

Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises

Philippe Delmas^a, André Duquette^b, Marc Bourdeau^c, et Anne-Marie Pronost^d

^a Hôpital Vaugirard de Paris

^b Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Québec, Canada

^c École Polytechnique à Montréal, Québec, Canada

^d Université Toulouse, Le Mirail, France

Selon Maddi et Kobasa (1984), la hardiesse apparaît comme une ressource personnelle permettant aux personnes de demeurer en santé dans un univers pourvoyeur de nombreux stressseurs. Ce constat a été de nombreuses fois exploré auprès de diverses populations d'infirmières. Par contre, malgré la contribution des infirmières à préciser les relations proposées par la théorie de Maddi et Kobasa (1984), il semble exister peu d'études ayant exploré les relations causales entre les variables couramment utilisées par ces dernières comme par exemple : l'épuisement professionnel, le stress perçu, le coping. De ce fait, cette étude a pour but d'élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et d'évaluer ses effets sur la hardiesse, les stratégies de coping, le stress perçu et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. L'échantillon fut constitué à partir de la population accessible d'un hôpital du sud-ouest de la France. Une randomisation de cet échantillon de 70 infirmières a permis la constitution du groupe expérimental et contrôle. Le programme d'intervention fut bâti à partir des recommandations des concepteurs (Maddi et Kobasa, 1984) si bien que trois techniques furent retenues : le focusing, la reconstruction de situation et l'approche émotivo-rationnelle. Les instruments de mesure furent pour la hardiesse, l'échelle PVS II (Maddi, 1987, 1990) en traduction française (Kérouac et Duquette, 1992) ; pour le stress perçu, l'échelle NSS (Gray-Toft et Anderson, 1981a) en traduction française (Duquette et al., 1995), pour les stratégies de coping, l'échelle abrégée en langue française (Bouchard et coll., 1995) du Ways of Coping Questionnaire (Lazarus et Folkman, 1984), pour la qualité de vie au travail, l'échelle de Elizur et Shye (1990) en traduction française (Delmas, Escobar et Duquette, 2001). Les résultats montrent aux trois temps de mesure postérieurs à l'intervention que celle-ci a permis de renforcer le niveau de hardiesse, les stratégies actives de coping, la qualité de vie au travail des infirmières tout en diminuant l'intensité du stress perçu et les stratégies de fuite.

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

Problématique

Depuis quelques années, le concept de hardiesse (Maddi et Kobasa, 1984) semble retenir l'attention des chercheurs dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé au travail. De façon plus explicite, la hardiesse apparaît comme une des

principales ressources personnelles permettant à la personne de percevoir de façon moins importante le stress au travail par l'adoption en outre de stratégies socialement perçues comme positive (Maddi et Kobasa, 1984) ce qui lui permet de demeurer en santé malgré un univers de travail comportant de nombreux stressseurs.

Philippe Delmas, inf., M.Sc., Ph.D. est le premier docteur en sciences infirmières français. Il exerce comme cadre infirmier de nuit à l'hôpital Vaugirard à Paris. Il est aussi Professeur associé à la faculté des Sciences Infirmières de l'Université Laval (Québec). Correspondance : Monsieur Philippe Delmas, cadre de nuit, hôpital Vaugirard, 10 rue Vaugelas, 75730 Paris Cedex 15. Courriel : philippe.delmas6@wanadoo.fr

L'auteur principal remercie Monsieur Piquemal (ancien directeur du Centre Hospitalier de Rodez) et Madame Guillaudeau (directeur des soins du Centre Hospitalier de Rodez) de leur collaboration étroite dans l'implantation du projet de recherche.

S'inspirant de la philosophie existentielle, mettant l'emphase sur le primat de l'existence, la hardiesse se définit comme une caractéristique de la personnalité se rapportant à des croyances, des sentiments, des valeurs qui s'expriment par une constellation de trois dimensions interreliées, soit, le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi (Kobasa et Maddi, 1977 ; Kobasa, 1979 ; Kobasa, 1982). Le sens de l'engagement fait appel à une tendance de la personne à s'impliquer dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées ; le sens de la maîtrise permet à la personne de croire qu'elle peut influencer le cours des événements ; enfin, le sens du défi se rapporte à la croyance que le changement plutôt que la stabilité est normal.

Les nombreuses études corrélationnelles auprès d'infirmières ont permis de mettre en lien la hardiesse avec d'autres variables psychosociales. Les résultats obtenus semblent mettre en lumière que l'infirmière hardie perçoit de façon moins fréquente et importante le stress occupationnel (Mc Cranie, Lambert et Lambert, 1987 ; Topf, 1989 ; Hall, 1992 ; Wright, Blanche, Ralph et Luterman, 1992 ; Lambert et Lambert, 1993 ; Savignac, 1993 ; Gomez, 1994 ; Van Servellen, Topf et Leak, 1994 ; Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier, 1995 ; Harrisson, 1995 ; Collins, 1996 ; Delmas, Pronost, et Cloutier, 1997), utilise de façon préférentielle les stratégies de coping socialement perçues comme positive pour faire face aux stressseurs (Boyle, Grap, Younger et Thornby, 1991 ; Duquette et al, 1995 ; Simoni et Paterson, 1997 ; Delmas, 1999), mobilise son réseau de soutien social (Boyle, Grap, Younger et Thornby, 1991 ; Duquette et al, 1995 ; Harrisson, 1997) ce qui lui permet d'éprouver des niveaux moindres d'épuisement professionnel (Millet-Smith, 1984 ; Keane, Ducette et Adler, 1985 ; D'ambrosia, 1987 ; Rich et Rich, 1987 ; Mc Cranie, Lambert et Lambert, 1987 ; Topf, 1989 ; Langemo, 1990 ; Clarke, 1991 ; Morisette, 1991 ; Paquette, 1994 ; Major, 1995 ; Duquette, Kérouac, Sandhu, et Saulnier, 1995 ; Delmas et al, 1997), de détresse psychologique (Nowack, 1986 ; Duquette et al, 1995 ; Harrisson, 1997), tout en renforçant son bien-être psychologique (Harrisson, 1995 ; Savignac, 1997) et sa qualité de vie au travail (Delmas, 1999, 2002). Bref, la hardiesse apparaît comme un protecteur de la santé des infirmières au travail d'où l'intérêt de la mobiliser auprès de cette population vulnérable aux problèmes de santé mentale (Duquette, et Delmas, 2001).

Bien que les études corrélationnelles soient nombreuses sur le sujet, la revue des écrits met en évidence l'existence de six études ayant évalué l'efficacité d'un programme de renforcement de la hardiesse dont trois en sciences infirmières (Rich, 1985 ; Tierney et Lavelle, 1997 ; Leclerc, 1999). Ces

différents programmes de renforcement ne présentent pas de consensus sur leur durée, les techniques et les contenus de formation utilisés autant en psychologie qu'en sciences infirmières. En outre, les différents devis expérimentaux ou quasi-expérimentaux utilisés comportant des limites (absence de randomisation, mortalité expérimentale importante, tests statistiques non appropriés, absence d'homogénéité des groupes avant l'expérimentation), la validité interne et externe de ces études en est réduite limitant ainsi l'interprétation des résultats et leur généralisation. Par conséquent, la présente étude s'intéresse à l'élaboration et à l'évaluation d'un programme de renforcement de la hardiesse auprès d'une population d'infirmières françaises dans le but de promouvoir leur santé examinée sous l'angle de la qualité de vie au travail (Elizur et Shye, 1990).

De ce fait, le but de cette étude est, d'une part, d'élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et, d'autre part, d'évaluer ses effets sur le niveau de hardiesse, le stress perçu, sur les stratégies de coping et sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises.

Le modèle théorique

Le cadre de référence de la présente recherche prend appui sur le modèle théorique de Maddi et Kobasa (1984) raffiné par Maddi (1999). Selon cette théorie, l'accumulation d'événements stressants entraîne une montée en tension qui peut se manifester chez les individus par des réactions comme l'hypersudation, l'irritabilité et l'anxiété. Ces réactions reflètent un état d'alerte de l'organisme. La persistance de cet état peut entraîner l'apparition de symptômes de maladie d'ordre physique ou mental. Ces trois variables, événements stressants, tension et symptômes de maladies constituent la relation principale à partir de laquelle les auteurs décrivent une caractéristique de la personnalité, la hardiesse, qui apparaît, d'une part, comme une variable modératrice de cette relation et, d'autre part, comme une des plus puissantes ressources de l'individu pour faire face aux stressseurs. En effet, la hardiesse permet de diminuer le potentiel délétère des stressseurs de produire une tension chez l'individu, et ce en modifiant sa perception grâce à une évaluation positive de la situation. Par conséquent, la personne hardie utilise de façon préférentielle des stratégies de coping socialement perçues comme positives, tout en recherchant le soutien des personnes utilisant ce type de stratégies, lors de confrontations à des situations problématiques. Ainsi selon cette théorie, la hardiesse apparaît comme une ressource du coping. De ce fait, la personne hardie réduit la tension générée par les stressseurs et demeure en santé malgré un univers de travail fort exigeant. Bien que

Maddi et Kobasa (1984) insistent sur le fait que la hardiesse s'inscrit dans une approche positive de la santé (perspective salutogénique), les différentes recherches sur le sujet ont associé la hardiesse avec des indicateurs négatifs de santé (perspective pathogénique). Par conséquent, les chercheurs ont décidé de respecter cette approche salutogénique par l'utilisation d'un indicateur positif de santé soit la qualité de vie au travail. Enfin les relations proposées par le modèle théorique permettent de suggérer les hypothèses de recherche suivante.

Les hypothèses de recherche

En lien avec la théorie de Maddi et Kobasa (1984), cinq hypothèses théoriques sont proposées :

H1 : A la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de hardiesse sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle

H2 : A la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de stress perçu sera moins élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle

H3 : A la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de stratégies de coping socialement perçues comme positive sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle

H4 : A la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de stratégies de coping socialement perçues comme négative sera moins élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle

H5 : A la suite d'un programme de renforcement de la hardiesse, le niveau de qualité de vie au travail sera plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

Méthode

L'échantillon

La population retenue pour cette étude est constituée de l'ensemble des infirmières en soins généraux d'un hôpital de taille moyenne du sud-ouest de la France (n = 165). Un échantillon aléatoire de 70 infirmières, stratifié selon les départements de médecine générale, de chirurgie, de médecine d'urgence et de long séjour, a été constitué puis par randomisation, 35 infirmières ont été assignées au groupe expérimental et 35 infirmières ont été assignées au groupe contrôle. La taille de l'échantillon de la présente étude (n = 70) est compatible avec les exigences statistiques retenues (alpha à 5 %, bêta à 20 %, delta à 0.4, mortalité expérimentale prévue 10 %).

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon des répondantes montrent que la majorité sont des femmes (97 %) âgées en moyenne de 40 ans pour le groupe expérimental et de 37 ans pour le groupe contrôle. Les répondantes vivent en majorité avec un conjoint (82,9 % et 64,7 % respectivement pour le groupe expérimental et contrôle) avec au moins un enfant (65,7 % et 57,1 % respectivement pour le groupe expérimental et contrôle). Au niveau professionnel, ces infirmières travaillent en très grande majorité à temps plein (77 % et 80 % respectivement pour le groupe expérimental et contrôle) selon un planning de rotation entre les trois postes de travail (matin, soir, nuit) (80 % et 77 % respectivement pour le groupe expérimental et contrôle). Elles ont en moyenne une expérience professionnelle de 17,5 ans pour le groupe expérimental et de 12 ans pour le groupe contrôle et sont issues principalement des services de médecine (46,2 % et 43,4 % respectivement pour le groupe expérimental et contrôle).

La collecte des données

Un questionnaire auto-administré regroupant quatre échelles de mesure et un questionnaire sociodémographique a été acheminé de façon confidentielle à chaque infirmière des groupes expérimental et contrôle et ceci à quatre temps de mesure : avant l'intervention du chercheur (T1) ; immédiatement après l'intervention (T2) ; un mois après (T3) ; trois mois après (T4). De plus, l'échelle de mesure sur la désirabilité sociale (Strahan et Gerbasi, 1972) a été ajoutée aux temps T1 et T4. L'anonymat des répondantes ainsi que la liberté de participation à l'étude ont été assurés. Une lettre de rappel a été envoyée à chaque infirmière une semaine avant le délai de réponse aux questionnaires et ceci aux quatre temps de mesure. La mortalité expérimentale fut faible (6 infirmières) traduisant un taux d'exploitation des questionnaires de 94,3 % pour le groupe expérimental et de 88,6 % pour le groupe contrôle. L'annexe 1 présente graphiquement le devis de recherche

Le programme de renforcement de la hardiesse

Le programme de renforcement de la hardiesse mis en œuvre par le chercheur auprès des infirmières du groupe expérimental, vise essentiellement à renforcer les croyances liées à la hardiesse soit le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi par l'utilisation de certaines techniques conseillées par Maddi et Kobasa (1984). De façon plus spécifique, l'intervention utilise les aspects cognitifs, émotionnels ainsi que des plans de reconstructions de situations d'actions efficaces de coping en regard de situations stressantes liées au travail.

Au niveau du contenu, les trois techniques retenues pour renforcer la hardiesse chez les infirmières du groupe expérimental sont le focusing, la reconstruction de situation et l'approche émotivo-rationnelle. Le focusing (Gendlin, 1962) est une approche humaniste qui permet, à l'aide d'une introspection, d'explorer et de caractériser les sentiments profonds et vrais d'une personne en regard d'une situation en dehors de toute désirabilité sociale. De ce fait, la personne prend conscience des tensions engendrées par certaines situations et peut entrevoir des façons d'agir afin de diminuer ou d'éliminer ces dernières. La deuxième technique porte le nom de reconstruction de situation. Elle permet à la personne de reconnaître ce qui est associé en termes de valeurs, de réactions psychologiques et physiques en regard de l'événement stressant. Enfin, la troisième technique s'appuie sur l'approche émotivo-rationnelle développée par Ellis (1973) et reprise dans une perspective francophone par Auger (1974) qui postule que nos émotions sont la résultante de nos croyances intérieures face à un événement. Auger (1974) décrit dix croyances, valeurs et attitudes qui nourrissent notre dialogue intérieur et conditionnent nos réactions face aux situations rencontrées. De ce fait, les situations stressantes rencontrées par les infirmières sont décodées à partir de ces dix croyances et une reconstruction cognitive est alors proposée.

Au niveau du processus, le programme se déroule en trois étapes. La première étape de quatre heures consiste à présenter aux infirmières du groupe expérimental un état des connaissances sur la santé au travail et le concept de hardiesse. La deuxième étape de sept heures, distante d'un mois de l'étape précédente, met en pratique les différentes techniques exposées précédemment. Enfin la troisième étape est constituée de deux séances de supervision de deux heures chacune à distance respectivement de 15 jours et d'un mois et demi de la seconde étape (voir annexe 1). Pendant les séances de supervision, les infirmières apportent des cas concrets sur lesquels elles ont agi selon les nouvelles techniques apprises. Une analyse de ces cas est faite de façon collective selon la perspective du renforcement de la hardiesse. Un document contenant un résumé théorique et des exercices est fourni à chaque participante dès le début du programme. L'espacement des différents temps de formation a tenu compte, d'une part, de l'intégration progressive de nouveaux modes de faire face aux situations stressantes et, d'autre part, des exigences économiques en matière de mise à disposition du personnel pour la formation.

Les instruments de mesure

La hardiesse a été mesurée à l'aide de l'Échelle des Points de Vue Personnels qui est une traduction

française par Kérouac et Duquette (1992) de l'échelle Personal View Survey (Maddi, 1990). Cette échelle de la troisième génération de mesure de la hardiesse comprend 50 items qui capturent les trois dimensions de la hardiesse, soit le sens de l'engagement (16 items), le sens de la maîtrise (17 items) et le sens du défi (17 items). Ce questionnaire auto-administré offre un choix de quatre réponses selon une échelle de type Likert en relation avec un ordre variant de « pas vrai du tout » à « complètement vrai ». Un score pour chaque dimension peut être obtenu selon les calculs proposés par Kobasa (1990). La consistance interne de l'échelle autant de la version française et anglaise est tout à fait satisfaisant. En effet, le coefficient alpha de Cronbach de l'ensemble de l'échelle varie selon les études de 0,84 à 0,90

Le stress perçu en soins infirmiers a été mesuré grâce à la version française (Duquette et al, 1995) de l'échelle du Nursing Stress Scale (Gray-Toft et Anderson, 1981a). Cet outil contient 34 situations reconnues comme ayant un potentiel stressant. Les 34 items sont regroupés en sept facteurs, eux-mêmes regroupés en 3 catégories. La catégorie environnement physique comprend un facteur : la charge de travail (6 items). La catégorie environnement psychologique comprend quatre facteurs : la mort et la morbidité (7 items), la préparation insuffisante (3 items), le manque de soutien (3 items), et l'incertitude du traitement (5 items). La catégorie environnement social comprend deux facteurs : le conflit avec les médecins (5 items), et le conflit avec les autres infirmières et les supérieurs (5 items). Les répondantes doivent indiquer la fréquence à laquelle se produit les situations, selon une échelle de 1 à 4 (1 = jamais, 2 = occasionnellement, 3 = fréquemment, 4 = très fréquent). Un score total de 34 à 136 peut être obtenu par l'addition des choix de chaque participante. La consistance interne de l'échelle autant de la version française et anglaise est tout à fait satisfaisant. En effet, le coefficient alpha de Cronbach de l'ensemble de l'échelle varie selon les études de 0,87 à 0,94.

Les stratégies de coping ont été mesurées à l'aide d'une version abrégée proposée par Bouchard et coll. (1995) à partir de la traduction française effectuée par Mishara (1987), du Ways of Coping Questionnaire (WCQ) élaboré par Lazarus et Folkman (1984). Cette échelle tridimensionnelle comprend 21 items répartis selon trois types de stratégies de coping : la recherche du soutien social (6 items), la réévaluation positive/résolution de problème (9 items) et la distanciation/évitement (6 items). Il s'agit de stratégies mixtes incluant à la fois le coping centré sur les émotions et sur la résolution de problèmes. Les répondantes ont quatre choix de réponse à ce questionnaire auto-administré suivant une échelle de type Likert variant de « pas utilisées » à « beaucoup utilisées ». La consistance interne de l'échelle autant de la version française et anglaise est tout à fait

satisfaisant. En effet, le coefficient alpha de Cronbach de chaque dimension varie selon les études de 0, 76 à 0, 80 pour la recherche de soutien ; de 0, 63 à 0, 76 pour la distanciation/éviterment et de 0, 80 à 0, 85 pour la réévaluation positive/ résolution de problème.

La qualité de vie au travail a été mesurée à l'aide de l'Echelle de la qualité de vie au travail élaborée par Elizur et Shye (1990) et qui se compose de 16 items qui explorent les différents modes et domaines de celle-ci. Chaque mode et chaque domaine comprennent quatre items. Les répondants ont six choix de réponse suivant une échelle de Likert variant de « en très grande partie » à « très peu ». Une traduction française de cette échelle a été réalisée par le chercheur (Delmas, Escobar, et Duquette, 2001) selon une procédure de traduction inversée. La consistance interne de l'échelle est tout à fait satisfaisant. En effet, le coefficient alpha de Cronbach de l'ensemble de l'échelle varie selon les études de 0, 87 à 0, 90).

La désirabilité sociale a été mesurée à l'aide de l'échelle traduite par Cloutier (1993) de Strahan et Gerbasi (1972) comprenant 20 items et qui est une version abrégée de l'échelle de Marlowe et Crowne (1964). La consistance interne de l'échelle est tout à fait satisfaisant. En effet, le coefficient alpha de Cronbach de l'ensemble de l'échelle varie selon les études de 0, 73 à 0, 87).

Un questionnaire sociodémographique élaboré par le chercheur regroupe des éléments d'ordre personnel comme le sexe, l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants ainsi que des éléments d'ordre professionnel comme le statut d'emploi, le quart et le temps de travail, le nombre d'années d'expérience totale et celle en réanimation. De plus des questions complémentaires ont été rajoutées en regard de la formation antérieure des infirmières sur la gestion du stress et l'apparition d'événements stressants pendant l'expérimentation. Ce questionnaire a été joint aux différentes échelles de mesure.

Le traitement des données

Les statistiques utilisées pour les variables descriptives sont des mesures de tendance centrale, de dispersion et de distribution des fréquences. Au niveau de la comparaison des groupes expérimentaux et contrôle en regard des variables socio-démographiques et d'intérêt lors de la mesure du pré-test, différentes techniques sont utilisées. Plus finement, pour chaque temps de mesure et pour chaque variable dépendante, les observations sont décrites, d'une part, pour une mesure à la fois par l'utilisation des moyennes, écarts types, coefficients de variation, répartitions et, d'autre part, pour deux mesures à la fois par l'utilisation de corrélations. Pour examiner l'effet dans le temps de l'intervention proposée, diverses analyses de covariance avec mesures répétées sont proposées tout en tenant compte éventuellement d'autres covariables

pertinentes (ex. l'effet de la désirabilité sociale). Ces analyses permettent de décrire l'effet du programme d'intervention dans le temps, et ce sur chaque variable dépendante.

Résultats

Afin d'apporter des conclusions statistiques pertinentes sur l'effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur un certain nombre de variables dépendantes, il a semblé pertinent de vérifier l'homogénéité des groupes en regard des différents variables retenues pour l'étude avant la mise en place du programme d'intervention. Les résultats amènent à voir une homogénéité des groupes au temps T1 en ce qui a trait aux variables sociodémographiques, à la désirabilité sociale, aux variables dépendantes (hardiesse, stress, coping, qualité de vie au travail) (voir tableau 1). De plus, il faut souligner qu'aucune variable sociodémographique n'est associée de façon significative aux variables d'intérêt. En outre, les corrélations retrouvées entre les variables d'intérêt sont cohérentes avec les résultats des études antérieures sur le sujet (Delmas, 1999 ; Carlier, 2000).

Les paragraphes suivants vont présenter les résultats des différentes variables d'intérêts aux différents temps de mesure. Par contre, les résultats en lien avec la désirabilité sociale sont à consulter dans la thèse de Delmas (2002).

Présentation des résultats en regard de la variable hardiesse en score global aux différents temps de mesure

Les résultats (voir tableau 2) montrent une différence statistiquement significative entre la moyenne de hardiesse en score global aux temps T2, T3, T4. De plus, en regard des sous dimensions, il apparaît une différence statistiquement significative des moyennes en ce qui a trait au sens de la maîtrise dès le temps T2 puis au temps T3 et T4. De même, au niveau du sens du défi, il apparaît une différence statistiquement significative entre les deux groupes à partir du temps de mesure T3 puis au temps T4. Enfin, pour le sens de l'engagement, il apparaît une différence statistiquement significative entre les deux groupes au temps T4. La présentation des résultats issue des Mancova à mesures répétées a mis en lumière que le programme de renforcement de la hardiesse permet l'augmentation statistiquement significative du niveau de hardiesse du groupe expérimental. De ce fait, l'hypothèse H1 est confirmée. De plus, la répétition des mesures dans le temps a permis de mieux comprendre la mobilisation des sous dimensions de la hardiesse : le sens de la maîtrise dès le temps T2, le sens du défi dès le temps T3 et le sens de l'engagement au temps T4.

Tableau 1
Distribution des répondantes, selon les groupes, pour les variables dépendantes avant l'intervention

Variabiles dépendantes	Groupe expérimental Moy ± é.t.	Groupe contrôle Moy ± é.t.	Valeur de p
Fréquence des stressseurs			
- physique	16,24 ± 2,77	14,71 ± 2,68	p = 0,06
- psychologique	40,34 ± 4,58	38,23 ± 5,55	p = 0,09
- social	18,94 ± 1,92	18,20 ± 2,11	p = 0,13
Intensité des stressseurs			
- physique	16,59 ± 3,76	15,25 ± 3,32	p = 0,12
- psychologique	47,93 ± 8,25	45,89 ± 8,60	p = 0,32
- social	25,75 ± 5,30	23,99 ± 5,30	p = 0,16
Hardiesse			
- le sens du défi	0,57 ± 0,13	0,61 ± 0,11	p = 0,13
- le sens de l'engagement	0,72 ± 0,13	0,74 ± 0,12	p = 0,56
- le sens de la maîtrise	0,70 ± 0,1	0,70 ± 0,09	p = 0,9
Score total	67,26 ± 9,97	68,47 ± 9,07	p = 0,3
Stratégies de <i>coping</i>			
- recherche de soutien	2,01 ± 0,53	1,77 ± 0,61	p = 0,08
- réévaluation positive	1,89 ± 0,60	1,73 ± 0,42	p = 0,21
- évitement	1,02 ± 0,54	0,96 ± 0,59	p = 0,68
Qualité de vie au travail			
- mode expressif	3,61 ± 0,63	3,62 ± 0,61	p = 0,67
- mode adaptatif	3,36 ± 0,81	3,37 ± 0,52	p = 0,98
- mode intégratif	3,47 ± 0,70	3,39 ± 0,55	p = 0,62
- mode conservateur	3,57 ± 0,79	3,39 ± 0,56	p = 0,28
- dimension physique	3,41 ± 0,73	3,47 ± 0,55	p = 0,71
- dimension psychologique	3,78 ± 0,74	3,67 ± 0,54	p = 0,49
- dimension sociale	3,33 ± 0,90	3,23 ± 0,78	p = 0,63
- dimension culturelle	3,49 ± 0,84	3,40 ± 0,63	p = 0,61

Tableau 2
Niveau de hardiesse au temps T1, T2, T3, T4 dans les deux groupes

Variable hardiesse aux différents temps de mesure	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Hardiesse en score global Au temps T1	GE : 67,28 ± 9,97 GC : 68,47 ± 9,07	0,43	p = 0,51
Hardiesse en score global Au temps T2	GE : 73,08 ± 7, 83 GC : 66, 90 ± 8, 61	7, 79	p = 0,007*
Hardiesse en score global Au temps T3	GE : 75, 61 ± 6, 66 GC : 69, 67 ± 9, 37	6, 66	p = 0,01*
Hardiesse en score global Au temps T4	GE : 75, 63 ± 6, 34 GC : 69, 53 ± 9, 06	8, 21	p = 0,005*

* p < 0, 05, GE : groupe expérimental ; GC : groupe contrôle

Présentation des résultats en regard de la variable intensité du stress en score global aux différents temps de mesure

Tableau 3
Intensité du stress occupationnel aux temps T1, T2, T3, T4 dans les deux groupes

Variable intensité du stress occupationnel et de ses composantes	Moyenne et écart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Score global au temps T1	GE : 90,27 ± 14,53 GC : 85,13 ± 12,25	2,61	0,11
Score global au temps T2	GE : 75,03 ± 12,53 GC : 86,06 ± 12,02	4,83	0,03*
Score global au temps T3	GE : 70,12 ± 10,77 GC : 87,25 ± 12,56	12,63	0,000*
Score global au temps T4	GE : 69,65 ± 10,25 GC : 87,83 ± 11,98	13,66	0,003*

* résultat significatif pour $p < 0,05$. GE : groupe expérimental ; GC : groupe contrôle

Les résultats (voir tableau 3) amènent à voir une différence statistiquement significative entre la moyenne d'intensité du stress occupationnel en score global aux temps T2, T3, T4. De plus, en regard des sous dimensions, il apparaît une différence statistiquement significative des moyennes en ce qui a trait à l'intensité de l'environnement psychologique entre les deux groupes dès le temps T2 puis au temps T3 et T4. De même, au niveau de l'intensité de l'environnement social et physique, il apparaît une différence statistiquement significative entre les deux groupes à partir du temps de mesure

T3, se confirmant au temps T4. La présentation des résultats a permis de montrer que le programme de renforcement de la hardiesse permet une diminution statistiquement significative du niveau du stress perçu du groupe expérimental et ceci aux trois temps de mesure postérieurs à la formation. De ce fait, l'hypothèse H2 est confirmée.

Présentation des résultats en regard de la variable stratégie de coping aux différents temps de mesure.

Tableau 4
Présentation des moyennes et des valeurs de p des différentes dimensions du coping aux temps T1, T2, T3, T4 dans les deux groupes

Dimensions du coping	Moyenne des groupes et valeurs de p au temps T1	Moyenne des groupes et valeurs de p au temps T2	Moyenne des groupes et valeurs de p au temps T3	Moyenne des groupes et valeurs de p au temps T4
Réévaluation positive/résolution de problème	GE : 1.89 ± 0.60 GC : 1.73 ± 0.42 p = 0.29	GE : 2.30 ± 0.51 GC : 1.75 ± 0.49 p = 0.02*	GE : 2.11 ± 0.47 GC : 1.72 ± 0.51 p = 0.01*	GE : 2.10 ± 0.48 GC : 1.74 ± 0.50 p = 0.01*
Recherche de soutien	GE : 2.01 ± 0.53 GC : 1.77 ± 0.61 p = 0.17	GE : 2.21 ± 0.41 GC : 1.85 ± 0.56 p = 0.008*	GE : 2.20 ± 0.36 GC : 1.72 ± 0.60 p = 0.000*	GE : 2.20 ± 0.36 GC : 1.74 ± 0.59 p = 0.000*
Distanciation /évitement	GE : 1.02 ± 0.54 GC : 0.96 ± 0.59 p = 0.83	GE : 0.66 ± 0.42 GC : 0.98 ± 0.73 p = 0.04*	GE : 0.74 ± 0.41 GC : 0.96 ± 0.68 p = 0.15	GE : 0.73 ± 0.38 GC : 1.01 ± 0.38 p = 0.08

* $p < 0,05$; GE : groupe expérimental, GC : groupe contrôle.

Les résultats (voir tableau 4) montrent que le programme de renforcement de la hardiesse permet l'augmentation statistiquement significative des stratégies actives de coping entre le groupe expérimental et contrôle (réévaluation positive/résolution de problème, et recherche de soutien), et ce, aux trois temps postérieurs à

l'intervention. Par contre, en regard de la stratégie d'évitement, bien qu'une diminution de la moyenne soit apparue aux trois temps postérieurs à l'intervention pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, cette différence n'est statistiquement significative qu'au temps T2. De ce

fait, l'hypothèse H3 est confirmée et l'hypothèse

H4 est réfutée

Présentation des résultats en regard de la variable qualité de vie au travail en score global aux différents temps de mesure

Tableau 5

Niveau de qualité de vie au travail en score global aux temps T1, T2, T3, T4 pour les deux groupes

Variable qualité de vie au travail aux différents temps de mesure	Moyenne Ecart type	Valeur de F en regard du modèle statistique	Valeur de p
Indice global de qualité de vie au travail au temps T1	GE : 3,51 ± 0,63 GC : 3,45 ± 0,47	0,02	0,87
Indice global de qualité de vie au travail au temps T2	GE : 3,81 ± 0,54 GC : 3,46 ± 0,51	3,27	0,07
Indice global de qualité de vie au travail au temps T3	GE : 3,65 ± 0,51 GC : 3,35 ± 0,52	4,36	0,04*
Indice global de qualité de vie au travail au temps T4	GE : 3,70 ± 0,51 GC : 3,36 ± 0,52	5,13	0,02*

* : $p < 0,05$; GE : groupe expérimental, GC : groupe contrôle

Les résultats (voir tableau 5) montrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes de la variable qualité de vie au travail en regard des deux groupes au temps T4 ($p = 0,02^*$). De plus, il est aisé de remarquer que la moyenne de l'indice global de qualité de vie au travail a augmenté entre le temps T3 et le temps T4 pour le groupe expérimental. Par contre, pour le groupe contrôle, cet indice a tendance à se stabiliser à un niveau inférieur. De ce fait, il apparaît que, trois mois après avoir reçu le programme de renforcement de la hardiesse, les infirmières du groupe expérimental présentent un niveau de qualité de vie au travail plus élevé que celui du groupe contrôle. Par conséquent, l'hypothèse H5 est confirmée.

Discussion

La validité des conclusions statistiques

La pertinence des conclusions apportées est renforcée par le contrôle d'un certain nombre de menaces. En effet, plusieurs menaces à la validité interne et externe ont été contrôlées ; la randomisation à la fois de la population et de l'échantillon a permis de diminuer l'impact des variables étrangères sur les variables de l'étude ; la présence d'un groupe contrôle a permis d'apporter des conclusions sur la modification des variables dépendantes retenues lors de l'introduction de la variable indépendante ; la validité et la fidélité des instruments de mesure choisis ont permis de contrôler les problèmes liés à la mesure ; la présence de mesures répétées a permis d'étudier dans le temps les modifications induites par la variable indépendante sur les différentes variables dépendantes de l'étude ; le contrôle de la non communication entre le groupe

expérimental et contrôle en s'assurant que les deux groupes ne travaillent pas dans la même unité ou selon le même quart de travail a permis de diminuer les biais de contamination ; enfin, l'adjonction de covariables à l'étude a permis de contrôler un certain nombre d'éléments parasites en regard des variables dépendantes. De ce fait, il s'avère que les liens de causalité mis en lumière par les résultats statistiques peuvent être considérés comme valide.

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

Les résultats (voir tableau 2) obtenus pour la hardiesse et ses dimensions sont comparables aux résultats d'études antérieures sur le sujet (Maddi, Kahn, et Maddi, 1998 ; Leclerc, 1999 ; Tierney et Lavelle, 1997) soit qu'un programme de renforcement de la hardiesse permet une augmentation du niveau global de hardiesse ainsi que de ses dimensions. De plus, le score global de hardiesse obtenu trois mois après l'intervention est supérieur à toutes les études citées précédemment. Ce constat amène à voir, d'une part, que la hardiesse est une caractéristique de la personnalité qui peut être renforcée par une intervention et, d'autre part, que cet effet n'est pas temporaire puisqu'il perdure dans le temps. Ces résultats permettent ainsi d'écarter les critiques formulées par Carver (1989) et Funk (1992) qui postulaient que la hardiesse était un trait fixe de personnalité. Au niveau clinique, les témoignages des infirmières recueillies lors des supervisions amènent à voir que celles-ci ont verbalisé une différence dans leur manière de faire et d'être face à un événement stressant. En effet, elles perçoivent qu'une situation non résolue peut être une source de stress chronique ce qui les motive à

adopter plus souvent des stratégies de confrontation et de réévaluation positive de la situation. De plus, elles apprennent à prendre du recul face aux événements, à les analyser, à demander de l'aide si nécessaire. De ce fait, elles témoignent d'un meilleur bien-être au travail, d'une meilleure affirmation de soi par une prise de conscience de leur limite.

En regard de l'étude des différentes dimensions de la hardiesse, il apparaît que la mobilisation du sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi se fait progressivement au cours du temps. En effet, immédiatement après l'intervention, il apparaît que le sens de la maîtrise est la première dimension à être mobilisée ce qui corrobore le fait que l'infirmière fait plus appel à son contrôle interne pour faire face aux situations tout en mesurant l'impact qu'elle peut avoir sur les événements. Au niveau clinique, il apparaît que les infirmières utilisaient plus fréquemment le « je » pour confronter les situations que l'utilisation du « on » ou du « nous ». Cette réutilisation du « je » dans le discours est concomitante avec le renforcement du contrôle interne de l'infirmière et par la même de son sens de la maîtrise. Un mois après le programme, il apparaît que le sens du défi est mobilisé ce qui se traduit par une expression de la créativité des infirmières lors des changements proposés. De plus, elles se sentent devenir acteur dans le changement. Enfin, trois mois après le programme, le sens de l'engagement est renforcé ce qui se traduit par l'implication des infirmières dans toutes les situations qui ont du sens pour elles. Il semble que cette dimension de l'engagement représente la mise en mouvement de la personnalité hardie ce qui expliquerait le fait qu'elle soit la dernière mobilisée. De plus, ces résultats amènent à voir que la mobilisation des différentes dimensions ne s'effectue pas de façon similaire ce qui conforte l'idée émise par Maddi et Kobasa (1984) que ces dernières sont à considérer comme des entités uniques et non comme un composite. Bref, il apparaît qu'un programme de renforcement de la hardiesse a permis aux infirmières de retrouver leur capacité de choix et de mettre en place les actions adaptées afin de produire un changement bénéfique pour leur qualité de vie au travail.

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

Au regard des résultats sur l'impact du programme sur les stratégies de coping (voir tableau 4), il apparaît que suite à l'intervention les infirmières utilisent de façon moindre les stratégies d'évitement tout en priorisant l'utilisation de stratégies actives de coping pour faire face aux

situations. Ces résultats sont similaires avec les études corrélationnelles sur le sujet (Beaulieu, 1993 ; Patenaude, 1996 ; Delmas et Duquette, 2000) malgré l'utilisation d'échelles de mesure différente. Au niveau clinique, les infirmières témoignent du renforcement de la prise de distance face aux événements afin de les analyser et d'examiner leur potentiel stressant ce qui leur permet d'agir selon leur croyance et leur valeur. De plus, elles font plus appel à leur entourage professionnel et personnel pour avoir du feedback. Par conséquent, les infirmières se laissent moins submerger par l'émotionnel ou la fuite face à un événement ayant un potentiel stressant. En conclusion, il apparaît qu'un programme de renforcement de la hardiesse a permis aux infirmières le renforcement des stratégies actives de coping tout en diminuant les stratégies d'évitement face aux stressseurs professionnels bien que cette dernière hypothèse ne soit pas statistiquement significative. Ces résultats sont cohérents avec les aspects théoriques de Maddi et Kobasa (1984).

Une intervention qui réduit l'intensité du stress occupationnel

Il apparaît que le programme de renforcement de la hardiesse a permis une diminution significative de l'intensité du stress perçu et ceci aux quatre temps de mesure (voir tableau 3). Ces résultats sont similaires à ceux de Leclerc (1999) auprès d'une population d'infirmières québécoises. Au niveau clinique, les infirmières font état qu'en confrontant plus souvent les situations, elles ressentent moins la tension perçue induite par la non-résolution de ces dernières. De plus, elles interpellent plus souvent les médecins et les cadres lorsque leurs paroles ou actes induisent chez elles une tension. Plus finement, les infirmières alertent plus rapidement le cadre d'une intensification de la charge de travail tout en proposant des réajustements possibles. De même, elles mettent beaucoup plus de limites quant aux multiples sollicitations en dehors du soin au patient diminuant ainsi les interruptions fréquentes de tâche. De plus, elles rapportent aussi que la confrontation des situations demandent du courage et produit un certain niveau de stress qui est nettement moins intense que le stress chronique généré par une situation non résolue. De ce fait, il apparaît autant au niveau statistique que clinique que l'intervention a permis aux infirmières de percevoir de façon moins intense le stress au travail.

Une intervention qui renforce la qualité de vie au travail

On constate que le niveau de qualité de vie au travail est augmenté suite au programme de

renforcement de la hardiesse (voir tableau 5). Par contre, il apparaît avant l'intervention que le niveau de qualité de vie au travail est modéré. Ce résultat est similaire à l'étude de Delmas (1999) et Carlier (2000) auprès d'une population d'infirmières françaises. Ce constat peut trouver une explication par le fait des nombreuses restructurations hospitalières effectuées qui oublient parfois la dimension humaine au profit d'une dimension comptable, mais aussi par la non reconnaissance professionnelle de l'infirmière. De ce fait, le climat de travail hospitalier français ne permet pas forcément la promotion de la qualité de vie au travail. De plus, l'augmentation du score de qualité de vie au travail ne s'est pas fait de façon linéaire car on peut remarquer une diminution de ce dernier un mois après l'intervention. Cette chute est concomitante avec la négociation de la mise en place des 35 heures sur l'établissement sur fond de crise budgétaire ce qui obligeait les équipes de soin à une réorganisation rapide du travail. Les infirmières mentionnent avoir été affectées par cette situation qu'elles ne maîtrisaient pas malgré les stratégies actives de coping qu'elles déployaient pour faire face aux nombreux stressés. Par contre, elles soulignent que cette période de tumulte les a stimulées à mettre en pratique les différentes techniques proposées par le programme de renforcement de la hardiesse.

Conclusion

La conclusion de cette étude portera sur les contributions apportées par cette recherche car il n'en demeure pas moins que cette dernière a permis une avancée dans le développement des connaissances sur la santé des infirmières au travail. De façon plus explicite, les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence que la hardiesse est une caractéristique de la personnalité, mobilisable par l'intermédiaire d'une intervention de courte durée et facilement reproductible, que l'infirmière hardie utilise de façon prioritaire les stratégies actives de coping pour faire face aux événements stressants, ce qui lui permet de diminuer leur intensité perçue tout en renforçant sa qualité de vie au travail. De plus, les résultats obtenus corroborent les propositions théoriques de Maddi et Kobasa (1984) renforçant ainsi la pertinence de cette théorie. Bien que certaines limites nécessitent des explorations futures comme la reproductibilité du devis sur d'autres hôpitaux de France, il n'en demeure pas moins que cette intervention peut s'intégrer dans des actions infirmières en vue de promouvoir la santé au travail, avec des extensions possibles auprès de patients et des étudiants en soins infirmiers soumis à de nombreux stressés.

Outre le fait de la pertinence des résultats obtenus, il apparaît comme le soulignent Delmas, (1999) et Carlier (2000), que la qualité de vie au travail est un concept primordial à développer en sciences infirmières, surtout en période de restriction budgétaire, où les gestionnaires devraient l'intégrer comme un concept central de gestion, ou du moins d'évaluation. Par contre, parler de qualité de vie au travail impose un changement de paradigme dans la perception habituelle de la personne au travail, car ce concept suggère d'entrevoir celui-ci comme une source de développement. Dans cette optique, il apparaît judicieux de suggérer aux institutions de soins, dont la mission principale est d'offrir des soins de qualité aux patients, de s'attarder à la santé de leurs acteurs du soin. En effet, il apparaît incohérent que les gestionnaires induisent, par des modes de gestion, par l'utilisation de stratégies de management inadaptées, des problèmes de santé mentale chez son personnel. Par conséquent, explorer la qualité de vie au travail et mettre en œuvre des politiques qui permettent de la renforcer sont des moyens parmi plusieurs autres approches, de prendre soin des acteurs de santé. Elle permet ainsi d'apposer un regard humain dans une gestion souvent exclusivement rationnelle.

Références

- Auger, L. (1974). *S'aider soi-même une psychothérapie par la raison*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Beaulieu, D. (1993). *Description du stress et des stratégies de coping chez les infirmières en soins prolongés*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27 (30), 371-377.
- Boyle, A., Grap, M, J., Younger, J., & Thomby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Carlier, P. (2000). *Relations entre le soutien au travail, les stratégies de coping et la qualité de vie d'infirmières d'unités psychiatriques en France*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Carver, C, S. (1989). How should multifaceted personality constructs be tested ?. Issue illustrated by self-monitoring, attributional style and hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (4), 577-588
- Clarke, B. M. (1991). The burnout maze : an exploration of interrelationships of burnout, hardiness, depression, response mode to

- burnout, and demographic variables. *Dissertation Abstracts International*, 53/01, p.317.
- Cloutier, J. (1993). *La désirabilité sociale chez les agresseurs sexuels*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Collins, A. M. (1996). The relation of work stress, hardiness and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 12 (2), 81-85.
- D'ambrosia, S. J. (1987). *A study to examine if there is a relationship between burnout and hardiness of nurses working with oncology patients*. Unpublished doctoral dissertation, Temple University.
- Delmas, P., Pronost, A. M., & Cloutier, L (1997). *L'influence de la hardiesse comme trait de personnalité sur la perception des stressseurs et l'épuisement professionnel des infirmières de soins intensifs*. Mémoire de cadre de santé, Institut de formation des cadres de santé, Toulouse.
- Delmas, P. (1999). *Les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Delmas, P. (2002). *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 non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- Delmas, P., et Duquette, A. (2000). Les relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *Recherche en Soins infirmiers*, 60, 17-26.
- Delmas, P., Escobar, M. B., & Duquette, A. (2000). Validation d'une version française d'une mesure de la qualité de vie au travail. *Infirmière du Québec* (8), 6, 16-28.
- Duquette, A., & Delmas, P. (2001). Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières (première partie). *Soins cadre*, 38, 68-71
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B., & Saulnier, P. (1995). *Etude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Rapport de recherche présenté au conseil québécois de la recherche sociale. Montréal: Université de Montréal, Faculté des Sciences Infirmières.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B., 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.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39, (3), 275-291.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy : the rational-emotive approach*. New-York : The Julian Press.
- Funk, S. C. (1992). Hardiness : A review of theory and research. *Health Psychology*, 12 (5), 335-345.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing (2nd)*. New York : Bantam Books.
- Gomez, K. M. (1994). The relationship between hardiness, stress and burnout among emergency department nurses. *Dissertation Abstracts International*, 33/04, p. 1224.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G (1981a). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavior Assessment*, 3 (1), 11-23.
- Harrison, C. (1995). *Relations entre les types de stressseurs, les dimensions de la hardiesse et le bien-être des infirmières de médecine-chirurgie*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Harrison, M. (1997). *Hardiesse, soutien au travail et détresse psychologique d'infirmières auxiliaires francophones au Québec*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Keane, A., Ducette, J., & Adler, D. C. (1985). Stress in ICU and non ICU nurses. *Nursing Research*, 34(4), 231-236.
- Kérouac, S., & Duquette, A. (1992). *Etude longitudinale des déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieu gériatriques*. Document inédit, Université de Montréal, Montréal.
- Kobasa, C. S., & Maddi, R. S. (1977). Existential personality theory. In R. Corsini (Ed). *Current Personality Theory* (p 244-275). Ithaca : Illinois.
- Kobasa, C. S. (1979). Stressful life events, Personality and Health : an inquiry into hardiness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37, (1), 1-11.
- Kobasa, C. S. (1982a). Commitment and coping in stress resistance among lawyers, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (4), 707-717
- Kobasa, C. S. (1990). *The third generation hardiness test*. Unpublished manuscript, Graduate School of the City University of New York, New York.
- Lambert, C., & Lambert, V. A. (1993). Relationship among faculty practice involvement, perception of role stress, and psychological hardiness of nurse educators. *Journal of Nursing Education*, 32 (4), 171-179.
- Langemo, K. D. (1990). Impact of work stress on female nurse educators. *Image*, 22(3), 159-162.
- 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 de maîtrise non publié. Université de Montréal.
- Maddi, R. S. (1990). Issues and interventions in stress mastery. In H.S. Friedman (Ed), *Personality and Disease* (p121-154). New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore : John Wiley and Sons, Inc.
- Maddi, R. S. (1999). Comments on trends in hardiness research and theorizing. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51(2), 67-71.
- Maddi, R. S., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal*, 50(2), 78-86.
- Maddi, R. S., & Kobasa, C. S. (1984). *The hardie executive: health under stress*. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irven.
- Major, A. (1995). *Relations entre les dimensions de la hardiesse et celle de l'épuisement professionnel d'infirmières nouvellement diplômées*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Marlowe, D., & Crowne, D. P. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- McCranie, E., Lambert, V., & Lambert, C, Jr. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36, (60), 374-379.
- Millet-Smith, J. M. (1984). *The relationship of locus of control, achievement motivation, perceived instrumentality and burnout in registered professional nurses*. Unpublished dissertation, Syracuse University, NY.
- Morissette, F. (1993). *Facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmières francophones œuvrant aux soins intensifs au Québec*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Nowack, K. W. (1986). Type A, hardiness and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (6), 537-548.
- Paquette, M. (1994). *Stresseurs au travail en sidologie, hardiesse et épuisement professionnel d'un groupe d'infirmières québécoises*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Patenaude, F. (1996). *Etude longitudinale des relations entre le stress occupationnel, des stratégies de coping et l'état émotionnel d'infirmières de gériatrie*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Rich, V. L. (1985). *An investigation into the modification of personality hardiness*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, P.A.
- Rich, V. L., & Rich, R. A. (1987). Personality hardiness and burnout in female staff nurses. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 19, (2), 63-66.
- Savignac, P. (1993). *Perception des stresseurs en soins infirmiers, hardiesse et bien-être psychologique d'infirmières en soins de longue durée*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Simoni, S. P., & Paterson, J. J. (1997). Hardiness, coping and burnout in the nursing workplace. *Journal of Professional Nursing*, 13 (3), 178-185.
- Strahan, R., & Gerbasi, K. C. (1972). Short, homogeneous versions of the Marlow-Crowne Social Desirability Social Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 191-193.
- Tierney, M. J., & Lavelle, M. (1997). An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *Journal of Nursing Staff Development*, 13 (4), 212-217.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12, 179-186.
- Van Servellen, G., Topf, M., & Leake, B. (1994). Personality hardiness, work-related stress and health in hospital nurses. *Hospital Topics*, 72(2), 34-39.
- Wright, F. T., Blache, F. C., Ralph, J., & Luterman, A. (1996). Hardiness, stress and burnout in intensive care nurses. *Journal of Burnout Care & Rehabilitation*, 14, (3), 376-381.

ANNEXE 1 : Représentation graphique du devis de recherche

