($r = 0,353$, $p < 0,01$) (Tableau 5, chapitre 5).

Dès 1998, Bourbonnais et al. (1998) affirmaient qu'une augmentation de la charge de travail était une des causes de la détresse psychologique. À ce propos, les résultats en lien avec la multicollinéarité suggèrent que ce ne soit pas tant le nombre d'heures de travail ($r = -0,025$, $p = 0,472$), comme la perception d'une charge de travail trop lourde ($r = 0,353$, $p < 0,01$), qui contribue à créer la détresse psychologique chez les infirmières soignantes du Québec. Les points culminants, pour cette variable, sont les suivants. Les infirmières soignantes du Québec considèrent que l'excès de travail provient principalement du manque de personnel sur les unités ainsi que de la quantité de travail cléricale qu'elles doivent accomplir. Une conséquence, qu'elles trouvent déplorable, est

le manque de temps pour accomplir leur véritable rôle professionnel qui est de prodiguer des soins de qualité et de porter assistance aux patients dans le besoin. Dans cette même veine d'idée, Lambert et al. (2007) soutiennent que, pour les infirmières de Chine, la charge de travail arrive au premier rang des prédicteurs de stress, tandis que les participantes de l'étude de Ablett et Jones (2007) insistent pour y relier un sentiment de frustration; peu importe la stratégie employée, elles n'arrivent jamais à compléter leur travail. Quant à Delmas et al. (2004), les résultats démontrent que l'infirmière hardie sait prendre les mesures nécessaires lorsque la charge de travail s'intensifie, comme, par exemple, de mettre un frein aux sollicitations futiles des patients. Pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006), la charge de travail des infirmières représente l'hémorragie du système de santé actuel. Au Québec, comme pour l'ensemble du Canada, l'augmentation de la charge de travail représente non seulement une problématique inhérente à la pratique du soin, mais fait dorénavant partie intégrante des stratégies de gestion en milieu hospitalier (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Les conflits entre collègues. Les conflits entre collègues ont révélés une corrélation significative ($r = 0,332$, $p < 0,001$) avec la hardiesse. Même si les études recensées ne démontrent pas clairement que les conflits entre collègues peuvent jouer un rôle sur la détresse psychologique, d'autres études ont abordé la relation de pouvoir qui existe entre collègues, ou infirmières et supérieures, comme un élément qui mine l'estime que l'infirmière a d'elle-même. Il fut tour à tour question de « syndrome du Queen Bee »

(Huston, 2006), de cynisme (Cole, Bruch & Vogel, 2006), de « Bullying » (Avolio, Walumbwa & Weber, 2009) ou encore d'intimidation professionnelle (Taylor, 2001). Malgré des appellations différentes, toutes ces formes d'oppression sont considérées comme de la violence psychologique (Lemelin, Bonin & Duquette, 2009). L'Organisation mondiale de la santé (2006) reconnaît que l'intimidation professionnelle – à laquelle Laschinger, Grau, Finegan et Wilk (2010) attribuent les conflits de rôle, le climat de travail malsain et la notion de pouvoir – est une des premières causes de détresse psychologique. Pour cette raison, l'OMS lui accorde une haute priorité (Organisation mondiale de la santé, 2006). S'il est vrai que cette forme de violence horizontale puisse être sanctionnée par la loi, l'intégrité des gestionnaires fait parfois place au découragement face à l'ampleur et à l'ambiguïté de la tâche administrative que ce type de dossier impose (Avolio & al., 2009).

Les participantes de la présente étude associent les conflits entre collègues aux relations professionnelles difficiles qu'elles entretiennent avec une autre collègue ou une supérieure. Elles estiment que ceux-ci proviennent de critiques non constructives de la part de la supérieure immédiate, ou encore d'une difficulté à travailler en équipe avec une collègue. Toujours selon elles, ces conflits s'enveniment lorsqu'il y a un manque de personnel, lors de périodes particulièrement achalandées ou quand elles ont à travailler sur une unité autre que la leur. Les conflits entre collègues ont déjà été identifiés comme problématiques par Lavoie-Tremblay et al. (2004), ainsi que par Berland et al. (2007). De plus, Lambert et al. (2007) mentionnent que le manque de soutien, dans les relations

de travail et les conflits entre collègues, s'avèrent néfaste, au même titre que la charge de travail. Quant à l'étude de Ablett et Jones (2007), les participantes parlent de la « frustration » encourue lorsque les communications entre collègues deviennent plus tendues. Ceci les obligerait à établir des « frontières » professionnelles avec leurs consœurs, mais aussi avec les patients.

Validation de l'hypothèse de la régression multiple hiérarchique

La contribution de la présente recherche est d'avoir démontré que la hardiesse est une attitude qui puisse influencer, à la baisse, la détresse psychologique, et ce, malgré la présence de stimuli en provenance du milieu de travail ou de la perception de l'infirmière face aux stressors occupationnels qu'elle identifie comme majeurs.

La totalité des études recensées, (Delmas & al., 2004; Hurst & Koplín-Baucum, 2005; Judkins & Rind, 2005; Ablett & Jones, 2007; Lambert & al., 2007) présentent des résultats similaires à ceux de la présente étude, puisqu'elles dévoilent l'action protectrice de la hardiesse sur la détresse psychologique. En se servant d'une analyse phénoménologique interprétative, l'étude de Ablett et Jones (2007) a permis d'affirmer que la hardiesse est un facteur primordial de résistance au stress. Pour Lambert et al. (2007), le fait qu'une infirmière possède un style de personnalité hardi signifie qu'elle possède aussi un sens de la maîtrise qui lui donne la volonté de faire face aux demandes diverses tout autant que le pouvoir d'affronter les épreuves journalières. Ces résultats sont au diapason des écrits de Maddi (1998) qui certifient que la hardiesse constitue la

meilleure opérationnalisation du courage existentiel puisqu'il motive à traverser les situations difficiles malgré l'inquiétude qui s'y rattache.

Il est vrai que peu d'études contemporaines ait utilisé la détresse psychologique en tant que variable dépendante, préférant corrélérer la hardiesse au stress perçu (Delmas & al., 2004; Judkins & Rind, 2005; Lambert & al., 2007). Quoiqu'il en soit, le lien significatif, et négatif, entre la hardiesse et une variable dépendante représentative du stress, a été démontré. Cependant, en comparant les résultats obtenus à ceux d'études de la décennie passée ayant pour variable dépendante la détresse psychologique (Van Servellen, Topf & Leake, 1994; Duquette & al., 1997), un fait surprend : la moyenne de hardiesse des infirmières semble stable, mais on note une augmentation du taux moyen de détresse psychologique au fil des ans. Van Servellen et al. (1994) obtenaient une moyenne de détresse psychologique de 24,83 % ($\pm 4,24$ %) (hardiesse 72,11 %) tandis que l'étude de Duquette et al. (1997) concluait à un taux de détresse psychologique de 22,14 % ($\pm 14,2$ %) (hardiesse 71,1 %). Après un bond dans le temps de presque deux décennies, la présente étude obtient un taux de détresse psychologique de 48,83 % (hardiesse 72,11 %), et où plus de la moitié (59,4 %, 443) des participantes ont franchi le seuil critique de détresse psychologique. Ces résultats parlent d'eux-mêmes et incitent à se demander pourquoi le pourcentage de détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec est si élevé, étant donné que 93 % ont obtenu un score de plus de 60 % à l'*Échelle des points de vue personnels* (Kerouac & Duquette, 1992).

Une explication à ce phénomène est proposée par Roy (1976, 2009) lorsqu'elle insiste sur l'importance des « niveaux de fonctionnement » qu'elle définit à l'aide d'une zone balisée. Selon l'auteure, il existerait une limite supérieure que les stressés ne devraient pas dépasser sous peine de générer une réponse négative, et ce, malgré la présence d'une attitude positive et le déploiement d'une panoplie de stratégies d'adaptation. En résumé, bien qu'elle possède un style de fonctionnement hardi, les mécanismes d'adaptation de l'infirmière pourraient s'avérer inefficaces si les stimuli dépassent la limite du défi. À ce point, il faut considérer que le niveau de fonctionnement, auquel les infirmières soignantes du Québec sont assujetties, relève dorénavant de ce que Roy qualifie de « *Niveau de fonctionnement critique* » [trad. Libre] (Roy, 2009, p. 335). L'infirmière s'y voit dans l'impossibilité de se réconcilier avec son milieu de travail, ce qui déclenche en elle un sentiment irrévocable d'impuissance et une perte d'espoir auxquels Roy rattache des réactions d'anxiété, de culpabilité et d'amoindrissement de l'estime de soi. Ces qualificatifs définissent un état comparable à celui de détresse psychologique. Selon Roy, puisque ce malaise prend son origine dans le milieu de travail, elle propose qu'une saine adaptation provienne de changements organisationnels au sein de l'organisme d'embauche. Pour Delmas et al. (2004), la mobilisation de la hardiesse, chez l'infirmière, se fait de façon progressive et doit être entretenue dans le temps car elle représente une expression de la créativité et d'une confiance renforcée. Cette pensée rejoint les travaux de Selye (1975) qui démontrent qu'au cœur même de la vie prime le changement et non la stagnation.

Regard sur les variables non influentes

Il faut avouer que, si un grand nombre de prédicteurs étaient pressentis comme pouvant potentiellement exercer une influence sur la détresse psychologique, la majorité d'entre eux n'ont pas réussi à entrer dans l'équation de la régression multiple hiérarchique. Les résultats de la présente étude n'ont démontré aucun lien significatif provenant des domaines de pratique, des quarts de travail ou encore du travail à temps plein. Pourtant, Mrayyan (2009) affirme que l'unité des soins intensifs est la plus touchée par la détresse psychologique. Dans ce cas précis, il est possible que la méthodologie employée par cette auteure – notamment le choix d'un échantillon provenant d'un pays en conflit – soit la cause de cet écart. Il est fort probable que la clientèle de l'urgence, principalement composée de blessés de guerre, puisse produire un effet multiplicateur à la détresse psychologique des infirmières de cette unité. Pour les quarts de travail, il en va autrement. Puisque les participantes de cette étude possèdent au minimum deux années d'expérience, il fut impossible de vérifier la théorie de Mrayyan (2009) et de Purcell et al. (2011) qui veut que le manque d'expérience soit étroitement relié au stress de travailler seule sur le quart de nuit.

Il en est de même pour les variables genre, statut parental et statut marital. Il semblerait que la conciliation travail et vie personnelle (Cassidy 2000; Almand, 2002; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Greeff & al., 2006) n'ait eu que peu d'impact sur la variance de la détresse psychologique des participantes. Il se pourrait que, pour les infirmières soignantes du Québec, ces problématiques,

autrefois si présentes, aient été submergées par une charge de travail et des conflits entre collègues constamment renouvelés. Hipwell, Tyler et Wilson (2011) proposent une autre explication. Ces auteurs croient que les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'infirmière ne suffisent pas à présenter un ensemble d'éléments significatifs, et généralisables, puisque leur composition se modifie au gré du niveau d'éducation, de la culture, des croyances religieuses, des facteurs économiques et même de la région géographique ou encore de l'unité de travail des professionnelles. Selon ces auteurs, seul le niveau déclaré de mécontentement, à l'égard de certains facteurs associés à la perception du stress, peut prédire de façon significative le degré de détresse psychologique (Hipwell & al., 2011).

Recommandations et discussion

Les résultats présentés donnent un éclairage contemporain sur le phénomène de la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec. Maintenant que la force de la corrélation, entre la hardiesse et la détresse psychologique, a pu être vérifiée, les pages qui suivent serviront à dégager les éléments potentiellement importants pour les axes de la profession que sont la formation, la pratique, la gestion et la recherche.

Selon Maddi et Kobasa (1984), il est possible d'acquérir, ou de renforcer, la hardiesse. Du point de vue de la formation, une avenue intéressante serait de colliger les résultats d'infirmières ayant assisté à des séminaires/formations pour contrer le stress. Il se pourrait aussi que de nouvelles recherches puissent mettre en lumière les différences

d'adaptation au stress, en lien avec la présence de préceptorat ou de mentorat prévus à la formation académique. De plus, et afin de devancer l'impact de la charge de travail et des conflits, une avenue de recherche serait de cibler l'enseignement de compétences hardies correspondant aux réactions particulières de chacune lorsque mis en face d'une situation stressante (Maddi, 2002; Roy, 2009). Puisqu'elles sont les infirmières du futur, une autre perspective serait d'explorer la hardiesse en regard du taux alarmant d'épuisement professionnel et d'abandon de la profession (Simons, 2008) auprès des candidates à l'exercice de la profession. Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron et Harvey (2010) associent, indirectement, cette démobilisation à un manque de soutien et à des relations interprofessionnelles de piètre qualité, éléments pouvant miner la capacité d'adaptation.

Du point de vue de la pratique, une avenue intéressante, pour la discipline, est la répercussion de recherches axées sur des interventions destinées non seulement aux infirmières mais à l'ensemble des groupes à risque élevé de stress. Étant donné que la détresse psychologique n'est pas considérée, par le DSM IV, comme une maladie mentale (American Psychiatric Association, 2000), les résultats de telles recherches ouvriraient la porte à la création d'activités de promotion du bien-être mental par des infirmières spécialisées en ce domaine. Il faut se rappeler qu'un aspect inusité, de la présente recherche, provient de l'utilisation de la détresse psychologique comme variable dépendante. Non seulement ce choix permet de décrire une manifestation objective d'une réponse d'adaptation non efficace (Roy, 1976/2009) à l'égard des

stresseurs, mais cela fait de la détresse psychologique un indicateur salutogénique du bien-être mental pouvant être utilisé lors d'interventions infirmières. À cet effet, les résultats de cette étude pourraient contribuer à changer la pratique des soins.

Du point de vue de la gestion, l'exploration de la hardiesse pourrait servir à mesurer l'impact possible des stresseurs sur le bien-être mental des infirmières, mais pourrait aussi seconder le développement d'une collégialité auprès de ce groupe. Le fait que la hardiesse puisse se dresser à l'encontre de la détresse psychologique, devrait inciter les divers paliers de gestion à développer une culture de la hardiesse en milieu de travail. Le jumelage de celle-ci, avec des stratégies managériales, permettrait de rejoindre non seulement les infirmières ayant préalablement cultivé une saine vision de leur environnement de travail (Roy, 2009, p. 41) mais aussi d'accueillir les gens moins hardis (Maddi, 2002). Par ricochet, une stratégie encourageant le renforcement de la hardiesse aurait l'avantage de produire une forme de « contagion » où les personnes ayant adopté une attitude moins hardie en viennent à croire qu'elles ont, elles aussi, une influence sur l'adversité au point d'être capable d'en faire la démonstration (Maddi, 2002). Il est vrai que l'adoption de mécanismes d'embauche, axés sur une génération d'infirmières hardies, puisse s'avérer séduisante. Cependant, et afin de décourager cette pratique, disons seulement que de ne pas considérer l'importance de développer, et de cultiver, la hardiesse chez le personnel soignant serait sans tenir compte du déclin possible de ce style de fonctionnement.

Du point de vue de la recherche, il est fort à espérer que l'augmentation des taux de détresse psychologique, tel que constaté au fil des ans, puissent aiguillonner de nouvelles recherches vers une « mesure » du degré d'usure de la hardiesse en milieu hospitalier. Une autre avenue serait la création de techniques de renforcement de la hardiesse adaptées aux besoins réels de ces soignantes et soignants.

Forces et limites

Une des premières forces de l'étude est la contenance de son échantillon. Même si celui-ci est non probabiliste, la comparaison des données, avec celles de la population, permet de présumer que l'échantillon en soit un de qualité, possédant un pouvoir d'analyse satisfaisant. De plus, le nombre de participantes s'avère élevé par rapport aux autres études menées sur le sujet. Il est possible d'attribuer ce fait à deux facteurs. En premier lieu, et même si elle n'a pas permis une méthode d'échantillonnage probabiliste, la liste nominative de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec a contribué à la taille de l'échantillon par le nombre de candidates proposées. En second lieu, la méthode de collecte de données, par passation électronique, a facilité l'obtention d'un taux élevé de réponses grâce à sa rapidité et à une accessibilité accrue. Disons, finalement, qu'une autre force de cette étude est sa contribution à l'avancement des connaissances sur la relation entre la hardiesse et la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec.

Une première limite revient à l'utilisation d'un devis corrélationnel prédictif. Malgré qu'il s'appuie sur des propositions théoriques, et qu'il contienne des hypothèses en vue d'une prédiction (Fortin, 2010), il ne permet pas l'introduction d'une intervention servant à modifier la variable dépendante. Une seconde limite pourrait être associée au processus d'échantillonnage. Le fait d'extraire les participantes ayant travaillé moins de 7 heures/semaine, au cours des trois derniers mois, pourrait avoir contribué à éliminer un certain nombre d'infirmières se trouvant en congé pour épuisement professionnel. Une stratégie d'analyse, permettant d'isoler cette partie de la population, aurait permis de fournir une vision plus complète de la problématique à l'étude.

Une autre limite pourrait être associée au questionnaire. Il est vrai que les trois instruments utilisés, pour mesurer la hardiesse, la détresse psychologique et la perception de l'intensité des stressors occupationnels, jouissent d'une excellente fidélité et validité de construit. Cependant, suite à l'ajout d'une section sociodémographique, l'ensemble totalisait 108 questions. L'idée que la longueur du questionnaire puisse être considérée comme une limite à l'étude est supportée par le fait que plus de 50 % des participations, ayant dû être retiré, l'ont été pour cause de non complétion de la dernière section.

Conclusion

En amont de la maladie mentale, et en aval de l'allégresse, existe une zone grise et taboue : la détresse psychologique. Cet état, qui se démarque par un sentiment de découragement et de mal-être, proviendrait d'une incapacité de se protéger de stressseurs perçus comme menaçants, voire même dépassant la capacité d'adaptation d'un être humain. Sur la base des conclusions de cette étude, il est possible d'avancer que plus de la moitié des 746 infirmières soignantes du Québec, ont rapporté vivre un niveau élevé de détresse psychologique. Les résultats indiquent également que le prédicteur le plus prometteur demeure de posséder un style de fonctionnement hardi.

Si cette recherche emprunte un chemin connu, la taille de la population choisie et la conjoncture actuelle ont justifié cette nouvelle démarche. De plus, contrairement aux recherches existantes qui ont tendance à corréler la hardiesse avec la perception du stress, le côté inusité de cette étude fut de vérifier le lien entre la hardiesse et la détresse psychologique, tout en intégrant la perception du stress à titre de variable indépendante.

En cette époque où la performance et l'efficacité remplacent trop souvent la qualité du soin, le but de cette recherche était de recueillir des données factuelles sur le sens et l'intensité du lien qui existe entre la hardiesse et la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec. Malgré certaines limites, les résultats générés s'avèrent pertinents pour une utilisation ultérieure. Il ne reste plus qu'à souhaiter que ces mêmes résultats réussissent à sensibiliser l'infirmière quant à l'influence que les stressseurs exercent sur son bien-être et sa qualité de vie professionnelle.

Références

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology, 16*, 733-740.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress, 23*(3), 244-263.
- Almand, C. S. (2002). *Parenting daily hassles and parents of children with disabilities: Relationships to maternal efficacy, maternal satisfaction, and social support* (Thèse de doctorat inédite). University of Georgia, Athens, GA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition – revised). Washington DC : American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. London: Jossey-Bass.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology, 60*, 421-449.
- Bartone, P. T. (2006). Resilience under military operational stress: Can leaders influence hardiness? *Military Psychology, 18* [Supplement], S131-S148.
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups. Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 729-750.
- Ben-Zur, H., Yagil, D., & Oz, D. (2005). Coping strategies and leadership in the adaptation to social change: The Israeli kibbutz. *Anxiety, Stress, and Coping, 18*, 87-103.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menio Park: Addison-Wesley.
- Berland, A., Natvig, G. K., & Gundersen, D. (2007). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing, 24*, 90-97.

- Blegen, M. A., & Mueller, C. W. (1987). Nurses' job satisfaction: A longitudinal analysis. *Research in Nursing, 10*, 227-237.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., & Vézina, M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec*. Sainte-Foy: Centre de santé publique de Québec.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., 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: Direction générale de la santé publique du Québec.
- Bourbonnais, R., & Gauthier, N. (2006). *Changer l'environnement psychosocial de travail pour améliorer la santé mentale* (Rapport no R-462). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P. J., Brisson, C., Alderson, M., Bégin, P., & Ouellet, J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Pistes, 7*, 1-30.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines* (Rapport no R-342). Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Burger J. L., Parker K., Cason L., Hauck, S. L., Kaetzel, D., O'Nan, C., & White, A. (2010). Responses to work complexity: The novice to expert effect. *Western Journal of Nursing Research 32* (4), 497-510.
- 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 inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Cash, M. L., & Gardner, D. (2011). Cognitive hardiness, appraisal and coping: Comparing two transactional models. *Journal of Managerial Psychology, 26*(8), 646-664.
- Cassidy, T. (2000). Stress, healthiness and health behaviours: An exploration of the role of life events, daily hassles, cognitive appraisal and the coping process. *Counselling Psychology Quarterly, 13*(3), 293-311.

- Chaire en Gestion de la Santé et de la Sécurité du Travail dans les Organisations (CGSSTO) (2009). Repéré à <http://www.cgsst.com/fra/acceuil-sante-psychologie-travail.asp>
- Cronbach, L. J., & Warrington, W. G. (1951). Time-limit tests: Estimating their reliability and degree of speeding. *Psychometrika*, 16(2), 167-188.
- Cole, M. S., Bruch, H., & Vogel, B. (2006). Emotion as mediators of the relations between perceived supervisor support and psychological hardiness on employee cynicism. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 463-484.
- Cooper, C., & Dewe, P. (2008). Well-being – absenteeism, presenteeism, costs and challenge. *Occupational Medicine*, 58, 522-524.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore : University Park Press.
- 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 inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Delmas, P. (2001). *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* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Delmas, P., Duquette, A., Bourdeau, M., & Pronost, A.-M. (2004). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *L'infirmière clinicienne*, 1, 12-24.
- Delmas, P., Duquette, A., & Pronost, A.-M. (2007). La santé au travail vue sous l'angle d'une ressource personnelle : La hardiesse. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc (Éds), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 89-106). Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenluth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a selfreport symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Deschênes, M. (1998). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14) chez une population adolescente. *Psychologie canadienne*, 39(4), 288-298.

- Ducharme, F., Ricard, N., Duquette, A., Lévesque, L., & Lachance, L. (1998). Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 149-159.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B. K., Ducharme, F., & Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 443-456.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B., & Saulnier, P. (1995). *Étude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Montréal : Université de Montréal.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B., Saulnier, P., & Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 257-278.
- Duxbury, L., & Higgins, C. (2001). *Recueil travail-vie personnelle 2001. 150 statistiques canadiennes sur le travail, la famille et le bien-être*. Ottawa : DRHC.
- European Agency for Safety and Health at Work (EASHW) (2003). *Preventing psychosocial risks at work: European perspectives. Closing event of the European Week for Safety and Health at Work*. Repéré à <http://osha.europa.eu/en/publications/forum/9/view?searchterm=novembre%202002>
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Repéré à www.chsrf.ca
- Fortin, (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e édition). Montréal : Chenelière Éducation.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.
- Goodley, D. (2000). *Self-advocacy in the lives of people with « learning difficulties »*. Buckingham: Open University Press.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavior Assessment*, 3(1), 11-23.

- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & DeMot, L. (2006). Resiliency in divorced families. *Social Work in Mental Health, 4*(4), 67-81.
- Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*, (5th Ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hipwell, A. E., Tyler, P. A., & Wilson, C. M. (2011). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology, 62*(1), 71-79.
- Hurst, S., & Koplin-Baucum, S. (2005). A pilot qualitative study relating to hardiness in ICU nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing, 24*, 97-100.
- Huston, C. (2006). Understanding organizational, political, and personal power. Dans C. Huston (Ed.), *Professional Issues in Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. *Psychological Reports, 39*, 1215-1228.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2005). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa : Bibliothèque et Archives Canada.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca>
- Institut de la statistique Québec (ISQ) (2008). *Santé et bien-être Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (N° de catalogue MR21-18/2010F-PDF). Repéré à http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) (2011). *Une approche systématique d'identification des déterminants de l'incapacité liés au travail et à la santé psychologique dans un secteur ciblé* (Rapport no R-679). Bibliothèque et Archives nationales: IRSST.

- Judkins, S., & Rind, R. (2005). Hardiness, job satisfaction, and stress among home health nurses. *Home Health Care Management & Practice, 17*, 113-118.
- Just, H. D. (1999). *Hardiness: Is it still a valid concept?* (Thèse de doctorat inédite). St. Edwards University, Austin, TX.
- Kardum, I., Hudek-Knezevic, J., & Krapic, N. (2012). The structure of Hardiness, its measurement invariance across gender and relationships with personality traits and mental health outcomes. *Psychological Topics, 21*(3), 487-507.
- Kerouac, S., & Duquette, A. (1992). *Étude longitudinale des déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieu gériatriques* (Rapport no CQRS RS 70). Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Kessler, R. C., Andrews, G., & Colpe, L. J. Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*, 956-959.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe The future direction of mental health care*. Berkshire: McGraw Hill Open University Press.
- Kobasa, S. C. (1977). *Stress, Personality, and Health. A Study of an Overlooked Possibility* (Thèse de doctorat inédite). University of Chicago, Chicago, IL.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1-11.
- Kobasa, S. C. (1985). *The Personal Views Survey*. Chicago: The Hardiness Institute.
- Kovess, V. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski* (Tomes 1 et 2). Verdun : Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspective de la santé des canadiens Un document de travail* (N° de cat. H31-1374). Gouvernement du Canada : Ministre de la Santé et du Bien-être social.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Petrini, M., Li, X. M., & Zhang, Y. J. (2007). Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People's Republic of China. *International Council of Nurses, journal compilation by the authors, 54*, 85-91.

- Lang, A., Goulet, C., Aita, M., Giguère, V., Lamarre, H., & Perreault, E. (2001). Weathering the storm of perinatal bereavement via hardiness. *Death Studies, 25*, 497-512.
- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospitals settings. *Journal of Advanced Nursing, 66*(12), 2732-2742.
- Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vézina, M., Durand, P. J., & Rochette, L. (2004). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 655-664.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leclerc, E. (1999). *Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress occupationnel et la détresse psychologique d'infirmières de médecine-chirurgie* (Mémoire inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Lemelin, L., Bonin, J.-P., & Duquette, A. (2009). Workplace violence reported by Canadian nurses. *Canadian Journal of Nursing Research, 41*(3), 152-167.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. (ÉRPI).
- Maddi, S. R. (1990). Issues and interventions in stress mastery. Dans H. S. Friedman (Éd.), *Personality and Disease* (pp. 121-154). New-York: John Wiley and Sons, Inc.
- Maddi, R. S. (1998). Hardiness and health and effectiveness. In H. S. Friedman (Ed), *Encyclopedia of Mental Health* (pp323-335). San Diego: Academic Press.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 54*, 173-185.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 160-168.
- Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Marleau, D. (2009). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/effectif_infirmier_2009-2010.pdf

- Marleau, D. (2011). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/effectif_infirmier_2010-2011.pdf
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : Une analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24, 571-584.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMDEP. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007). *Personnel infirmier : Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de statistique du Québec (MSSS-INSPQ-ISQ) (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec Les statistiques* (Rapport no INSPQ-2006-079). Bibliothèque et archives nationales du Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de statistique du Québec (MSSS-INSPQ-ISQ) (2011). *Pour guider l'action – portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*. Bibliothèque et archives nationales du Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Morissette, F. (1993). *Facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmières francophones œuvrant aux soins intensifs au Québec*. Document inédit, Université de Montréal, Montréal, QC.
- Mrayyan M. T. (2009). Job stressors and social support behaviors: Comparing intensive care units to wards in Jordan. *Contemporary Nurse* 31 (2), 163–175.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (1998). *La détresse psychologique progresse chez les infirmières. Une enquête rendue publique au congrès de l'Acfas le confirme. Le Journal*, 6. Repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol6no1/ap22.htm>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva: World Health Organization.

- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2006). *Working together for health – the world health report 2006*. Repéré à http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
- Ouellette, S. C. (1993). Clarification of sampling in some early hardiness articles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(1), 207.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans L'enquête Santé Québec (Rapport no 7)*. Gouvernement du Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Préville M, Potvin L, & Boyer R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77(1), 275-93.
- Purcell, S. R., Kutash, M., & Cobb, S. (2011). The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19, 714-720.
- Roy, C. (1976). *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 26-34.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Saint-Pierre, C. (2002). *Élaboration et vérification d'un modèle prédictif de l'adaptation aux rôles associés de mère et de travailleuse à statut précaire* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Selye, H. (1974). *Le stress de la vie* (2^{ième} éd.). Paris : Éditions Gallimard.
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1, 37-44.
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Sciences*, 31(2), E48-E59.
- Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmière de 2005 Résultats* (No 83-003-XPF au catalogue). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca>

- Statistique Canada (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Questionnaire de 2008*. Repéré à <http://www23.statcan.gc.ca>
- Statistique Canada (2012). *Classification d'heures de travail temps plein temps partiel*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/labour-travail-class03b-fra.htm>
- Statistique Canada (2012b). *Non-Probability Sampling*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-eng.html>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using Multivariate Statistics* 6th Ed. Needham Heights: Pearson Education Company.
- Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse-nurse relationships through reflective-practice and action-research. *International Journal of Nursing Practice*, 7(6), 406-413.
- Tourangeau, E. A., Cummings, G., Cranley, A. L., Ferron, M. E., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: Broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 22-32.
- Van Servellen, G., Topf, M., & Leake, B. (1994). Personality hardiness, work-related stress and health in hospital nurses. *Hospital Topics*, 72(2), 34-39.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Mayrand Leclerc, M. (2007). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Viswesvaran, C., Sanchez, J. I., & Fisher, J. (1999). The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 54, 314-334.
- Watson Wyatt Worldwide (2007). *Staying @ Work: Effective Presence at Work. Canada: 2007 Survey Report*. Repéré à <http://www.easna.org/>

Appendice A

Indice de détresse psychologique (IDPESQ-14) (Préville, Boyer, Potvin, Perrault & Légaré, 1992)

**INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
(IDPESQ-14)**

NOUS AIMERIONS MAINTENANT ABORDER AVEC VOUS CERTAINS ASPECTS DE VOTRE SANTÉ. POUVEZ-VOUS NOUS DIRE À QUELLE FRÉQUENCE LES SITUATIONS SUIVANTES SONT SURVENUES AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE (7 JOURS)?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1	2	3	4

Dans la dernière semaine...

5	Vous êtes-vous sentie désespérée en pensant à l'avenir ?	1	2	3	4
6	Vous êtes vous sentie seule ?	1	2	3	4
7	Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	1	2	3	4
10	Vous êtes-vous sentie découragée ou avez-vous eu les « bleus » ?	1	2	3	4
11	Vous-êtes-vous sentie tendue ou sous pression ?	1	2	3	4
12	Vous êtes-vous laissée emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	1	2	3	4
14	Vous êtes-vous sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses ?	1	2	3	4
16	Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	1	2	3	4
17	Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	1	2	3	4
19	Avez-vous pleuré facilement ou vous-êtes-vous sentie sur le point de pleurer ?	1	2	3	4
23	Vous êtes-vous sentie agitée ou nerveuse intérieurement ?	1	2	3	4
25	Vous êtes-vous sentie négative envers les autres ?	1	2	3	4
26	Vous êtes-vous sentie facilement contrariées ou irritée ?	1	2	3	4
27	Vous êtes-vous fâchée pour des choses sans importance ?	1	2	3	4

Appendice B

Échelle des points de vue personnels (Kérouac & Duquette, 1992)

ÉCHELLE DES POINTS DE VUE PERSONNELS

(PVS II)

VOICI MAINTENANT QUELQUES AFFIRMATIONS QUE VOUS APPROUVEREZ OU DÉSAAPPROUVEREZ. SENTEZ-VOUS A L'AISE DE NOUS INDICHER CE QUE VOUS RESSENTEZ PRÉSENTEMENT EN INDICHER 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			
		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 des changements dans mon quotidien	1	2	3	4
K	Peu importe, tous mes efforts n'aboutissent à rien	1	2	3	4
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
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	Ça 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 frustré(e) et malheureux(euse)	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
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 serai vieille (vieux)	1	2	3	4

Appendice C

Échelle des Stresseurs en Soins Infirmiers (Duquette, Kerouac, Sandhu & Saulnier, 1995)

ÉCHELLE DES STRESSEURS EN SOINS INFIRMIERS

(ÉSSI)

VOICI DES SITUATIONS SUSCEPTIBLES DE SE PRODUIRE DANS UNE UNITÉ DE SOINS. DEUX SÉRIES DE RÉPONSES SONT PROPOSÉES.

		Indiquez le chiffre qui correspond à l'intensité du stress généralement ressentie au moment de la situation			
		Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
A	Être critiqué par un médecin	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
B	Voir souffrir un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
C	Pas assez de personnel dans l'unité	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
D	La mort d'un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
E	Prendre une décision en l'absence d'un médecin	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
F	Appliquer un traitement douloureux pour un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
G	Vous sentir impuissant(e) face à un patient dont l'état de santé ne s'améliore pas	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
H	Être en conflit avec l'infirmière responsable	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
I	Écouter ou discuter avec un patient de sa mort prochaine	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
J	Le manque d'occasion de pouvoir discuter librement des problèmes de l'unité avec les collègues	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4

K	Être en conflit avec un médecin	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
L	Avoir peur de faire une erreur en soignant un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
M	Le manque d'occasions de pouvoir partager vos expériences et vos sentiments avec d'autres collègues de l'unité	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
N	Le décès d'un patient avec qui vous aviez établi une relation personnelle	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
O	Le médecin n'était pas présent lors du décès d'un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
P	Être en désaccord avec un traitement précis à un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
Q	Vous sentir insuffisamment préparé(e) pour apporter un soutien émotionnel à la famille du patient	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	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
S	Ne pas avoir assez d'information sur l'état médical d'un patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
T	Ne pas être capable de répondre d'une manière satisfaisante à une question du patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
U	Être assigné(e) à d'autres unités où il y a un manque de personnel	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
V	Avoir des difficultés à travailler avec un, une ou plusieurs collègues d'une autre unité	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
W	Vous occuper d'un patient exigeant, mécontent ou déprimé	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
X	Vous sentir insuffisamment préparé(e) pour apporter un soutien émotionnel au patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
Y	Être critiqué(e) par un supérieur immédiat	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4

Z	Personnel et horaires imprévisibles	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
AA	Un médecin qui semble prescrire un traitement inapproprié pour le patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
BB	Trop de travail de bureau et non d'infirmière	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
CC	Le manque de temps pour apporter un soutien émotionnel au patient	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
DD	Une certaine difficulté de travailler avec un, une ou plusieurs collègues de votre unité	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
EE	Ne pas avoir assez de temps pour pouvoir compléter vos tâches d'infirmière	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
FF	Un médecin qui n'est pas présent pendant un cas d'urgence médicale	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	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4
HH	Incertitude quand à l'utilisation et le fonctionnement d'équipements spécialisés	Aucun stress 1	Un peu stressant 2	Assez stressant 3	Très stressant 4

Appendice D
Demandes d'autorisation et réponses

Sainte Adèle

2011-03-27

Dr F. W. Iffeld
718 Alhambra Blvd.
Sacramento, CA 95816

Dr. Iffeld,

I am a Master Student in the Nursing Faculty of the University of Québec in Outaouais. I have a research interest in **Verifying the nature of relations between each of the concepts of the hardy personality and the psychological distress of Nurses of province of Québec.** I intend to use the shorter version of your scale – IDPESQ14 (Trans. Prévile, Boyer, Potvin, Perrault & Légaré, 1992) – for my master dissertation. Your permission is necessary to continue my research.

Thanking you for your cooperation

Yours truly,

Original signé par Nicole Jacob

Nicole Jacob, inf., B Sc., MS
1515 chemin du Vieux Puits
Ste Adèle, QC
Canada
J8B 1R5
Nicole.jacob@uqo.ca

Sainte Adèle

2011-03-27

Dr F. W. Field
 718 Alhambra Blvd
 Sacramento, CA 95816

Dr. Field,

I am a Master Student in the Nursing Faculty of the University of Québec in Outaouais. I have a research interest in **Verifying the nature of relations between each of the concepts of the hardy personality and the psychological distress of Nurses of province of Québec**. I intend to use the shorter version of your scale – IDPE-SQ14 (trans Prévilla, Boyer, Potvin, Pemasik & Légaré, 1992) – for my master dissertation. Your permission is necessary to continue my research.

Thanking you for your cooperation

Yours truly



Nicole Jacob, Inf. & Sc., MS
 1515 chemin du Vieux Puits
 Ste Adèle, QC
 Canada
 J8H 1R5

njacob@uqo.ca

Nicole, You have my permission to use my scale (Psychiatric Symptom Index) or a shortened version of it WITH THE FOLLOWING CONDITIONS -- that I receive a summary of your work. Note my changed mailing address -- PO BOX 2160, OAKMOUNT VALLEY, CA 95116.

My email address is FIELD@GMAIL.COM

Frank Field, M.D.

Ste Adèle

2011-03-27

Dr Maddi
Salvatore Maddi Ph.D.
Founder of the Hardiness Institute
The Hardiness Institute, Inc
4425 Jamboree, Suite 140
Newport Beach, CA 92668
Tel: 949.252.0580
Fax: 949.252.8087
E-mail: hardiness1@aol.com

Dr. Maddi,

I am a Master Student in the Nursing Faculty of the University of Québec in Outaouais. I have a research interest in **Verifying the nature of relations between each of the concepts of the hardy personality and the psychological distress of Nurses of province of Québec**. Your permission to use your scale PVS II is necessary to continue my research.

Thanking you for your cooperation

Yours truly

Original signé par Nicole Jacob

Nicole Jacob, inf., B Sc., MS
1515 chemin du Vieux Puits
Ste Adèle, QC
Canada
J8B 1R5
Nicole.jacob@uqo.ca

From: hardiness1@aol.com [<mailto:hardiness1@aol.com>]
Sent: 20 juin 2011 18:19
To: nicole.jacob@actionsantecanada-inc.org
Subject: Re: Dr. Maddi - Permission to use your Scale

Dear Nicole Jacob,

Thanks for your interest in hardiness. It is fine with me for you to use the Personal Views Survey in your research. But, you mentioned the PVS II, and we now use the PVS III-R. The test has evolved over years, and the latest is not only the shortest but the best. Also, the Hardiness Institute, which copyrights and trademarks the test, does not reveal its scoring algorithm. So, do you know how to score the PVS II, or would you need us to do it for you? As we no longer use that long, early version of the test, we do not even score it for people anymore. I suppose, if you already have your data, we could provide you with the latest version, the PVS III-R, and you could make sure to use only those items in your study. Then, we could score the items for you, providing you with scale scores for commitment, control, challenge, and total hardiness. Our research fee for that is \$0.50 per subject.

Cheers, Sal Maddi

-----Original Message-----

From: Nicole Jacob <nicole.jacob@actionsantecanada-inc.org>
To: hardiness1 <hardiness1@aol.com>

Ste Adèle,

2011-02-15

Dr. James G. Anderson
Purdue University
Department of Sociology and Anthropology
West Lafayette
Indiana 47907
Office Phone: (765) 494-4703
E-mail: andersonj@purdue.edu

Dear Dr. James G. Anderson,

I am a master student in the Nursing Faculty of the University of Québec in Outaouais. I have a research interest in **Verifying the nature of relations between each of the concepts of the hardy personality and the psychological distress of Nurses of province of Québec**. I would like your permission to use « The Nursing Stress Scale » for my Master Dissertation.

Thank you for your collaboration

Yours sincerely,

Original signé par Nicole Jacob

Nicole Jacob, inf., B Sc., MS
1515 chemin du Vieux Puits
Ste Adèle, QC
Canada
J8B 1R5
nicole.jacob@uqo.ca

Ste Adèle,

2011-03-27

Dr Pamela A. Gray-Toft
Methodist Hospital of Indiana, Inc
Department of Medical Research
Indianapolis, Indiana
46202

Dr. Pamela A. Gray-Toft,

I am a Master Student in the Nursing Faculty of the University of Québec in Outaouais. I have a research interest in **Verifying the nature of relations between each of the concepts of the hardy personality and the psychological distress of Nurses of province of Québec**. I would like your permission to use "The Nursing Stress Scale" for my Master Dissertation.

Thank you for your collaboration

Yours sincerely,

Original signé par Nicole Jacob

Nicole Jacob, inf., B Sc., MS
1515 chemin du Vieux Puits
Ste Adèle, QC
Canada
J8B 1R5
nicole.jacob@uqo.ca

Nicole Jacob

From: nicole.jacob@uqo.ca
Sent: 7 février 2013 21:55
To: nicole.jacob@actionsantecanada-inc.org
Subject: FW: NSS
Attachments: Nursing Stress Scale letter.doc; nursing stress scale.pdf

From: Anderson, James G [<mailto:janders1@purdue.edu>]
Sent: Monday, April 11, 2011 3:28 PM
To: 'nicole.jacob@uqo.ca'
Subject: NSS

Nicole, you have our permission to use the attached Nursing Stress Scale in your research. Good luck.

James G. Anderson, Ph.D.
Professor of Medical Sociology
Professor of Health Communication
Fellow, American college of Medical Informatics
Department of Sociology
700 West State Street
Purdue University
West Lafayette, IN 47906-2059
Tel: 765-494-4703 FAX: 765-496-1476
web.ics.purdue.edu/~janders1

Aucun virus trouvé dans ce message.
Analyse effectuée par AVG - www.avg.fr
Version: 2012.0.2238 / Base de données virale: 2639/5587 - Date: 07/02/2013

Appendice E
Formulaire d'Engagement de confidentialité de l'Ordre des infirmières et des infirmiers
du Québec



ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Nous nous engageons à respecter la confidentialité de toute l'information fournie par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en ce qui a trait à la liste «des infirmières et infirmiers exerçant des fonctions cliniques», à ne pas divulguer ou communiquer ces données en aucun temps, à toute autre personne, organisation ou société et à n'utiliser ces données que pour les fins du projet soumis à l'OIIQ.

Pour l'obtention de renseignements nominatifs de membres de l'OIIQ, les demandeurs, représentés par Mme Nicole Jacob, inf., B.Sc, Université du Québec en Outaouais, s'engagent également à détruire les données reçues, y compris les copies de sécurité, dès que le projet sera terminé.

Original signé par Nicole Jacob

Nicole Jacob, inf., B Sc
Étudiante à la maîtrise
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais (UQO)

Retourner à :

Madame Sylvie Marier
Directrice des Services aux clientèles et des Communications
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boul. Dorchester Ouest
Montréal (Québec) H3Z 1V4
Télécopieur : (514) 935-2055

Appendice F
Courriels d'invitation à l'intention des participants



Université du Québec en Outaouais

Bonjour,

Nous sollicitons, par la présente, votre participation à une recherche. Celle-ci a pour but de vérifier la nature des relations entre la personnalité hardie et la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec.

Si vous croyez vouloir participer, la première étape est d'ouvrir le lien [formulaire de consentement](#) Nous vous invitons à lire ce document avec attention. Votre participation à ce projet est d'autant plus importante qu'elle touche un aspect délicat de la profession.

Si vous avez des questions concernant la nature de ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec Nicole Jacob au (514) 567-3376 ou par courriel à l'adresse électronique nicole.jacob@uqo.ca

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration,

Nicole Jacob, inf. B Sc. Étudiante à la Maîtrise en sciences infirmières (profil avec mémoire) à l'Université du Québec en Outaouais. (514) 567-3376. nicole.jacob@uqo.ca

Mario Lepage, inf., Ph D. Directeur de la recherche. Professeur et Directeur du département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 # 2293. mario.lepage@uqo.ca

Chantal Saint-Pierre, inf., Ph D. Codirectrice de la recherche. Professeure, Directrice du module des sciences infirmières et Responsable des études de deuxième cycle, à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 # 2347.

chantal.saint-pierre@uqo.ca



Université du Québec en Outaouais

Bonjour,

Il y a quelques semaines, vous receviez un courriel vous invitant à participer à une recherche. Celle-ci vise à vérifier la nature des relations entre la personnalité hardie et la détresse psychologique des infirmières soignantes du Québec.

Cette missive se veut un rappel amical, pour inviter celles et ceux qui ne l'ont pas déjà fait, à participer à une recherche touchant un aspect délicat de la profession.

À cet effet, la première étape est d'ouvrir le lien [formulaire de consentement](#) Nous vous invitons à lire ce document avec attention.

Votre participation à ce projet est importante et nous vous remercions de l'intérêt que vous y accordez.

Si vous avez des questions concernant la nature de ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec Nicole Jacob au (514) 567-3376 ou par courriel au nicole.jacob@uqo.ca

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration,

Nicole Jacob, inf. B Sc. Étudiante à la Maîtrise en sciences infirmières (profil avec mémoire) à l'Université du Québec en Outaouais. (514) 567-3376.

nicole.jacob@uqo.ca

Mario Lepage, inf., Ph D. Directeur de la recherche. Professeur et Directeur du département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 # 2293.

mario.lepage@uqo.ca

Chantal Saint-Pierre, inf., Ph D. Codirectrice de la recherche. Professeure, Directrice du module des sciences infirmières et Responsable des études de deuxième cycle, à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 # 2347.

chantal.saint-pierre@uqo.ca

Appendice G

Formulaire de consentement destiné aux participants de la recherche



Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

283, boul. Alexandre-Taché

C.P. 1250, succursale Hull

Gatineau (Québec)

Canada

J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 / 1 (800) 567-1283

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX
PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE**

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

**Vérifier la nature des relations entre la personnalité hardie et la détresse
psychologique chez les infirmières soignantes du Québec.**

Chercheurs principaux : *Nicole Jacob, inf. B Sc.* Étudiante à la Maîtrise en sciences infirmières (profil avec mémoire) à l'Université du Québec en Outaouais. (514) 567-3376. nicole.jacob@uqo.ca

Mario Lepage, Ph D. Professeur et Directeur du département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 # 2293. mario.lepage@uqo.ca

Chantal Saint-Pierre, Ph D. Professeure, Directrice du module des sciences infirmières et Responsable des études de deuxième cycle, à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 # 2347. chantal.saint-pierre@uqo.ca

Organismes subventionnaires : MELS-Université Bourse de fin d'études à la Maîtrise.

INTRODUCTION

À titre d'infirmière et d'infirmier inscrits au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), nous vous invitons à participer au projet de recherche énoncé dans le titre. Le présent document sert à vous informer en vue de votre participation et précise toutes les informations importantes que vous devez connaître avant de consentir à participer à l'étude. Il est donc très important que vous lisiez la totalité de ce document et que vous vous assuriez de comprendre toutes les informations. S'il subsistait une incertitude, ou si vous aviez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec Mme Nicole Jacob par courriel au jacn03@uqo.ca ou en personne au (514) 567-3376.

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche a pour but de recueillir des données probantes sur la santé mentale des infirmières soignantes et infirmiers soignants du Québec à l'aide d'un sondage électronique composé de questionnaires.

NATURE DE LA PARTICIPATION

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire d'une durée d'environ 45 minutes. Il peut être rempli au moment et à l'endroit qui vous semblent les plus opportuns. Un premier volet sert à recueillir les données sociodémographiques jugées nécessaires pour l'analyse des données. Le reste des questions portent sur les stressés vécus au travail, le niveau de stress qui en résulte et votre façon d'y réagir.

BÉNÉFICES PRESENTIS

Répondre au questionnaire pourrait vous permettre de faire le point sur votre qualité de vie au travail. Toutefois, il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Cependant, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine.

RISQUES POTENTIELS

Les risques liés à ce projet de recherche ont trait à la nature des questions posées ainsi qu'à la confidentialité des réponses.

Vous pourriez ressentir un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Si tel est le cas, vous ne devez pas hésiter à en faire mention afin de recevoir le soutien nécessaire. *Si vous vivez de la détresse, vous êtes invités à prendre rendez-vous avec votre médecin ou à contacter Info-Santé au 811.*

Quant à la confidentialité, les données recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle et aucune information conservée ne pourra mener à votre identification.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

Le chercheur s'engage à respecter la vie privée et les renseignements personnels des participants. Afin de protéger l'anonymat des participants, un numéro d'identification sera substitué à l'adresse courriel de chaque participant et les données seront traitées pour l'ensemble du groupe et non de manière individuelle.

La récupération des données sera faite à l'aide d'un site sécurisé. Afin de conserver l'ordre de vos réponses, un fichier temporaire appelé « Cookie » sera sauvegardé sur votre ordinateur. Une fois le sondage terminé, ce fichier sera retiré automatiquement et les données seront encryptées selon la méthode SSL. Nul autre que le chercheur ne peut avoir accès à ces données. La diffusion des résultats sera faite de manière dénominalisée et globalisée, sous forme de statistiques.

Les données électroniques seront mises sur un périphérique d'entreposage de mémoire de masse. Ce disque dur externe, et les données qu'il contient, sera entreposé à l'Université du Québec en Outaouais, pour une durée de cinq ans, dans un des locaux verrouillés du directeur de mémoire, dans un classeur fermé à clé. Après cette période, les données seront effacées. Advenant la non complétion d'un questionnaire, les données qu'il contient seront détruites.

COMPENSATION DES PARTICIPANTS

Aucune compensation ne vous sera versée pour votre participation à cette étude.

PERSONNES RESSOURCES

Cette recherche est réalisée sous la direction du Dr Mario Lepage et du Dr Chantal Saint-Pierre. De plus, cette recherche détient une accréditation éthique du Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez communiquer avec une de ces personnes :

Mme Nicole Jacob, inf. B Sc. (514) 567-3376

M. Mario Lepage (819) 567-3900 # 2293

Mme Chantal Saint-Pierre, Ph D. (819) 567-3900 # 2347

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des inquiétudes, des plaintes ou des commentaires à formuler touchant l'éthique de ce projet de recherche, veuillez communiquer avec :

Mme Isabelle Green-Demers

Présidente du Comité d'Éthique et de la Recherche

Université du Québec en Outaouais

(819) 595-3900 # 2246

isabelle.green-demers@uqo.ca

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Les résultats de cette étude seront publiés dans un mémoire de recherche, sous forme de statistiques représentant l'ensemble des infirmières soignantes et des infirmiers soignants du Québec. Si vous désirez une copie du résumé des résultats, vous n'avez qu'à en faire la demande en envoyant un courriel à Mme Nicole Jacob à l'adresse électronique suivante : jacn03@uqo.ca

LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans avoir à donner de raisons et sans risque de subir de préjudice. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment pendant le sondage.

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, Nicole Jacob, certifie avoir explicité les termes de cette recherche à l'intérieur du présent formulaire de consentement et avoir clairement mentionné dans le texte que la personne reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je certifie être disponible, à tout moment, pour répondre aux questions des participants. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

_____ [Signature de Nicole Jacob insérée ici] _____

Nicole Jacob, inf. B Sc. M(c)

Fait à Saint-Jérôme, le _____ 2010

CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

Prenez le temps de lire les termes de ce formulaire avant de débiter le sondage. Si vous avez des questions concernant votre participation, communiquez avec Mme Nicole Jacob par courriel au jacn03@uqo.ca ou en personne au (514) 567-3376. Les communications seront traitées de manière confidentielle et seront effacées immédiatement.

Le sondage que vous remplirez n'est ni un test, ni une évaluation. **Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.** Nous vous demandons simplement d'y répondre de façon **spontanée et honnête.**

En ouvrant le lien J'ACCEPTE, vous reconnaissez avoir lu, et compris, le *Formulaire de consentement destiné aux participants de la recherche*, et vous acceptez de participer librement à la recherche conduite par Mme Nicole Jacob portant sur la hardiesse et la détresse psychologique des infirmières soignantes et des infirmiers soignants du Québec. Même si vous acceptez de participer, vous demeurez libre de vous retirer à tout moment.

J'ACCEPTE

Appendice H
Approbation du comité d'éthique

Nicole Jacob

From: Béchard, Jean [jean.bechard@uqo.ca] on behalf of Comité d'éthique de la recherche [comite.ethique@uqo.ca]
Sent: 24 mai 2011 09:14
To: Jacob, Nicole
Cc: Lepage, Mario; Saint-Pierre, Chantal
Subject: Jacob, Nicole 1406 : certificat accordé
Attachments: Jacob, Nicole 1406 Lettre et certificat.pdf

Bonjour Madame Jacob,

Vous trouverez en pièce jointe votre certificat d'approbation éthique pour votre demande portant le numéro 1406 dans nos dossiers.

Espérant le tout à votre satisfaction, je vous prie de recevoir, Madame, nos salutations distinguées.

Jean Béchard
pour
Lucie Villeneuve
Secrétaire du Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec en Outaouais
Bureau : E-2100
Téléphone : 819 595-3900 poste 3970
comite.ethique@uqo.ca

Appendice I
Matrice de corrélation

Tableau 6

Matrice de corrélation

	Déress psy	Hardiesse	Statut parent	Expérience	Genre	Stat marital	Hrs travail	Quart jour	Quart soir	Quart nuit	Rotation	Géri-onto	Méd-chir	Périna-talité	Périopé-rat	Soins int	Urgen-ce	Santé mentale	Autres secteurs	Charge trav	Mort morb	Prep insuff	Manq soutien	Incert tx	Conflits md	Conflits inf
Déress psy	1	-0,521**	0,003	-0,031	-0,002	0,070	-0,025	0,017	-0,063	0,047	-0,005	-0,079*	-0,025	-0,049	0,027	0,026	0,095**	-0,004	0,009	0,353**	0,226**	0,199*	0,217**	0,207**	0,284**	0,332**
Hardiesse	-0,521**	1	0,017	-0,059	-0,057	-0,026	0,059	-0,048	0,075*	0,007	-0,034	0,021	0,085*	0,032	0,003	-0,037	-0,084*	-0,017	0,007	-0,334**	-0,217**	-0,220*	-0,243**	-0,227**	-0,263**	-0,323**
stat parental	0,003	0,017	1	-0,324**	0,033	0,267**	0,028	0,218**	-0,189**	-0,035	-0,068	0,130**	-0,038	0,094*	0,029	-0,143**	-0,042	-0,019	0,011	-0,020	0,004	0,025	0,005	-0,037	0,013	0,015
Expérience	-0,031	-0,059	-0,324**	1	-0,048	-0,047	0,050	-0,314**	0,106**	0,197**	0,145**	-0,182**	0,055	-0,009	-0,099**	0,085*	0,115**	-0,050	0,044	0,064	-0,010	-0,075*	0,095**	-0,015	-0,081*	0,014
Genre	-0,002	-0,057	0,033	-0,048	1	-0,022	-0,010	0,023	-0,018	0,035	-0,067	0,020	0,033	0,108**	-0,029	0,036	-0,016	-0,104**	-0,045	-0,099**	-0,139**	-0,079*	-0,061	-0,137**	-0,201**	-0,124**
Stat marital	0,070	-0,026	0,267**	-0,047	-0,022	1	-0,014	0,025	-0,014	-0,001	-0,022	0,028	-0,029	-0,014	0,034	-0,068	0,054	-0,028	0,030	0,012	-0,030	-0,044	0,060	-0,092*	-0,061	0,008
Hrs travail	-0,025	0,059	0,028	0,050	-0,010	-0,014	1	0,006	-0,055	0,051	-0,007	0,063	0,060	0,003	-0,047	-0,026	0,013	-0,016	-0,075*	0,039	0,022	0,020	0,040	0,045	0,007	0,008
Quart jour	0,017	-0,048	0,218**	-0,314**	0,023	0,025	0,006	1	-0,541**	-0,503**	-0,331**	0,061	-0,060	-0,015	0,157**	-0,144**	-0,145**	0,151**	0,070	0,017	0,002	0,065	-0,067	0,056	0,082*	0,044
Quart soir	-0,063	0,075*	-0,189**	0,106**	-0,018	-0,014	-0,055	-0,541**	1	-0,221**	-0,145**	-0,043	0,088*	-0,060	-0,063	0,058	0,058	-0,024	-0,042	-0,082*	0,009	-0,047	-0,008	-0,048	-0,049	-0,129**
Quart nuit	0,047	0,007	-0,035	0,197**	0,035	-0,001	0,051	-0,503**	-0,221**	1	-0,135**	0,041	-0,011	0,106**	-0,117**	0,063	0,036	-0,124**	-0,036	0,063	-0,050	-0,021	0,056	-0,028	-0,057	0,019
Rotation	-0,005	-0,034	-0,068	0,145**	-0,067	-0,022	-0,007	-0,331**	-0,145**	-0,135**	1	-0,099**	-0,009	-0,057	-0,031	0,098**	0,137**	-0,065	-0,012	0,012	0,046	-0,018	0,066	0,005	0,008	0,091*
Géri-onto	-0,079*	0,021	0,130**	-0,182**	0,020	0,028	0,063	0,061	-0,043	0,041	-0,099**	1	-0,166**	-0,133**	-0,110**	-0,150**	-0,166**	-0,141**	-0,135**	-0,094*	0,138*	0,028	-0,077*	0,010	0,005	-0,076
Méd-chir	-0,025	0,085*	-0,038	0,055	0,033	-0,029	0,060	-0,060	0,088*	-0,011	-0,009	-0,166**	1	-0,151**	-0,125**	-0,171**	-0,189**	-0,161**	-0,153**	-0,067*	0,002	-0,085*	-0,029	-0,033	-0,015	-0,053
Périnatalité	-0,049	0,032	0,094*	-0,009	0,108**	-0,014	0,003	-0,015	-0,060	0,106**	-0,057	-0,133**	-0,151**	1	-0,100**	-0,137**	-0,152**	-0,129**	-0,123**	-0,023	-0,138**	-0,046	0,008	-0,083	-0,081	-0,013
Périopé-rat	0,027	0,003	0,029	-0,099**	-0,029	0,034	-0,047	0,157**	-0,063	-0,117**	-0,031	-0,110**	-0,125**	-0,100**	1	-0,113**	-0,125**	-0,107**	-0,102**	0,041	-0,030	0,035	0,058	0,037	0,014	-0,013
Soins int	0,026	-0,037	-0,143**	0,085*	0,036	-0,068	-0,026	-0,144**	0,058	0,063	0,098**	-0,150**	-0,171**	-0,137**	-0,113**	1	-0,171**	-0,146**	-0,139**	-0,006	-0,053	-0,086	0,003	-0,074*	-0,066	0,008
Urgence	0,095**	-0,084*	-0,042	0,115**	-0,016	0,054	0,013	-0,145**	0,058	0,036	0,137**	-0,166**	-0,189**	-0,152**	-0,125**	-0,171**	1	-0,161**	-0,154**	0,105**	0,082*	0,036	0,102**	0,059	0,035	0,133**
S mentale	-0,004	-0,017	-0,019	-0,050	-0,104**	-0,028	-0,016	0,151**	-0,024	-0,124**	-0,065	-0,141**	-0,161**	-0,129**	-0,107**	-0,146**	-0,161**	1	-0,131**	0,097**	-0,042	0,146*	-0,003	0,116**	0,145**	0,056
Autres sec	0,009	0,007	0,011	0,044	-0,045	0,030	-0,075*	0,070	-0,042	-0,036	-0,012	-0,135**	-0,153**	-0,123**	-0,102**	-0,139**	-0,154**	-0,131**	1	-0,031	0,022	-0,007	-0,056	-0,014	-0,029	-0,040
Charge trav	0,353**	-0,334**	-0,020	0,064	-0,099**	0,012	0,039	0,017	-0,082*	0,063	0,012	-0,094*	-0,067	-0,023	0,041	-0,006	0,105**	0,097**	-0,031	1	0,415**	0,499**	0,491**	0,579**	0,524**	0,612**
Mort-morb	0,226**	-0,217**	0,004	-0,010	-0,139**	-0,030	0,022	0,002	0,009	-0,050	0,046	0,138**	0,002	-0,138**	-0,030	-0,053	0,082*	-0,042	0,022	0,415**	1	0,551**	0,369**	0,542**	0,599**	0,390**
Prép insuff	0,199**	-0,220**	0,025	-0,075*	-0,079*	-0,044	0,020	0,065	-0,047	-0,021	-0,018	0,028	-0,085*	-0,046	0,035	-0,086*	0,036	0,146**	-0,007	0,499**	0,551**	1	0,433**	0,640**	0,569**	0,516**
Manq sout	0,217**	-0,243**	0,005	0,095**	-0,061	0,060	0,040	-0,067	-0,008	0,056	0,066	-0,077*	-0,029	0,008	0,058	0,003	0,102**	-0,003	-0,056	0,491**	0,369**	0,433**	1	0,393**	0,411**	0,475**
Incert tx	0,207**	-0,227**	-0,037	-0,015	-0,137**	-0,092*	0,045	0,056	-0,048	-0,028	0,005	0,010	-0,033	-0,083*	0,037	-0,074*	0,059	0,116**	-0,014	0,579**	0,542**	0,640**	0,393**	1	0,647**	0,529**
Conflits md	0,284**	-0,263**	0,013	-0,081*	-0,201**	-0,061	0,007	0,082*	-0,049	-0,057	0,008	0,005	-0,015	-0,081*	0,014	-0,066	0,035	0,145**	-0,029	0,524**	0,599**	0,569**	0,411**	0,647**	1	0,599**
Conflits inf	0,332**	-0,323**	0,015	0,014	-0,124**	0,008	0,008	0,044	-0,129**	0,019	0,091*	-0,076*	-0,053	-0,013	-0,013	0,008	0,133**	0,056	-0,040	0,612**	0,390**	0,516**	0,475**	0,529**	0,599**	1

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.