

Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie

Validation of a model of psychosocial determinants of health in the workplace for geriatric nurses

André Duquette, Suzanne Kérouac, Balbir K. Sand, Pierre Saulnier et Lise Lachance

Volume 22, numéro 2, automne 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032425ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032425ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Duquette, A., Kérouac, S., Sand, B. K., Saulnier, P. & Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 257–278. <https://doi.org/10.7202/032425ar>

Résumé de l'article

Cette étude visait à vérifier un modèle de relations entre des facteurs psychosociaux et la santé des 8066 infirmières francophones oeuvrant en soins gériatriques au Québec. Un échantillon aléatoire de 1990 sujets a été prélevé et des taux de participation de 77,9 % et 55 % ont été obtenus aux deux temps de mesure échelonnés à un intervalle de 12 mois. Basé sur la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984), le modèle a été reproduit aux deux temps à l'aide d'analyses d'équations structurales. Ces analyses révèlent que trois variables exercent un effet direct sur la détresse psychologique, soit l'épuisement professionnel, les stressors occupationnels et la hardiesse. De même, des variables exercent un effet direct sur l'épuisement : par ordre d'importance, il s'agit de la hardiesse, des stressors occupationnels, du soutien au travail, des stratégies actives d'adaptation et du statut d'emploi. Pour composer avec les stressors du travail, les infirmières dites hardies mettent l'accent vers des stratégies actives d'adaptation et recherchent le soutien de personnes de leur environnement de travail. Les résultats aident à mieux comprendre les ressources psychologiques et sociales qui favorisent une meilleure adaptation de femmes professionnelles oeuvrant dans des environnements de travail fort exigeants. Les retombées de l'étude convergent tant vers la qualité de vie des professionnels de la relation d'aide que vers le coût et la qualité des services de santé et des services sociaux.



Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie

André Duquette*

Suzanne Kérouac*

Balbir K. Sandhu**

Pierre Saulnier***

Lise Lachance****

Cette étude visait à vérifier un modèle de relations entre des facteurs psychosociaux et la santé des 8066 infirmières francophones œuvrant en soins gériatriques au Québec. Un échantillon aléatoire de 1990 sujets a été prélevé et des taux de participation de 77,9 % et 55 % ont été obtenus aux deux temps de mesure échelonnés à un intervalle de 12 mois. Basé sur la perspective théorique de Maddi et Kobasa (1984), le modèle a été reproduit aux deux temps à l'aide d'analyses d'équations structurales. Ces analyses révèlent que trois variables exercent un effet direct sur la détresse psychologique, soit l'épuisement professionnel, les stressors occupationnels et la hardiesse. De même, des variables exercent un effet direct sur l'épuisement : par ordre d'importance, il s'agit de la hardiesse, des stressors occupationnels, du soutien au travail, des stratégies actives d'adaptation et du statut d'emploi. Pour composer avec les stressors du travail, les infirmières dites hardies mettent l'accent vers des stratégies actives d'adaptation et recherchent le soutien de personnes de leur environnement de travail. Les résultats aident à mieux comprendre les ressources psychologiques et sociales qui favorisent une meilleure adaptation de femmes professionnelles œuvrant dans des environnements de travail fort exigeants. Les retombées de l'étude convergent tant vers la qualité de vie des professionnels de la relation d'aide que vers le coût et la qualité des services de santé et des services sociaux.

* M. Duquette est professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

** Mme Kérouac est aussi professeure à la même institution.

*** Mme Sandhu est infirmière à l'Hôpital Royal Victoria.

**** M. Saulnier est directeur des soins infirmiers à l'Hôpital St-Joseph de la Providence.

***** Mme Lachance est étudiante au département de psychologie de l'Université de Montréal.

Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier du Conseil québécois de la recherche sociale.

Au Québec, le personnel infirmier regroupe au moins 100 000 personnes dont la mission principale est orientée vers la relation d'aide de personnes affectées par des problèmes de santé. En gériatrie, le travail du personnel infirmier comporte souvent des tâches répétitives et ingrates dont les résultats sont rarement spectaculaires et difficilement appréciables par le soignant. Le vieillissement de la population de même que les nombreux désordres cognitifs propres au vieil âge ont contribué, au cours des dernières années, à alourdir de beaucoup le travail du personnel infirmier.

Plusieurs ont observé que les infirmières sont des personnes à risque élevé d'épuisement professionnel (Kilpatrick, 1989; Ursprung, 1986) et des chercheurs ont montré que les infirmières travaillant en soins gériatriques sont plus susceptibles que les autres de vivre de l'épuisement professionnel. En effet, Astrom et al. (1987) démontrent que 27 % des infirmières en soins gériatriques souffrent d'épuisement professionnel comparativement à 20 % chez les infirmières en soins généraux; les résultats de l'étude de Hare et Pratt (1988) vont dans le même sens. En raison de son impact négatif sur le caractère humain des soins, sur la santé des soignants et sur les coûts entraînés par l'absentéisme et le roulement excessifs du personnel, ce problème d'épuisement revêt une grande importance socio-sanitaire.

Plus de 300 documents relatifs à l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier ont été recensés (Duquette et al., 1990). Ici, seules les études empiriques sur les principaux corrélats de l'épuisement professionnel du personnel infirmier sont exposés. Ces corrélats sont les stressseurs occupationnels, la hardiesse, le soutien au travail, les stratégies d'adaptation et des indicateurs de santé mentale.

Stresseurs occupationnels et épuisement professionnel

Plusieurs études ont reconnu que le milieu de travail de l'infirmière génère plusieurs sources de stress. Ces stressseurs ont trait à l'ambiguïté du rôle, au manque d'autonomie, à la surcharge de travail, aux problèmes et à la condition de santé des personnes soignées, de même qu'à d'autres stressseurs liés aux exigences du travail (comme les horaires et les conditions physiques du travail) ou au contexte de travail, tels les conflits avec les pairs et les médecins (Arsenault et al., 1987; Dewe, 1988; Richardsen et al., 1992). De plus, certaines études ont montré que l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier était associé à divers stressseurs en milieu de travail, tels la fréquence et l'intensité de stressseurs occupationnels (Morissette, 1993), le nombre de décès dans l'unité de soins, les horaires de travail, les demandes conflic-

tuelles, les interactions avec les personnes soignées et les membres de leur famille (Jenkins et Ostchega, 1986), l'ambiguïté du rôle (Firth et al., 1987) et la charge de travail (Fong, 1993).

Ces recherches tendent à montrer que plusieurs stressseurs inhérents au contexte de travail peuvent contribuer à créer un milieu au sein duquel se développe l'épuisement professionnel. Cependant, ces recherches contribuent peu à expliquer l'action des mécanismes d'adaptation. L'épuisement professionnel y est défini comme une réaction individuelle en regard de l'intensité du stress ressenti et de la fréquence des stressseurs reliés au travail. La sensibilité aux stressseurs quotidiens diffère selon les individus en fonction, notamment, de leurs caractéristiques psychologiques et du soutien perçu.

Relation entre la hardiesse et l'épuisement professionnel

Parmi les études se rapportant aux ressources psychologiques de la personne, plusieurs ont examiné les relations entre la hardiesse et l'épuisement professionnel. La personne qui fait preuve de hardiesse est celle qui démontre des croyances, des attitudes et des sentiments spécifiques face à la vie, comme la conviction que les changements sont bénéfiques au développement personnel (sens du défi), la tendance à privilégier l'action dans ce qu'elle entreprend (sens de l'engagement) et le sentiment de maîtrise face aux événements (sens de la maîtrise) (Maddi et Kobasa, 1984). Dans plusieurs études, il appert que les infirmières qui font preuve de hardiesse rapportent moins de manifestations d'épuisement (Boyle et al., 1991 ; Major, 1995 ; Morissette, 1993 ; Topf, 1989).

Soutien au travail et épuisement professionnel

Le soutien apparaît être également une variable importante en ce qui concerne l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Parmi les nombreuses sources de soutien, celle reçue en milieu de travail a fait l'objet de plusieurs études (Eastburg, 1991 ; Fong, 1993 ; Hare et al., 1988 ; Michaud, 1991 ; Ogus, 1990 ; Plante, 1993 ; Saulnier, 1993). Des résultats similaires en ressortent. Chez le personnel infirmier, la perception du soutien offert par les supérieurs et les pairs est reliée à des degrés moindres d'épuisement professionnel. Ces résultats suggèrent également que le soutien du supérieur et des pairs exerce un effet médiateur entre les stressseurs et l'épuisement professionnel.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de déceler clairement les interactions entre les divers aspects du soutien et d'autres

facteurs agissant sur l'épuisement professionnel des infirmières. On ne sait pas, par exemple, comment le soutien peut influencer le choix de stratégies d'adaptation pour faire face aux stressseurs et réduire l'épuisement professionnel.

Stratégies d'adaptation et épuisement professionnel

Dans la perspective des travaux de Lazarus (Lazarus et Folkman, 1984), plusieurs ont utilisé la notion de *coping* pour désigner l'ensemble des réponses, efforts cognitifs ou comportements que l'individu utilise pour faire face aux différentes sources de stress qu'il rencontre. Plusieurs études réalisées auprès d'infirmières montrent que les stratégies d'adaptation sont associées à l'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel serait inversement associé aux stratégies centrées sur l'action (Kimmel, 1981), aux stratégies de vigilance (Chiriboga et Bailey, 1986), à la résolution de problèmes (Boyle et al., 1991; Ceslowitz, 1989; Lauzon, 1991; Sullivan, 1993), à la réévaluation de la situation (Ceslowitz, 1989; Lauzon, 1991) et à la recherche du soutien social (Ceslowitz, 1989). Par ailleurs, d'autres stratégies y seraient liées positivement. Parmi elles, on trouve les stratégies d'évitement (Ceslowitz, 1989; Kimmel, 1981; Lauzon, 1991; Rich, 1991), de fuite (Ceslowitz, 1989; Lauzon, 1991), d'autocontrôle (Ceslowitz, 1989), ou centrées sur l'émotion (Boyle et al., 1991; Rich, 1991; Teague, 1992) et les stratégies d'affrontement (Lauzon, 1991). Bref, ces résultats montrent une certaine consistance et l'état actuel de la recherche permet de déceler plus clairement les stratégies d'adaptation qui semblent les plus appropriées à l'adaptation en regard de l'épuisement professionnel du personnel infirmier.

Relation entre l'épuisement professionnel et la maladie

Les spécialistes de l'épuisement professionnel s'accordent généralement pour reconnaître que l'épuisement se présente comme un ensemble de réactions d'ordre psychologique, somatique et comportemental (Freudenberger, 1980; Jones, 1982; Maslach, 1982; Pines et Aronson, 1981). Les premières manifestations sont le plus souvent une sensation d'épuisement émotionnel et de fatigue extrême. La personne se sent vidée d'énergie et présente de l'irritabilité, de l'anxiété, de la colère pouvant évoluer vers des sentiments de désespoir et d'impuissance. Ces réactions accompagnent souvent des plaintes diverses de nature somatique : céphalées, maux de dos, désordres gastro-intestinaux. L'individu épuisé émotionnellement en vient à développer des attitudes et des sentiments négatifs envers les personnes soignées ; il peut

devenir indifférent, froid et cynique. L'individu se sent frustré par son travail ; il peut développer des sentiments de culpabilité, d'échec et une image négative de lui-même et de son travail.

Il est reconnu que ces réactions peuvent apparaître chez des personnes qui n'ont présenté aucune psychopathologie antérieure. L'expression des manifestations serait reliée à des stressors organisationnels importants et soutenus, en particulier chez les individus dont le travail est orienté vers la relation d'aide. Les manifestations d'épuisement professionnel s'expriment avant tout en regard du milieu de travail et il y a lieu de croire que l'épuisement professionnel soit considéré comme un problème d'adaptation avec inhibition au travail (Bibeau et al., 1988).

La relation entre l'épuisement professionnel chez les infirmières et la maladie est plutôt mal connue. Des auteurs (Firth et al., 1987) ont trouvé une relation entre l'épuisement professionnel et des indicateurs de maladie alors que Oganowski (1984) n'en observe pas.

En somme, la recension des écrits montre que les variables initiatrices de l'épuisement professionnel sont nombreuses, subtiles et non isolées les unes des autres. Des facteurs relatifs à l'individu et d'autres se rapportant au contexte de travail sont identifiés et mis en relation avec l'épuisement. L'épuisement professionnel résulterait de l'effet cumulatif de variables interactives (Courage et Williams, 1987). Il est plausible de croire que son influence pernicieuse puisse éventuellement conduire à des réponses « inefficaces », telles des manifestations de maladie.

La plupart des études recensées sur l'épuisement professionnel des infirmières portent principalement sur des programmes de soins de courte durée. Peu d'études concernent le personnel soignant en milieu gériatrique. L'état actuel de la recherche ne permet pas de montrer comment des facteurs personnels viennent moduler l'impact de facteurs contextuels sur l'épuisement du personnel soignant et comment l'épuisement professionnel dit chronique affecte la santé physique et mentale du soignant. Les travaux recensés montrent des limites méthodologiques liées notamment à l'absence d'un cadre de référence, au nombre restreint de variables et à la méthode d'échantillonnage. L'ensemble de ces écrits nous a incités à situer cette étude dans une perspective théorique plus large et bien connue, celle de l'adaptation au stress.

Modèle théorique

Plusieurs travaux ont favorisé l'intégration de connaissances et proposé, du point de vue de diverses disciplines, des cadres de référence expliquant les processus d'adaptation au stress (Antonowsky, 1979 ;

Lazarus, 1966; Selye, 1956). Entre autres, Kobasa (1979) a retenu, parmi diverses hypothèses, la capacité que peut avoir un individu de résister aux influences débilitantes du stress. Kobasa (1979) a mis l'accent vers l'une des ressources individuelles, la hardiesse. Celle-ci se réfère aux caractéristiques psychologiques personnelles qui rendent l'individu apte à demeurer en santé, même sous l'influence d'événements générateurs de stress ou dans un environnement dit stressant.

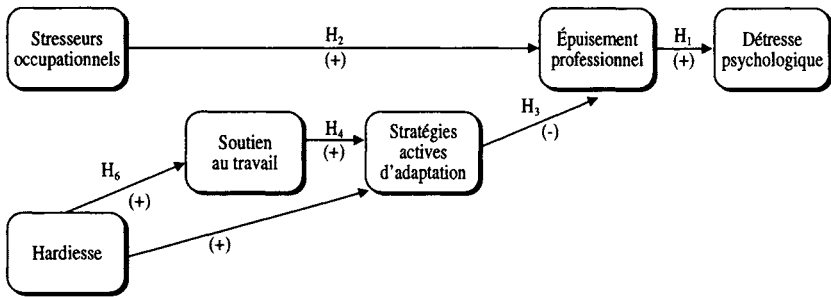
Selon Maddi et Kobasa (1984), tout événement générateur de stress, notamment les multiples stressseurs continus et répétés en milieu de travail, représente pour l'individu, une menace ou une tension. Cette tension se manifeste généralement au plan physique par la sudation, la tachycardie, les tremblements et, au plan psychologique, par l'irritabilité, l'anxiété et la peur. De tels signes reflètent l'état d'alerte dans lequel se trouve l'organisme quand, soumis à un stress prolongé, il risque de voir sa résistance diminuer et devenir malade. L'épuisement professionnel peut ainsi être considéré comme une réaction d'alerte vis-à-vis de stressseurs soutenus et répétés en contexte de travail et représenter une menace à la santé physique et mentale. Tout en tenant compte de l'importance de la prédisposition à la maladie, des pratiques et des habitudes de santé vis-à-vis du développement de pathologies, Maddi et Kobasa (1984) soutiennent que, parmi les ressources de l'individu, la hardiesse émerge comme la plus puissante de la constellation. Les personnes dites hardies mettent l'accent vers des stratégies actives d'adaptation et recherchent le soutien de personnes portées à utiliser ce genre de stratégies. À leur avis, le soutien social a un effet médiateur valable dans la mesure où il encourage une appréciation cognitive optimiste du stressseur ainsi qu'une décision éclairée en vue d'y faire face. Ainsi, les personnes dites hardies cherchent à transformer le stress, réduisent la tension et par conséquent, leur vulnérabilité à la maladie. La perspective théorique proposée par Maddi et Kobasa (1984) prend appui sur plusieurs recherches réalisées aux États-Unis auprès d'hommes gestionnaires. Cette perspective théorique s'applique-t-elle également à un groupe de femmes professionnelles du Québec, soit les infirmières travaillant en soins gériatriques ?

Objectif et hypothèses

La présente recherche vise à vérifier un modèle de relations entre des facteurs personnels, des facteurs contextuels liés à l'épuisement professionnel et la détresse psychologique des infirmières québécoises œuvrant en milieu gériatrique. À l'instar de Maddi et Kobasa (1984), nous prévoyons que sous l'influence de stressseurs fréquents, l'infirmière

dite hardie aura tendance à rechercher un soutien en milieu de travail et à recourir à des stratégies actives d'adaptation pour faire face aux événements générateurs de stress, afin de diminuer la menace qu'est l'épuisement professionnel et se protéger de la détresse psychologique. De cet objectif découle un ensemble d'hypothèses illustrées à la figure 1.

Figure 1
Hypothèse graphique



MÉTHODE

Procédure

La population à l'étude regroupe l'ensemble des infirmières francophones œuvrant en soins gériatriques dans les centres hospitaliers et les centres d'accueil du Québec. En septembre 1992, cette population regroupait 8066 infirmières (OIIQ., 1992). De cette population, un échantillon aléatoire simple de 1990 sujets a été prélevé à partir des registres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Un questionnaire qui nécessite l'attention du sujet pendant 40 minutes environ a été expédié au domicile de ces infirmières, à intervalle de 12 mois, soit novembre 1992 (T₁) et novembre 1993 (T₂). À chacun des temps de l'enquête, une lettre de rappel a été postée deux semaines après l'envoi du questionnaire et une autre deux semaines plus tard. Les taux de participation ont été de 77,9 % (T₁) et 55 % (T₂).

Sujets

Les caractéristiques sociodémographiques des répondantes démontrent que la quasi totalité sont des femmes (93 %) et trois répondantes sur quatre ont 35 ans ou plus. Près des trois quarts vivent avec un

conjoint. Deux infirmières sur trois ont des enfants et près du sixième en ont trois ou plus. La moitié travaille à temps complet et les autres à temps partiel. Trois répondantes sur quatre ont plus de dix ans de pratique active et une proportion similaire exerce dans la même unité de soins depuis au moins 4 ans. Près de la moitié travaille le jour, les autres, le soir, la nuit ou en rotation. Enfin, les répondantes se distribuent à peu près également entre les centres hospitaliers et les centres d'accueil.

Instruments de mesure

Pour les fins de cette étude, trois questionnaires ont fait l'objet d'une traduction inversée, le *Staff Burnout Scale for Health Professionals*, le *Nursing Stress Scale* et la troisième version du *Hardiness Scale* (Morissette, 1993). La méthode de traduction inversée et un prétest ont permis d'assurer la qualité des traductions.

Épuisement professionnel. Le *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) (Jones, 1980) a été choisi pour mesurer les dimensions cognitive, affective, psychophysiologique et comportementale de l'épuisement professionnel. Il comprend 30 énoncés dont 10 estiment la conformité sociale. Le sujet indique ses réponses à l'aide d'une échelle Likert sans point milieu allant de 1 (accord total) à 7 (désaccord total). Cet instrument obtient des indices de fidélité acceptables : un alpha (Jones, 1980) et un coefficient *split-half* de .93 (Rich et Rich, 1987). Des corrélations positives entre le SBS-HP et diverses mesures comme la mobilité du personnel, l'absentéisme, le retard au travail, la consommation d'alcool et de médicaments tendent à montrer la valeur prédictive de l'instrument (Jones, 1980). Le coefficient alpha de la présente étude s'élève à .84 pour l'ensemble de l'instrument. Un item a été retranché de la dimension cognitive en raison d'une corrélation de -.01 avec les autres items de cette dimension.

Stresseurs occupationnels en soins infirmiers. Une traduction française du *Nursing Stress Scale* (NSS ; Gray-Toft et Anderson, 1981b) a été employée afin de mesurer les stresseurs rencontrés par le personnel en soins infirmiers. À l'aide d'une échelle Likert en 4 points (de 1 = jamais à 4 = très souvent), les infirmières ont répondu à 34 items regroupés selon trois types d'environnement : physique, psychologique et social. L'environnement physique concerne la charge de travail définie selon le volume de soins à prodiguer compte tenu de l'horaire et des contraintes de temps. L'environnement psychologique inclut des facteurs comme la mort des personnes soignées, la préparation insuffisante de l'infirmière, le manque d'appui des pairs et des supérieurs et l'incertitude envers le traitement. L'environnement social inclut des facteurs

relatifs aux conflits d'ordre intra et interprofessionnel. Cet instrument présente des indices de fidélité satisfaisants : un coefficient Spearman-Brown et un coefficient Guttman split-half de .79, un coefficient alpha de .89 et un coefficient test-retest de .81 pour l'ensemble de l'échelle (Gray-Toft et Anderson, 1981a; 1981b; 1985). Des corrélations entre le NSS et des mesures d'anxiété, de satisfaction au travail et la mobilité du personnel ont permis de démontrer sa validité convergente, divergente et prédictive. Dans la version française, le coefficient alpha pour l'ensemble de l'échelle est de .85.

Hardiesse. La hardiesse a été mesurée à l'aide d'une traduction en français de la troisième version du *Hardiness Scale* (HS; Kobasa, 1990). Cette troisième version regroupe 50 items qui captent trois dimensions : le sens de l'engagement (16 items), le sens de la maîtrise (17 items) et le sens du défi (17 items). Le répondant indique ses réponses à l'aide d'une échelle Likert variant de 0 (pas du tout) à 3 (tout à fait vrai). Sur le plan de la fidélité, la version anglaise obtient un coefficient alpha de .90 pour l'ensemble de l'échelle, et ceux des sous-échelles sont de .70. Le coefficient test-retest, calculé selon un intervalle de deux semaines pour le score total, s'élève à .60. Dans la présente étude, le coefficient alpha obtenu pour l'ensemble des items est de .84.

Soutien en milieu de travail. Le concept de soutien est mesuré par la « Dimension relationnelle au travail » (Michaud, 1991), traduit et adapté du *Work Relationship Index* (WRI), une des trois dimensions du *Work Environment Scale* (WES) de Moos (1986). Cet instrument comprend 27 items répartis en trois dimensions : implication du groupe à la tâche, soutien du supérieur et cohésion parmi les pairs. Le sujet doit indiquer son choix de réponse à l'aide d'une échelle Likert variant de 1 (tout à fait vrai) à 4 (tout à fait faux). Pour les fins de l'étude, seules les deux dernières dimensions sont retenues. Des coefficients alpha attestant de la consistance interne ont été rapportés (Michaud, 1991) et reflètent ceux de l'instrument original : .77 pour le soutien du supérieur, .69 pour la cohésion parmi les pairs et .84 pour l'ensemble de l'instrument (Moos, 1986). Dans la présente étude, la valeur du coefficient alpha pour l'ensemble des items s'élève à .84.

Stratégies d'adaptation. La forme B pour adultes de la mesure des Indices de réactions de *coping* est une traduction et adaptation en langue française (Gagnon, 1988) de l'outil *Indices of Coping Responses* (Moos et al., 1986). Elle inclut 32 items classés en trois catégories de stratégies : actives-cognitives (11 items), actives-comportementales (13 items) ou d'évitement (8 items). Le sujet indique leur fréquence d'utilisation à l'aide d'une échelle Likert allant de 1 (jamais) à 4 (souvent). Le score

total est représenté par la proportion de stratégies actives employées (Holahan et Moos, 1991). Cet instrument a été utilisé à l'occasion de plusieurs travaux et les coefficients alpha les plus récents sont pour les items se référant aux stratégies actives (24 items) de .83 et aux stratégies d'évitement de .60 (Holahan et Moos, 1991). Dans la présente étude, les coefficients alpha sont respectivement de .72 pour les stratégies actives-cognitives, .67 pour les stratégies actives-comportementales et .47 pour les stratégies d'évitement.

Détresse psychologique. Elle a été évaluée à l'aide de la version du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI : Ilfeld, 1976) utilisée dans l'Enquête Santé Québec, traduction adaptée pour être employée en mode autoadministré. Cette échelle mesure un ensemble de symptômes correspondant au concept de détresse psychologique liés à la dépression (10 items), l'anxiété (11 items), l'irritabilité (4 items) et aux problèmes cognitifs (4 items). Les énoncés font référence aux sept derniers jours et sont évalués à l'aide d'une échelle Likert (de 1 = jamais à 4 = très souvent). Des analyses ont démontré la fidélité et la stabilité de la structure factorielle chez les hommes, les femmes et différents groupes d'âge. Les relations identifiées entre cette échelle et d'autres mesures du statut de santé comme le recours aux services d'un professionnel pour un problème de santé mentale ou la consommation de psychotropes pendant la dernière année ont permis d'apprécier sa validité concomitante. Dans cette étude, le coefficient alpha pour l'ensemble des items s'élève à .94.

Traitement des données

Tout d'abord, une analyse de régression avec la méthode directe (*enter*) a été effectuée afin de déterminer les variables sociodémographiques qui contribuent de façon significative à l'explication de l'épuisement professionnel. Au total, les variables sociodémographiques (sexe, âge, statut marital, années d'expérience, statut d'emploi, titre d'emploi, quart de travail et type d'établissement) n'expliquent que 2 % de la variance; seul le statut d'emploi s'avère significatif ($b = .04$; $p < .05$) et sera retenu dans les analyses subséquentes.

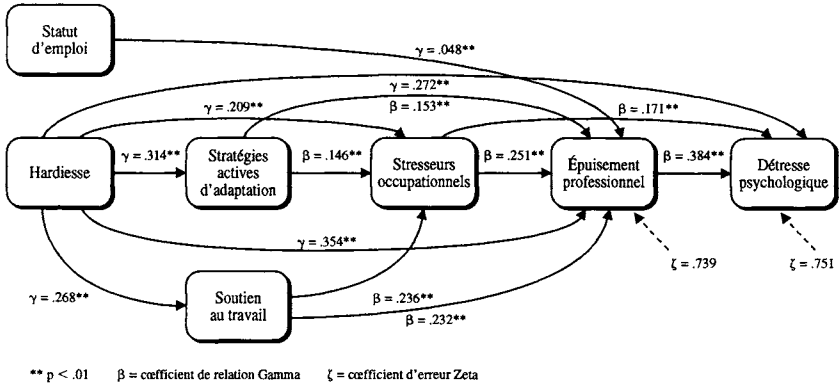
La vérification du modèle a été effectuée par le calcul d'équations structurales à l'aide du logiciel EQS distribué par BMDP (Bentler, 1989). Cette méthode d'analyse permet de quantifier le lien existant entre les variables, de vérifier si ce lien est statistiquement différent de zéro, de juger de la qualité de l'ensemble du modèle par un indice de qualité d'ajustement (*goodness of fit index*) et de chercher des alternatives susceptibles d'améliorer la qualité du modèle. À l'instar de Tanaka (1987), un indice d'ajustement (*Bentler-Bonnett Fit Index*; *BBFI*) supé-

rieur à .90 a été considéré comme un indice valable pour attester que les données empiriques correspondent bien au modèle théorique. Compte tenu de ce modèle théorique, seuls les scores globaux de chacun des instruments furent considérés pour l'analyse, du fait que le but recherché était de tester un modèle parcimonieux.

Prenant appui sur l'hypothèse graphique, les données recueillies au temps 1 furent soumises à plusieurs analyses d'équations structurales. Le premier modèle de relations était insatisfaisant pour la qualité d'ajustement en regard du modèle théorique (BBFI = .60). Cette étape a cependant permis de modifier la configuration créée par l'arrangement des variables. Le but était de rechercher une alternative apte à améliorer la qualité du modèle.

Un deuxième modèle a été obtenu à partir des données du temps 1 de l'étude. Il présente des indices d'ajustement relativement valables (BBFI = .91 ; $\chi^2 = 230.3$; $df = 9$; $p < .001$). Considérant que certaines relations pouvaient être ajoutées ou enlevées, une autre analyse a été effectuée afin d'en améliorer la qualité. Ainsi, un troisième modèle a été vérifié à partir des données du temps 1 (voir figure 2) qui présente un index d'ajustement élevé (BBFI = .96 ; $\chi^2 = 107.5$; $df = 8$; $p < .001$). Il explique 44 % de la variance de la détresse psychologique et 45 % de la variance de l'épuisement professionnel des infirmières francophones œuvrant en soins gériatriques au Québec. Ce modèle amène à constater que trois variables ont un effet direct et significatif sur la détresse psychologique, soit l'épuisement ($\beta = .384$; $p < .01$), la hardiesse ($\gamma = -.272$; $p < .01$) et les stressseurs occupationnels ($\beta = .171$; $p < .01$). Également, plusieurs variables ont un effet direct et significatif ($p < .01$) sur l'épuisement professionnel ; par ordre d'importance, il s'agit de la hardiesse ($\gamma = -.354$), des stressseurs occupationnels ($\beta = .251$), du soutien au travail ($\beta = -.232$), des stratégies actives d'adaptation ($\beta = -.153$) et du statut d'emploi ($\gamma = .048$). De plus, il importe d'observer l'effet renforcé (indirect) et significatif ($p < .01$) de la hardiesse sur l'épuisement, par l'intermédiaire des stratégies actives d'adaptation ($\beta = .314$), du soutien au travail ($\beta = .268$) et de la perception des stressseurs occupationnels ($\beta = -.209$).

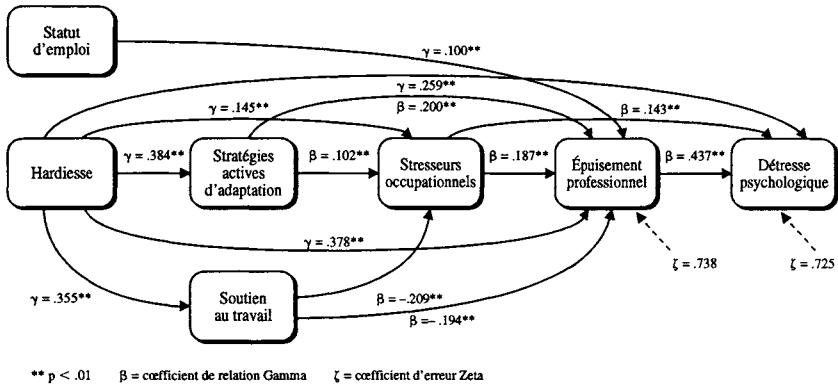
Figure 2
Modèle obtenu des équations structurales
pour les données du temps 1 (n = 1 518)



De même, le soutien au travail et les stratégies actives d'adaptation semblent exercer sur l'épuisement un effet combiné (indirect) et significatif, par l'intermédiaire de la perception des stresseurs occupationnels. Ainsi, il semble que la perception que l'on se fait des stresseurs sera modifiée par le soutien reçu et par les stratégies actives d'adaptation. Il importe de noter qu'il n'y a pas de lien significatif entre le soutien et les stratégies actives d'adaptation, un lien qui était postulé dans le modèle théorique.

Pour attester de la stabilité de ce modèle, une analyse « confirmatoire » a été effectuée à partir des données recueillies au deuxième temps de l'enquête. Toutes les relations significatives indiquant un effet direct ou indirect entre les variables du modèle sont confirmées. La figure 3 expose le modèle obtenu. Tous les indicateurs de qualité se maintiennent (BBFI = .97; $\chi^2 = 64.2$; dl = 8; $p < .001$), de même que la variance expliquée en regard de la détresse (47 %) et de l'épuisement (46 %). Il faut remarquer, en particulier, l'augmentation de la contribution directe et indirecte de la hardiesse, par le biais des stratégies actives d'adaptation et du soutien, à l'égard de l'épuisement professionnel des infirmières interrogées. Il importe aussi de constater une augmentation de la contribution de l'épuisement professionnel à l'égard de la détresse psychologique ($\beta = .437$; $p < .01$).

Figure 3
Modèle obtenu des équations structurales
pour les données du temps 2 (n = 1 085)



En somme, les résultats se reproduisent aux deux temps de mesure. Toutes les hypothèses de recherche sont confirmées, à l'exception d'une seule. Contrairement à ce qui avait été postulé, il n'existe pas de lien significatif entre le score de soutien au travail et celui des stratégies actives d'adaptation.

Discussion

Cette étude proposait de vérifier un modèle de relations entre des facteurs personnels et contextuels liés à l'épuisement professionnel et à la détresse psychologique. Son originalité était de substituer l'épuisement professionnel à ce que Maddi et Kobasa (1984) nomment « tension » ou « menace » et présentent comme une étape stratégique dans le développement de pathologies. Également, la principale contribution de notre étude était de vérifier la pertinence du modèle théorique de ces auteurs auprès d'une population québécoise de femmes professionnelles. Dans l'élaboration de leur modèle, Maddi et Kobasa (1984) ont utilisé des indicateurs liés à la maladie, notamment prévalence de symptômes, maladies actuelles ou antérieures, plutôt que des indicateurs de bonne santé. Il n'en demeure pas moins que ce modèle ouvre des perspectives vers la santé des individus et des groupes. Même s'il eût été approprié de retenir, pour cette étude, des indicateurs de bonne santé, il apparaît que la prévalence de la détresse psychologique (Boyer et al., 1993 ; Perreault, 1987) représentait un indicateur convenable en regard des ques-

tions posées. Ce choix se rapproche de l'esprit du modèle de Maddi et Kobasa (1984) tout en se distinguant nettement de la mesure du concept de l'épuisement professionnel. Alors que cette dernière capte les réactions d'inefficacité relatives au contexte du travail, la mesure de la détresse psychologique se rapporte à des symptômes significatifs au plan clinique et précurseurs de maladie. Il importe de souligner que tous les liens postulés initialement ont été confirmés, sauf celui entre le soutien et les stratégies d'adaptation. Cependant, de nouveaux liens impliquant la hardiesse ont été ajoutés. Le texte qui suit traite d'abord des déterminants de la détresse psychologique et s'attarde ensuite à ceux de l'épuisement professionnel.

Des déterminants de la détresse psychologique

Les analyses d'équations structurales révèlent que trois variables ont un effet direct sur la détresse : l'épuisement professionnel, les stressseurs et la hardiesse. La variance expliquée en regard de la détresse psychologique et de l'épuisement professionnel se maintient au-delà du temps et toutes les relations sont statistiquement significatives aux deux temps de l'étude.

La détresse psychologique a été utilisée dans cette recherche comme un indicateur de santé mentale et l'épuisement comme une menace à l'intégrité, une manifestation d'alerte vis-à-vis de la santé. Une légère hausse de la contribution de l'épuisement à l'égard de la détresse psychologique est notée, comme si l'effet pervers de l'épuisement évoluait vers une hausse de la détresse. Ce résultat corrobore les propos d'autres auteurs (American Psychiatric Association, 1989; Freudenberger et North, 1985) selon lesquels l'épuisement est un problème d'adaptation en milieu de travail, qu'il diffère de la maladie et de la dépression et qu'il peut toutefois y mener si aucune mesure n'est mise en œuvre pour le contrer. L'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie mais comme une menace à la santé. Cependant, si l'état de tension se prolonge ou s'aggrave ou si d'autres difficultés d'ordre personnel, familial ou social s'ajoutent, il est manifeste, comme l'avait signalé Pelletier (1986), que des désordres s'installent ou s'accroissent au fur et à mesure que la menace se confirme. La persistance de cette relation, et même son augmentation dans la présente étude du temps 1 au temps 2, confirme l'importance des signaux d'alerte. Ces signaux peuvent être mineurs, tels des malaises d'ordre physique (rhumes, gripes, maux de tête, fatigue) qui s'accompagnent d'insatisfaction et de frustration au travail. Le modèle théorique a bien souligné la vulnérabilité créée par la menace et son lien avec la manifestation de symptômes de détresse psychologique.

Tels qu'ils ont été définis et traités dans cette recherche, les stressseurs sont les grands responsables à la fois de l'épuisement et de la détresse psychologique. À un moment de transformation des structures assurant la prestation des soins, il y a lieu de croire que les stressseurs, loin d'avoir tendance à diminuer, augmentent considérablement : fréquence, intensité et nature des stressseurs évoluent au rythme des dilemmes éthiques, des mouvements de population et du développement de nouveaux savoirs. Une telle situation génère de nombreux changements qui risquent d'affecter la santé des professionnels au centre de l'action. De là l'importance de développer une compréhension de la hardiesse vis-à-vis de la perception des stressseurs.

Si l'épuisement et les stressseurs ont un effet direct sur la détresse psychologique, il est intéressant de constater que la hardiesse, comme l'a proposée le modèle théorique, se présente comme une importante ressource psychologique qui protège à la fois de la détresse psychologique et de l'épuisement professionnel. Ces résultats vont dans le sens des études de Maddi et Kobasa (1984) réalisées auprès d'hommes gestionnaires. Non seulement la hardiesse y joue un rôle prépondérant en regard de la détresse et de l'épuisement, mais elle modulerait également la perception des stressseurs occupationnels.

Des déterminants de l'épuisement professionnel

Plusieurs variables ont un effet direct sur l'épuisement. Par ordre d'importance, la hardiesse est une ressource de protection contre l'épuisement, lequel est directement induit par les stressseurs au travail. D'autres ressources peuvent aussi permettre de se prémunir contre les effets délétères des stressseurs, soit le soutien au travail des pairs et du supérieur, et l'utilisation de stratégies actives d'adaptation. Les résultats obtenus sont en accord avec le modèle théorique proposé. En effet, selon Maddi et Kobasa (1984), les personnes dites hardies mettent l'accent sur des stratégies actives d'adaptation et recherchent le soutien de personnes de leur environnement. Une seule dimension du modèle théorique ne conserve pas sa signification statistique à toutes les phases de l'analyse. Il n'y a pas, au long de l'étude, de relation statistique significative entre le soutien au travail et les stratégies d'adaptation. Les résultats ne permettent pas de confirmer, tel que le proposaient Maddi et Kobasa (1984), que le soutien au travail a un effet valable dans la mesure où il permet une appréciation cognitive, une décision éclairée, donc une action juste compte tenu des stressseurs en cause. Selon les résultats, le choix de stratégies actives d'adaptation n'est pas nécessairement induit par les avis des pairs ou du supérieur, il procéderait

davantage de facteurs relatifs à l'individu, tels la stimulation face aux changements, la tendance à privilégier l'action dans ce qu'il entreprend et le sentiment de maîtrise face aux événements (hardiesse).

Non seulement la hardiesse se présente-t-elle comme la plus puissante de la constellation des variables protectrices de la santé, mais encore est-elle renforcée de manière significative par l'intermédiaire des stratégies actives d'adaptation et du soutien au travail. Elle permet ainsi de moduler la perception des stressors en combinant les effets du soutien reçu et des méthodes actives d'adaptation, servant alors à réduire l'impact de l'épuisement et de la détresse psychologique. Le « répertoire » de la hardiesse est donc très riche et varié. D'après les résultats, la hardiesse forme le nœud d'une constellation prometteuse de variables aptes à promouvoir l'adaptation au travail et la santé. Non seulement protège-t-elle de l'épuisement mais elle vient dynamiser l'action d'autres variables qui n'agissent plus seules et combinent directement ou indirectement leurs effets protecteurs. Elle permettrait donc la cohésion d'un ensemble de déterminants psychosociaux favorables à l'adaptation et à la santé dans le contexte de travail.

Conclusion

Au seuil de l'an 2000, alors que des forces du néolibéralisme marquent le contexte politique et social, et que des valeurs comme la productivité, l'efficacité, l'efficience et la rationalisation des ressources financières sont mises de l'avant, il est peu probable que la responsabilité de l'infirmière diminue. Les infirmières feront également face à des expériences très rapidement changeantes, comme l'actuelle restructuration du réseau des services de santé et des services sociaux. Par conséquent, un personnel réduit, une lourde charge de travail et un manque de temps graviteront autour de la mission des soignants visant à assurer des soins personnalisés et de qualité. Ces demandes multiples et simultanées ajouteront aux facteurs de stress susceptibles d'entraîner de l'épuisement professionnel. L'enjeu est de maintenir la qualité des services tout en privilégiant la qualité de vie au travail et la santé.

Cette recherche a mis en relief la pertinence d'un ensemble de déterminants psychosociaux en regard de l'adaptation et de la santé au travail de femmes professionnelles. Ces déterminants psychosociaux peuvent être vus comme des « ressources de résistance » en amenant la personne à mieux s'adapter à son environnement. Les résultats de l'étude amènent à conclure qu'il importe de consolider, renforcer ou promouvoir la hardiesse chez les personnes confrontées à un environnement de travail fort exigeant. À l'instar de Maddi et Kobassa (1984),

nous croyons qu'il est possible d'agir sur les croyances, les sentiments et les attitudes des personnes et que des programmes d'information, de sensibilisation et de formation peuvent contribuer à renforcer les ressources psychologiques de l'individu comme la hardiesse.

Il importe cependant de souligner que le nombre, le choix, la définition et la mesure des variables à l'étude risquent de limiter la perspective d'ensemble de l'adaptation et de la santé au travail. En effet, les résultats de notre étude tendent sans doute à renforcer « l'idéal du moi », à responsabiliser davantage l'individu face à sa santé au travail, ce qui ne procure qu'une vision fragmentaire de la santé au travail où se dérobe la véritable complexité des phénomènes à l'étude. Le contexte du travail, ses ressources, son organisation et les politiques de gestion exercent également une influence importante sur le bien-être et la santé du travailleur. Les résultats de notre étude invitent les chercheurs et les intervenants à entrevoir la santé au travail comme un phénomène complexe influencé par de nombreux facteurs interreliés. Il serait sans doute maladroit d'en dégager une approche prescriptive et exclusive à l'intention des soignants. Les tendances qui se dégagent de l'étude suggèrent quelques pistes de réflexion.

Il serait pertinent d'examiner l'influence et les relations que peuvent exercer les variables entre elles. Il est possible d'entrevoir qu'un état d'épuisement ou de détresse puisse contraindre ou réduire les ressources de protection des individus contre le stress, que ce soit le soutien au travail ou la hardiesse.

Au plan de l'intervention, les gestionnaires sont conviés à promouvoir un environnement de travail où l'on soutient et valorise l'autonomie des soignants, aussi bien que leur participation aux changements et aux prises de décision. Ces responsables, de même que les acteurs de la formation professionnelle, sont invités à offrir des programmes visant le renforcement de la hardiesse, l'utilisation du soutien au travail et l'acquisition de nouvelles stratégies d'adaptation aux facteurs de stress occupationnels. Ils sont invités également à revoir et à redéfinir l'excellence du soin et des services compte tenu des limites de plus en plus présentes qu'il faut assumer. Enfin, les transformations actuelles dans le système de santé créent sans doute une occasion privilégiée pour les professionnels de la santé, les gestionnaires, formateurs et chercheurs d'unir leur efforts vers la promotion de la santé au travail. La rapidité, la complexité et la simultanéité des changements invitent à optimiser nos ressources et à promouvoir la synergie des talents, des efforts et des actions de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1989, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris.
- ANTONOVSKY, A., 1979, *Health, Stress and Coping*, Jossey-Bass, San Francisco.
- ARSENAULT, A., VAN AMERIGEN, M. R., LÉONARD, C., DOLAN, S., 1989, *Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action*, Groupe de recherche stress et santé au travail, Université de Montréal, Montréal.
- ASTROM, S., NORBERG, A., NILSSON, M., WINBALD, B., 1987, Tedium among personnel working with geriatric patients, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11, 3-4, 125-132.
- BENTLER, P. M., 1989, *EQS: Structural Equations Program Manual*, BMDP Statistical Software Inc., Los Angeles.
- BIBEAU, G., DUSSAULT, G., LAROUCHE, L. M. ET AL., 1988, *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout: pistes et repères opérationnels*, Groupe inter-universitaire de recherche en anthropologie médicale et ethnopsychiatrie GIRAME, Université de Montréal, Montréal.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., VALOIS, P., 1993, La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec, *Revue canadienne de psychiatrie*, XXXVIII, 5, 339-343.
- BOYLE, A., GRAP, M. J., YOUNGER, J., THORNBYS, D., 1991, Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 7, 850-857.
- CESLOWITZ, S. B., 1989, Burnout and coping strategies among hospital staff nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 14, 5, 553-557.
- CHIRIBOGA, D. A., BAILEY, J., 1986, Stress and burnout among critical care and surgical nurses: a comparative study, *Critical Care Quarterly*, 9, 3, 84-92.
- COURAGE, M. M., WILLIAMS, D. D., 1987, An approach to the study of burnout in professional care providers in human service organizations, *Journal of Social Service Research*, 10, 1, 7-22.
- CRICKMORE, R., 1987, A review of stress in the intensive care unit, *Intensive Care Nursing*, 3, 1, 19-27.
- DEWE, P. J., 1988, Investigating the frequency of nursing stressors: a comparison across wards, *Social Science and Medicine*, 26, 3, 375-380.

- DUQUETTE, A., KÉROUAC, S., BEAUDET, L., 1990, *Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier: un examen critique d'études empiriques*, Université de Montréal, Montréal.
- EASTBURG, M. C., 1991, *Social Support, Personality, and Burnout in Nurses*, Unpublished doctoral dissertation, School of Psychology, Pasadena, California.
- FIRTH, H., MCKEOWN, P., MCINTEE, J., BRITTON, P., 1987, Professional depression, «burnout» and personality in longstay nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 24, 3, 227-237.
- FONG, C. M., 1993, A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators, *Journal of Nursing Education*, 32, 1, 24-29.
- FREUDENBERGER, H. J., 1980, *Burnout*, Anchor Press, New York.
- FREUDENBERGER, H. J., NORTH, G., 1985, *Le burnout chez la femme*, Transmonde, Montréal.
- GAGNON, L., 1988, *La qualité de vie de paraplégiques et quadruplégiques*, Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- GRAY-TOFT, P., ANDERSON, J. G., 1985, Organizational stress in the hospital: development of a model for diagnosis and prediction, *Health Services Research*, 19, 5, 753-774.
- GRAY-TOFT, P., ANDERSON, J. G., 1981a, Stress among hospital nursing staff: its causes and effects, *Social Science and Medicine*, 15A, 4, 639-647.
- GRAY-TOFT, P., ANDERSON, J. G., 1981b, The Nursing Stress Scale: development of an instrument, *Journal of Behavioural Assessment*, 3, 1, 11-23.
- HARE, J., PRATT, C. C., 1988, Burnout: differences between professional and paraprofessional nursing staff in acute care and long-term care health facilities, *The Journal of Applied Gerontology*, 7, 1, 60-72.
- HARE, J., PRATT, C. C., ANDREWS, D., 1988, Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes, *International Journal of Nursing Studies*, 25, 2, 105-115.
- HOLAHAN, C. J., MOOS, R. H., 1991, Life stressors, personal and social resources, and depression: a 4- year structural model, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1, 31-38.
- ILFELD, F. W., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 3, 1215-1228.
- JENKINS, J. F., OSTCHEGA, Y., 1986, Evaluation of burnout in oncology nurse, *Cancer Nursing*, 9, 3, 108-116.

- JONES, J. W., 1982, *The Burnout Syndrome*, London House, New York.
- JONES, J. W., 1980, *The Staff Burnout Scale for Health Professionals*, London House, Park Ridge, Il.
- KILPATRICK, A. O., 1989, Burnout correlates and validity of research designs in a large panel of studies, *Journal of Health and Human Resources Administration*, 11, 5, 25-45.
- KIMMEL, M. R., 1981, *Coping strategies, social support, and role related problems as predictors of burnout in nurses*, Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Berkeley.
- KOBASA, S. C., 1990, *The third generation hardiness test*, Unpublished manuscript, Graduate School of the City University of New York, New York.
- KOBASA, S. C., 1979, Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1, 1-11.
- LAUZON, L., 1991, *Coping strategies, burnout, and intent to leave among critical care nurses*, Unpublished master's thesis, Dalhousie University, Halifax.
- LAZARUS, R. S., 1966, *Psychological Stress and Coping Process*, McGraw-Hill, New York.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- MADDI, S. R., KOBASA, S. C., 1984, *The Hardy Executive: Health under Stress*, Dow Jones-Irwin, Homewood, Ill.
- MAJOR, A., 1995, *Relations entre les dimensions de la hardiesse et celles de l'épuisement professionnel d'infirmières nouvellement diplômées*, Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- MASLACH, C., 1982, *Burnout: the Cost of Caring*, Prentice Hall, New Jersey.
- MCCRANIE, E. W., LAMBERT, V. A., LAMBERT, C. E., 1987, Work stress, hardiness and burnout among staff nurse, *Nursing Research*, 36, 6, 374-378.
- MICHAUD, S., 1991, *Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence*, Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- MOOS, R. H., 1986, *Work Environment Scale Manual, 2nd ed.*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- MOOS, R. H., CRONKITE, R. C., BILLINGS, A. G., FINNEY, J. W., 1986, *Health and Daily Living Form Manual*, Stanford University Medical Center: Palo Alto, CA.

- 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.
- OGANOWSKI, J. L., 1984, *The Relationship Between Burnout, Somatic Complaints and Illnesses and Levels of Self-actualization of Registered Nurses in Columbus*, Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University.
- OGUS, E. D., 1990, Burnout and social support systems among ward nurses, *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 3, 267-281.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 1992, *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars, 1992*, Auteur, Montréal.
- PELLETIER, M. C., 1986, *Burnout chez les infirmières travaillant en milieu psychiatrique*, Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- PERREAU, C., 1987, *Les mesures de santé mentale: possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Cahier technique 87-06, Enquête Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- PINES, A., ARONSON, E., 1981, *Burnout: from Tedium to Professional Growth*, Free Press, New York.
- PLANTE, A., 1993, *Le stress occupationnel, l'épuisement et le soutien professionnel des infirmières œuvrant auprès de personnes atteintes de cancer en phase terminale*, Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- RICH, V. L., 1991, *The Use of Personal, Organizational and Coping Resources in the Prevention of Staff Nurse Burnout: A Test Model*, Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburg.
- RICH, V. L. RICH, A. R., 1987, Personality hardiness and burnout in female staff nurses, *Image*, 19, 2, 63-66.
- RICHARDSEN, A. M., BURKE, R. J., LEITER, M. P., 1992, Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway, *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 1, 55-68.
- SAULNIER, P., 1993, *Influence du soutien au travail sur le stress, les stressés occupationnels et l'épuisement professionnel d'infirmières en gérontologie*, Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal.
- SELYE, H., 1956, *The Stress of Life*, McGraw-Hill, New York.
- SULLIVAN, P. S., 1993, Occupation stress in psychiatric nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 4, 591-601.

- TANAKA, J. S., 1987, «How big is big enough?». Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables, *Child Development*, 58, 1, 134-146.
- TEAGUE, J. B., 1992, *The Relationship Between Various Coping Styles and Burnout Among Nurses*, Unpublished doctoral dissertation, Ball State University.
- TOPF, M., 1989, Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses, *Research in Nursing and Health*, 12, 2, 179-186.
- URSPRUNG, A. W., 1986, Burnout in the human services: a review of the literature, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 29, 3, 190-199.

ABSTRACT

Validation of a model of psychosocial determinants of health in the workplace for geriatric nurses

The purpose of this study was to verify a model of relationships between psychosocial factors and health for 8066 francophone nurses working in geriatric care in Québec. A random sample of 1990 subjects was drawn and a participation rate of 77,9% and 55% was obtained for the two-time study taken twelve months apart. Based on the theory of Maddi and Kobasa (1984), the model was reproduced for the two-time periods with the aid of structural equations. The analyses showed that three variables exert a direct influence on psychological distress: professional burnout, occupational stressors and hardiness. Also, variables have a direct effect on burnout: listed in order of importance, these are hardiness, occupational stressors, work support, active strategies of coping and employment status. In dealing with the work stressors, the nurses who are hardy make use of active strategies of coping and look for support from their colleagues. The results of the study help to better understand the psychological and social resources that best favor adaptation of working women in highly demanding work environments. The fallout of the study converges towards the quality of life of helping professionals and towards the cost and quality of health and social services.