

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ A
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION (M.A.)

PAR
SUZANNE AUCOIN
BACHELIÈRE EN SCIENCES DE LA SANTÉ (B.Sc.)

**Évaluation du niveau de stress chez les infirmières
et de leur préparation à le gérer.**

Décembre 1989



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

RÉSUMÉ

Ce mémoire rend compte d'une recherche sur l'état du stress chez les infirmières œuvrant en centre hospitalier et de leur habileté actuelle à le gérer. Les données ont été recueillies auprès de 66 infirmières œuvrant à l'intérieur d'un centre hospitalier à vocation régionale d'une capacité de 600 lits.

Les résultats font état d'un niveau de stress relativement élevé. L'étude a mis en évidence une relation significative entre le niveau de stress ressenti et certains stresseurs reliés au milieu de travail. De même en est-il du niveau de stress ressenti et de l'utilisation de certaines stratégies de gestion du stress. Les infirmières utiliseraient, de façon générale, des stratégies affectives pour gérer leur stress, alors que la résolution de problème et l'action positive contribuent davantage à changer la situation et à diminuer la tension. Les résultats suggèrent d'inclure, dans les curricula en soins infirmiers, une formation à la fois théorique et pratique afin que l'infirmière acquière des connaissances et développe des stratégies efficaces pour gérer son stress. Quant au personnel infirmier déjà en fonction, il pourrait bénéficier des mêmes avantages au niveau de la formation en cours d'emploi. De plus, la mise en place de groupes de support en milieu de travail paraît être un moyen supplémentaire pour contribuer à l'amélioration du bien-être individuel des intervenants, augmentant éventuellement ainsi la satisfaction au travail, la rétention de la main-d'œuvre et la qualité des soins dispensés au bénéficiaire.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes.

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Thérèse Prévost, Directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier de Chicoutimi qui, par son support judicieux, m'a permis de mener à terme cette recherche.

A Madame Lyne Desgagné, Coordonnatrice du secteur professionnel, j'exprime ma gratitude pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont contribué, tout au cours de cette étude, à aplanir bien des obstacles.

Je suis reconnaissante à Monsieur Martial Boudreault, Directeur-adjoint des ressources humaines, pour la collaboration, l'initiative et l'ouverture d'esprit dont il a fait preuve pour répondre à mes nombreuses demandes.

A tout le personnel infirmier qui a participé à la collecte des données en prenant de son temps pour remplir et retourner les questionnaires, un merci tout particulier. Sans vous, l'étude n'aurait pas eu lieu.

Je tiens à remercier Monsieur Louis-Philippe Boucher, professeur-chercheur au département des Sciences de l'Éducation de l'Université du Québec à Chicoutimi, pour ses précieux conseils au plan de l'analyse statistique.

Un merci tout particulier à Monsieur Gilles A. Bonneau, professeur-chercheur au département des Sciences de l'Éducation de l'Université du Québec à Chicoutimi, qui a accepté de superviser ce travail et qui, tout au long du processus, a su patiemment encadrer et baliser cette recherche.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE PREMIER: La problématique générale et les questions de recherche.....	5
1.1 Évolution de la profession infirmière.....	6
1.1.1 Dimension professionnelle en soins infirmiers.....	6
1.1.2 Nécessité d'une formation accrue.....	8
1.1.3 Complexité et difficulté de la tâche.....	9
>1.1.4 Gérer le stress, un apprentissage.....	11
1.2 But et objectifs de la recherche	15
1.2.1 But de la recherche	15
1.2.2 Objectifs et questions de recherche	15
1.2.3 Portée de l'étude	17
CHAPITRE II: Le stress et sa gestion: revue de la littérature et position théorique.....	18
2.1 Le stress	19
2.1.1 Le concept de stress: historique.....	19
2.1.2 Facteurs et environnement associés au stress.....	27
2.1.3 Les conséquences du stress.....	29

2.1.4	Le stress au travail.....	3 1
2.1.5	Le stress au travail chez les infirmières.....	3 9
2.2	La gestion du stress	4 8
2.2.1	La connaissance du stress et de ses émotions.....	5 1
2.2.2	L'apprentissage de diverses stratégies	5 2
2.2.3	Les groupes de support.....	5 8
2.3	La gestion du stress, l'infirmière et la qualité de soins aux bénéficiaires.....	6 0
2.3.1	Effets sur l'infirmière.....	6 0
2.3.2	Effets sur la qualité de soins aux bénéficiaires.....	6 1
2.4	Synthèse des principaux éléments de notre position théorique.....	6 2
2.5	Les hypothèses de recherche	6 5
CHAPITRE III: La méthodologie de l'étude		6 6
3.1	Les variables de l'étude	6 7
3.2	Le milieu et les sujets.....	6 8
3.2.1	Le milieu	6 9
3.2.2	Les sujets	6 9
3.3	Les instruments de cueillette de données	7 0
3.3.1	Les caractéristiques socio-démographiques.....	7 1
3.3.2	La mesure de stress psychologique (M.S.P.).....	7 1
3.3.3	La mesure des stresseurs au travail (M.S.T.).....	7 2
3.3.4	Les stratégies individuelles de gestion du stress.....	7 3
3.3.5	L'investigation des besoins de formation	7 5
3.4	Le traitement statistique des données.....	7 6
3.5	La cueillette des données.....	7 7
CHAPITRE IV: Présentation et analyse des résultats		7 8
4.1	Résultats obtenus au M.S.P.....	7 9
4.2	Le niveau de stress en fonction des variables socio-démographiques.....	7 9
4.2.1	Niveau de stress en fonction de l'âge.....	8 0
4.2.2	Niveau de stress en fonction du sexe.....	8 0
4.2.3	Niveau de stress en fonction de l'expérience	8 0
4.2.4	Niveau de stress en fonction du titre d'emploi.....	8 4
4.2.5	Niveau de stress en fonction du type d'unité.....	8 4
4.2.6	Niveau de stress en fonction de l'horaire de travail...	8 5

4.2.7	Niveau de stress en fonction du statut.....	85
4.2.8	Niveau de stress en fonction du nombre de jours travaillés/semaine.....	85
4.2.9	Niveau de stress en fonction de la formation initiale reçue.....	86
4.2.10	Niveau de stress en fonction de la formation en gestion du stress.....	87
4.3	Résultats obtenus au M.S.T.: une mesure des sources de stress.....	87
4.4	Niveau de stress en fonction des différentes sources reliées au milieu du travail.....	88
4.5	Présence et fréquence d'utilisation des stratégies de gestion du stress.....	90
4.6	Niveau de stress en fonction de l'utilisation de stratégies de gestion du stress.....	91
4.7	Relations entre le niveau de stress, les sources de stress et les stratégies utilisées	92
4.8	Stress et formation souhaitée.....	96
CHAPITRE V: Discussion, limites de l'étude et conclusion.....		100
5.1	Discussion des résultats et vérification des hypothèses.....	101
5.1.1	Le niveau de stress des infirmières.....	101
5.1.2	Les relations entre les variables socio-démographiques et le niveau de stress ressenti	102
5.1.3	Vérification des hypothèses de recherche.....	106
5.1.4	La formation	111
5.2	Limites de l'étude.....	114
5.3	Conclusion.....	116
BIBLIOGRAPHIE.....		119
ANNEXES		
Annexe 1:	Outils de cueillette de données.....	130
Annexe 2:	Formation supplémentaire: détail.....	152

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU

1	Modèle conditionnel et cognitif du stress au travail en milieu hospitalier.....	4 9
2	Les variables de l'étude	6 8
3	Représentativité de l'échantillon	7 0
4	Mesures de fiabilité du M.S.T.....	7 4
5	Analyse de la variance (Anova) entre les variables socio-démographiques et le niveau de stress ressenti.....	8 1
6	Résultats obtenus au M.S.T.....	8 8
7	Scores moyens et écarts-types obtenus par les sujets à l'inventaire des stratégies de gestion du stress.....	9 0
8	Test "T" entre les catégories de stratégies de gestion du stress... ..	9 1
9	Coefficients de corrélation de Pearson entre les stratégies utilisées et le niveau de stress.....	9 2
1 0	Coefficients de corrélation de Pearson entre les stresseurs au travail, le niveau de stress ressenti et les stratégies de gestion du stress.....	9 3
1 1	Types de formation souhaitée par les infirmières.....	9 7
1 2	Formules privilégiées au plan de la formation.....	9 8
1 3	Tableau comparatif de coefficients de corrélation de Pearson entre le niveau de stress et les stresseurs au travail.....	1 0 7

LISTE DES FIGURES

FIGURE

1	Modèle psychosocial provisoire du stress individuel	29
2	Paradigme pour l'analyse des effets de la gestion du stress chez les infirmières.....	63

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, psychologues et biologistes s'acharnent et multiplient les études afin de définir, d'expliquer et de comprendre les mécanismes qui entourent le stress. On cherche à en trouver la cause, à cerner ses manifestations et, surtout, à endiguer le flot de ses conséquences.

Quoique l'aspect sommatif des sources de stress vécus à divers niveaux soit indéniable, il apparaît clair que le milieu de travail représente un facteur prépondérant dans l'échelle des stresseurs. On constate qu'il existe des écarts marqués à travers les différentes catégories d'emplois, permettant ainsi d'établir l'existence de professions "à risque". En tête de liste, nous retrouvons les professions à caractère "social" et "médical". Ainsi, l'infirmière*, tant à cause de son champ d'exercice que de l'évolution rapide de sa profession, doit maintenant composer avec des réalités quotidiennes différentes auxquelles elle doit s'adapter.

En plus d'exercer dans un milieu dont le contact est considéré, en soi, comme générateur de stress, l'infirmière vit les contraintes d'une profession en évolution, tant au niveau théorique que pratique. L'élaboration et l'application de modèles conceptuels et d'une démarche scientifique adaptée aux soins infirmiers, ont permis à la profession de se définir et de prendre la place qui lui revient dans le secteur de la santé. Quant à la fragmentation et à la surspécialisation des soins de base, elle a suivi celle de la pratique médicale. L'appareillage se multiplie et devient plus com-

* Dans ce mémoire, l'utilisation du genre féminin désigne à la fois l'infirmière et l'infirmier.

plexe, l'ensemble des soins s'alourdit; de même, l'autonomie fonctionnelle des bénéficiaires diminue à mesure qu'augmente l'âge moyen de la population.

Enfin, la détérioration du milieu de travail, tant au chapitre des contraintes budgétaires et des horaires qu'à celui des responsabilités et du fardeau de la tâche, a amené la désertion de la profession et une pénurie, maintenant critique, d'infirmières.

C'est à travers tout ce remue-ménage que l'infirmière tente de dispenser des soins de qualité, satisfaisants tant pour elle-même que pour le bénéficiaire. Alors que l'essence de sa profession vise la promotion de la santé, c'est souvent au détriment de son propre équilibre qu'elle en continue maintenant l'exercice.

Le niveau de stress de l'infirmière est-il arrivé à un taux alarmant, de sorte qu'il perturbe son efficacité et influence même sa qualité de vie? C'est ce que cette étude vise à explorer, dans un premier temps. Le second volet tente de mettre en lumière certains stresseurs spécifiques au milieu de travail, en même temps qu'il évalue la présence et l'utilisation de stratégies de gestion du stress chez les infirmières, ainsi que la préparation de ces dernières à oeuvrer dans un milieu de travail générateur de tensions.

Le présent mémoire rend compte de la recherche effectuée et en présente les résultats. Il comporte cinq chapitres. Le premier fait état de la problématique et des buts et objectifs de la recherche, le second relate le cadre théorique, le troisième présente la méthodologie de l'étude, le quatrième expose les résultats, alors que le

dernier chapitre procède à leur discussion et dégage un certain nombre de recommandations.

CHAPITRE PREMIER

**La problématique générale
et les questions de recherche**

Le premier chapitre expose, dans un premier temps, l'évolution récente vécue dans le domaine des soins infirmiers. Il met également en relief la présence d'un stress inhérent aux caractéristiques propres à la profession et présente, dans un second temps, les buts et objectifs de la recherche.

1.1 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

À l'origine, être infirmière se définissait davantage comme une vocation au sens religieux du terme, que comme une profession. L'infirmière était alors perçue comme une femme douce et soumise, auxiliaire du médecin, instrument de guérison dont les mains servaient à soulager la douleur. Intimement relié à la vision de la femme de l'époque, son rôle était d'assurer le maintien et la continuité de la vie.

À partir de la fin du XIX^e siècle, de nombreuses découvertes ouvrent de nouvelles voies à la médecine. Les soins médicaux deviennent alors de plus en plus compartimentés et centrés presque exclusivement sur la maladie.

1.1.1 Dimension professionnelle en soins infirmiers

Le centre de l'action de l'infirmière demeure toujours le bénéficiaire, mais en tant que porteur d'une maladie. C'est autour de cette pathologie que s'élabore la structure des connaissances nécessaires à l'infirmière pour accomplir son travail.

L'enseignement des soins infirmiers est alors composé de connaissances théoriques centrées sur la maladie et de connaissances pratiques à caractère technique.

La pratique infirmière, encore très tributaire, pendant toute la première moitié du XX^e siècle, des valeurs morales et religieuses héritées du passé, va peu à peu s'en distancer en se médicalisant, en valorisant la technicité sans pour cela la maîtriser. Les soins aux malades deviennent "la technique", puis "les soins techniques" (Collière, 1982: 127).

À partir des années '60, Henderson (1969) propose que, en regard des soins infirmiers, l'infirmière détienne l'initiative et le contrôle de toute assistance à l'individu malade ou en santé, dans une fonction de suppléance. C'est le courant de la revalorisation de la relation soignant-soigné et la décentralisation, jusqu'à un certain point, de l'aspect technique; au point de vue pratique, cette vision de la situation se concrétise au début des années 70 par la création du plan de soin.

En même temps, l'utilisation de la démarche scientifique apporte aux soins infirmiers une dimension nouvelle qui permet d'élaborer les assises de la profession. Ainsi, selon Adam (1979), le nursing a donc un objectif spécifique en concordance avec celui commun à toute l'équipe de santé, mais suffisamment distinct de celui-ci pour motiver la présence de l'infirmière.

D'ailleurs, selon Du Gas (1980: p.96):

Les changements affectent beaucoup l'exercice de la profession d'infirmière. Les infirmières doivent assumer de nouveaux rôles, travailler au sein d'un régime de santé nouveau

et différent et accepter une responsabilité croissante dans la prestation des soins.

À ce sujet, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1989: p.38) affirme:

On ne rêve plus, bien sûr, de Florence Nightingale. On rêve de la super-infirmière capable de faire face aux nouveaux besoins de santé des clients et aux nouveaux défis de l'évolution technologique et dans un même temps, capable d'humaniser les soins dans un contexte surmédicalisé et robotisant.

1.1.2 Nécessité d'une formation accrue

Nous assistons donc, depuis une vingtaine d'années, non seulement à la création d'une profession unique, mais à la réorganisation complète des connaissances qu'elle sous-tend.

Toutefois, on n'a pas haussé au Québec le niveau de formation initiale depuis 43 ans. En effet, même si, depuis la fin des années '60, l'enseignement des soins infirmiers est dispensé dans les établissements collégiaux, les mêmes exigences de base sont requises, soit trois ans d'étude après le secondaire V. Enfin, et seulement depuis peu, trois universités dispensent le baccalauréat de base et la plupart des infirmières sur le marché du travail (96%) ont reçu leur formation de base dans une école rattachée à un hôpital ou dans un cégep.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec veut imposer une formation initiale de niveau universitaire pour l'an 2 000:

Dès 1982, lors de son assemblée générale annuelle, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec adoptait une résolution mettant de l'avant que l'accès à l'exercice de la profession exigera en l'an 2 000 une formation initiale de premier cycle universitaire en sciences infirmières (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 1989: 54).

Ainsi, l'infirmière qui, aujourd'hui, exerce sa profession de façon responsable, se voit donc confrontée à la nécessité d'actualiser ses connaissances tant au plan de l'acquisition de concepts qu'à celui de la maîtrise d'habiletés techniques. L'obligation qu'ont les infirmières de prouver la qualité des soins qu'elles dispensent est une responsabilité inhérente à l'exercice de leur profession (Laurin, 1983). C'est pourquoi l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1985: pp.50-51) a mis de l'avant la norme 8-6 des normes et critères de compétence pour les infirmières:

8.6 L'infirmière utilise des moyens pour garder à jour sa compétence, entre autres: lectures, cours, journées d'études, conférences, stages.

1.1.3 Complexité et difficulté de la tâche

Toutefois, les infirmières, loin de penser à l'essor de leur profession, non seulement hésitent à investir dans leur formation, mais envisagent de plus en plus de l'abandonner. En 1988-89, les techniques infirmières, sont reléguées au 91^e rang dans le choix des étudiants de niveau collégial: c'est une profession que l'on ne choisit qu'en dernier ressort.

L'hémorragie de main-d'oeuvre dont souffre la profession en dit long sur les conditions qui y sont vécues. Dans son rapport d'avril 1988 intitulé *L'infirmière, force vive du centre hospitalier*, l'Association des Hôpitaux du Québec (A.H.Q.) (1987: p.4) relève les difficultés que pose la pénurie d'infirmières sur le plan des opérations quotidiennes et de la qualité des soins.

Les facteurs qui ont initié et contribuent encore à entretenir l'exode des infirmières sont mis en lumière dans le rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers (CEMOSI). Le fardeau de tâche, le manque d'effectifs, les horaires de travail, les salaires, le manque de reconnaissance de la profession et l'absence de plan de carrière, figurent dans la liste des facteurs qui sont le plus souvent évoqués.

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les infirmières sont constamment bousculées et contraintes d'effectuer des soins de plus en plus complexes. De plus, le ratio bénéficiaires/infirmières augmente de façon telle que l'infirmière est souvent obligée de minuter ses interventions. La qualité de la communication qu'elle cherche à établir avec le bénéficiaire et sa famille est perturbée.

Les conditions de travail imposées aux infirmières se détériorent alors que les responsabilités augmentent et que les compétences requises se diversifient. Le stress inhérent à cette profession se transforme en maladie professionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1989: 24).

Dans une enquête menée par le "Nursing Mirror", Campbell (1985: p.3) constate que plusieurs infirmières se sentent trop fatiguées ou trop stressées pour

travailler, mal préparées et supportées et se sentent isolées. Essayer d'accomplir un travail de façon acceptable lorsqu'elles croient manquer dangereusement de personnel et/ou de matériel cause inévitablement du stress. Et plus la situation se prolonge, plus elles ressentent du stress.

Calhoun (1980) et Pérusse (1984) rapportent, dans des études menées respectivement en 1977 et 1984, que le personnel hospitalier présente un haut taux de maladies physiques et/ou mentales. Ils indiquent que le milieu hospitalier est stressant, en particulier pour les infirmières, à cause des caractéristiques organisationnelles, des différents paliers d'autorité et du travail spécialisé et interdépendant des intervenants.

D'autres auteurs, comme Burgess (1980), Colls (1975) et Janken (1974), affirment que les établissements hospitaliers fourmillent de circonstances environnementales qui contribuent à générer le stress chez les infirmières, tant sur le plan individuel que collectif. Enfin, selon Maslach (1982), les infirmières constituent, à tous les niveaux de leur champ d'exercice, une catégorie de professionnelles à risque pour le "burn-out".

1.1.4 Gérer le stress, un apprentissage

Nous voilà donc confrontés à une problématique à composante double, dont les effets se font cependant ressentir, à toutes fins pratiques, de façon similaire. En effet, le stress origine à la fois des caractéristiques propres à l'exercice de la profession d'infirmière et des conditions organisationnelles dans lesquelles cette profession

est exercée. De nombreuses instances se penchent, depuis quelques années, sur la deuxième partie du problème, et proposent des solutions de nature à améliorer les conditions d'emploi des infirmières. Celles de l'A.H.Q. (1988) se résument ainsi:

- Favoriser l'arrivée d'au moins 2 000 infirmières/an sur le marché du travail.
- Établir des programmes de spécialisation spécifiques menant à l'obtention d'un diplôme universitaire.
- Faire un internat de six mois obligatoire.
- Améliorer la structure salariale.
- Diminuer le temps chômé.
- Favoriser l'accès à l'emploi.
- Améliorer l'attrait du travail de nuit.
- Favoriser la satisfaction au travail.
- Encourager le développement professionnel et la carrière clinique.
- Mettre sur pied une table permanente de concertation.

Les recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec abondent dans le même sens. Bien que ces actions aient un impact direct sur la qualité de vie au travail des infirmières, le problème reste entier quant au stress relié aux caractéristiques intrinsèques de la profession.

Il semble toutefois qu'il soit possible d'exercer un travail stressant sans y engloutir toute son énergie. Il faut alors avoir développé des mécanismes efficaces de gestion du stress et utiliser des techniques adéquates pour faire diminuer la tension.

Selon Bailey (1980: p.61), comme le stress est souvent nuisible au bien-être, il est important pour les infirmières d'apprendre à le reconnaître et à le gérer efficacement car la nature stressante de leur travail ne fera probablement que s'intensifier dans le futur.

/ Claus & Bailey (1980) proposent même un ensemble de modules d'entraînement à la réduction du niveau de stress visant spécifiquement les infirmières. On y retrouve des unités traitant de l'exercice, de la relaxation, du massage, du processus de résolution de problèmes, etc., et des techniques favorisant la communication.

Cependant, ces habiletés ne sont pas innées. Leur utilité est d'autant plus grande qu'elles ont été acquises tôt dans la vie professionnelle, car les effets nocifs du stress ont alors eu moins d'emprise sur l'individu. Copp (1988), Beck (1981) et McBride (1985) insistent sur la nécessité d'inclure, à l'intérieur de la formation initiale de l'infirmière, un programme d'enseignement sur les stratégies de gestion du stress, les mécanismes d'adaptation et les techniques appropriées permettant d'éliminer la tension.

La revue de l'ensemble des programmes d'enseignement des soins infirmiers au Québec n'a permis de relever à peu près aucune formation de ce genre, ni au plan académique, ni en cours d'emploi. Par exemple, à l'Université Laval, on offre le cours "Relaxation et auto-gestion du stress"; cependant, il est disponible dans la liste des cours optionnels seulement. De plus, au baccalauréat de base, il est offert parmi 29 autres cours alors qu'il reste à l'étudiant cinq cours à terminer, dont un qui ne représente qu'un seul crédit. Quant au baccalauréat de perfectionnement, il

offre le même cours et l'infirmière peut le sélectionner parmi 27 opportunités différentes alors qu'elle n'a plus que deux cours à faire. Les probabilités d'inscription à ce cours sont donc fort minces et le deviennent encore davantage, si on y ajoute le fait que cette possibilité n'est pas offerte dans toutes les universités, et qu'à peine 10% des infirmières font un programme de baccalauréat (Université Laval, 1988-1989).

Ailleurs, la formation initiale comporte des cours en psychologie, dont le contenu peut paraître plus ou moins apparenté à la gestion du stress. Toutefois, il n'y a rien de spécifique et d'approprié à la situation de l'infirmière comme telle.

En résumé, la profession d'infirmière a subi une double évolution, influencée, d'une part, par les progrès de la technologie médicale et, d'autre part, par les exigences de sa quête d'identité et de la revendication de sa propre autonomie. Ces modifications en regard de l'acte infirmier comme tel, exigent de l'infirmière une formation générale plus élargie. Elles l'obligent aussi à maintenir constamment à jour ses connaissances. Toutefois, très peu d'entre elles se consacrent à l'essor de la profession, contraintes d'évoluer dans un milieu chaque jour plus exigeant, tant physiquement que mentalement. Enfin, bien que des actions louables soient entreprises, de façon générale, pour améliorer les conditions de travail des infirmières, il n'existe, à l'intérieur de la formation initiale, aucune formation spécifique concernant la gestion du stress. Pourtant, cette réalité est inhérente à la nature intrinsèque des soins infirmiers.

1.2 BUT ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Nous nous proposons d'apprécier, en milieu hospitalier, les composantes spécifiques de cette problématique, afin d'être à même d'en évaluer l'incidence et l'impact, et d'examiner les résultats obtenus.

1.2.1 But de la recherche

Cette recherche a pour but de mesurer le niveau de stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier et d'évaluer leur capacité d'y faire face. Nous souhaitons dégager ainsi quelques phénomènes et/ou problèmes spécifiques et les discuter.

1.2.2 Objectifs et questions de recherche

De manière plus spécifique, nous désirons répondre, au moins partiellement, aux interrogations suivantes:

1. Dans quelle mesure les infirmières œuvrant en centre hospitalier sont-elles stressées?
2. Y a-t-il un lien entre des variables socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, l'expérience, etc., et le niveau de stress ressenti?
3. Jusqu'à quel point le niveau de stress ressenti est-il relié à des caractéristiques inhérentes à la profession d'infirmière?

4. Certaines composantes de la profession d'infirmière ont-elles un lien plus étroit que d'autres avec le niveau de stress ressenti?
5. Quelles stratégies les infirmières utilisent-elles pour faire face au stress?
6. Dans quelle mesure le niveau de stress ressenti par les infirmières est-il relié aux stratégies de gestion du stress utilisées?
7. Certaines stratégies de gestion du stress sont-elles reliées de façon plus spécifique à certaines catégories de stresseurs présents dans le milieu de travail?
8. Dans quelle mesure les infirmières reçoivent-elles ou ont-elles reçu une formation adéquate sur la gestion du stress?

Pour ce faire, les démarches suivantes doivent être réalisées:

- Évaluer le niveau de stress d'une population d'infirmières oeuvrant en milieu hospitalier.
- Évaluer la présence de facteurs de stress liés à la profession chez la même population.

- Inventorier et identifier les stratégies individuelles de gestion du stress chez la même population.
- Discuter les données obtenues.

1.2.3 Portée de l'étude

De nombreuses recherches s'accordent à dire que le niveau de stress des infirmières est élevé. Au Québec, peu d'entre-elles ont exploré les moyens utilisés par ces professionnelles pour contrer leur stress, examiné l'adéquation ou l'efficience de ces moyens ou, d'une manière générale, investigué le degré de formation ou de préparation à gérer le stress présent.

Nous regroupons au cours du second chapitre, les divers discours à partir desquels nous étayons notre position théorique.

CHAPITRE II

**Le stress et sa gestion: revue de la littérature
et position théorique**

Après avoir présenté le problème général du stress dans la vie quotidienne de l'infirmière, ce chapitre vise à préciser les multiples facettes mises en cause, les conséquences vécues, tant au plan individuel qu'organisationnel, et les données relatives à l'apprentissage de la gestion du stress.

2.1 LE STRESS

2.1.1 Le concept de stress: historique

Comme plusieurs mots, le terme stress précède son usage scientifique ou systématique. Il est utilisé au XIV^e siècle pour désigner la souffrance, les détroits, l'adversité ou la détresse (Lumsden, 1981). A la fin du XVII^e siècle, Hooke (voir: Hinkle 1973, 1977) se sert du terme stress dans le contexte des sciences physiques, quoique cet usage ne soit pas répandu avant le début du XIX^e siècle. "Load" (charge) définit alors une force externe, "stress" est le rapport de la force interne (créeée par la charge) à la surface sur laquelle la force agit; quant à "strain" (tension), il désigne la déformation ou la distorsion de l'objet (Hinkle, 1977).

Puis, les concepts de "stress" et de "strain" survivent et, dans la médecine du XIX^e siècle, ils sont à la base des définitions de la santé et de la maladie. Leur évolution s'effectue en regard de deux orientations distinctes, l'une biologique et l'autre psychologique.

Du côté des physiologistes, c'est Claude Bernard (voir: Goldberger et Breznitz, 1982) qui, le premier, fait remarquer que l'environnement interne du corps doit demeurer stable. Il définit l'homme comme "un tout constant se déplaçant dans un monde de variables". Partant de l'hypothèse que l'organisme doit être capable de maintenir son environnement interne, il décrit une partie des mécanismes qui régularisent l'équilibre des réactions physiques et chimiques du corps.

Une cinquantaine d'années plus tard, soit vers les années '30, les recherches menées par le physiologiste américain Cannon établissent l'existence de nombreux mécanismes physiologiques bien définis qui assurent à l'organisme une protection contre toute rupture d'équilibre. En 1939, il parle d'homéostasie. Il explore en particulier les réponses "lutte ou fuite" de l'individu lors des situations extrêmes, et découvre la sécrétion des catécholamines lorsqu'il soumet ses animaux expérimentaux à un stress. Il identifie par la suite des réponses physiologiques, qui impliquent à la fois une réponse du système nerveux et du système endocrinien.

C'est en 1928 que Hans Selye (1974), alors étudiant en médecine, se penche sur le fait que ses malades, bien qu'ils souffrent des maux les plus divers, ont en commun tant de signes et de symptômes. Dix ans plus tard, au cours d'expériences sur des rats, il constate que des injections hormonales toxiques, peu importe leur composition, amènent chez les sujets des réactions identiques et, qui plus est, que ces réactions sont les mêmes que celles causées par le froid, la chaleur, les infections, les traumatismes, les hémorragies et les irritations nerveuses. Cette réaction est alors nommée "syndrome produit par divers agents nocifs", pour devenir ensuite, "le syndrome général d'adaptation" ou "le syndrome de détresse biologique".

Le syndrome général d'adaptation se divise en trois phases: la réaction d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement.

Des stimuli qualitativement différents ne se distinguent que par leurs actions spécifiques. Leurs effets non spécifiques de stress sont essentiellement identiques, à moins que ceux-ci ne soient modifiés par les effets spécifiques superposés d'un stimulus particulier. Le stress est donc, selon Selye (1974: p.29), "la réponse non spécifique identique et unique que donne le corps à toute demande qui lui est faite".

L'adaptation de l'individu à une situation stressante est donc proportionnelle à son équilibre général. Une personne est stressée quand la dose du stress accumulé dépasse le seuil optimal d'adaptation et que l'organisme commence à manifester des signes d'épuisement. Le niveau optimal de stress est variable d'un individu à l'autre et chacun possède une structure différente.

Le terme "stress" recouvre deux situations différentes: le bon stress et le mauvais stress ou "détresse". Cependant, les deux types de stress sont couverts par le syndrome général d'adaptation. En effet, au-delà de la dose optimale de stress, au-dessus ou au-dessous, le stress devient détresse et exige une adaptation particulière de notre organisme au-delà des normes physiologiques, aussi bien sur le plan biologique ou physiologique que psychologique.

Au-dessous du seuil optimal, l'organisme est sous-stimulé, peu sollicité physiquement, psychologiquement et biologiquement. Au-dessus du niveau optimal,

l'organisme est sur-stimulé, surmené, trop sollicité et soumis à une adaptation excessive.

Les travaux se poursuivent donc, les chercheurs étant motivés par le désir de comprendre les failles d'adaptation observées lors de situations extrêmes. Les contextes particulièrement concernés à l'époque sont le combat militaire (Grinker & Spiegel, 1945), le deuil (Lindemann, 1944) et les blessures par traumatismes (Hamburg, Hamburg et De Goza, 1953).

Les altérations des mécanismes d'adaptation sont souvent aussi dramatiques que les situations elles-mêmes et incluent des comportements psychotiques, de l'anxiété sévère, des ulcères gastriques hémorragiques (Paster, 1948; Swank, 1949) et de l'hypertension (Graham, 1945). En définissant ces phénomènes comme des conséquences du stress, les chercheurs peuvent ensuite formuler des principes généraux dépassant le champ particulier qui a servi à l'observation. Les hypothèses concernant les sources de stress, les mécanismes qui le produisent, les facteurs qui le font augmenter ou diminuer et ses répercussions tant physiques que psychologiques peuvent, par la suite, être élaborées.

Côté terminologie, la confusion va bon train. Le mot stress désigne alors pour les uns la cause et pour les autres le résultat.

Du point de vue strictement psychologique, le stress est pendant longtemps intégré au processus de pensée de la psychopathologie, particulièrement par Freud et, plus tard, par les écrivains à orientation psychodynamique. De plus, on utilise alors

le terme "anxiété" de préférence à "stress". Le terme stress n'apparaît dans l'index de "Psychological Abstract" qu'à partir de 1944. Quant aux recherches empiriques sur l'anxiété comme telle, elles connaissent un regain au début des années '50, avec la publication de l'échelle de mesure du "trait d'anxiété" développé par Taylor.

May (1977) caractérise le milieu du XX^e siècle comme "l'âge de l'anxiété" et énumère des travaux d'origine tant scientifique que politique, religieuse et philosophique qui traitent de cette préoccupation. Il définit lui-même l'anxiété qui, par rapport au stress "se caractérise par des sentiments d'incertitude et d'impuissance face au danger".

À partir de 1960, divers auteurs continuent d'exploiter et de nuancer les théories sur le stress. On cherche maintenant à l'expliquer et les approches multifactorielles voient le jour. Nous dégageons ici les considérations principales de cinq discours.

Lazarus (1984) aborde le sujet d'une manière qui lui est propre. Il met l'accent sur l'interaction individu/environnement comme l'origine des symptômes et utilise l'approche cognitive comme explication. Son modèle s'appuie en effet sur l'évaluation cognitive comme pivot central. C'est le résultat de cette démarche qui différencie ce qui est stressant de ce qui ne l'est pas et qui détermine la façon de s'en tirer. Les principaux éléments du modèle de Lazarus peuvent se résumer en sept points. Nous les retenons en raison de leur pertinence. Voici ces éléments:

1. Demande (interne ou externe).

C'est une demande d'adaptation ou de changement transmise par une condition interne (ex.: grossesse) ou externe (ex.: chaleur).

2. Première évaluation de la demande:

Par un processus cognitif ou intellectuel, l'individu soupèse la demande en terme de signification dans sa vie. Certains facteurs d'origine personnelle (les responsabilités, les croyances) et situationnelle (la nouveauté, la prévisibilité, l'incertitude, les facteurs temporels, l'ambiguïté et l'ordre d'arrivée) déterminent le résultat des évaluations.

3. Seconde évaluation de la demande:

L'individu évalue les possibilités de s'en sortir, et les ressources disponibles en regard du résultat de la première évaluation, si celle-ci a été perçue comme "stressante".

4. Stress:

Il est défini par Lazarus comme un événement pour lequel les demandes internes et/ou externes dépassent ou éprouvent les possibilités d'adaptation de l'individu.

5. Façon de s'en tirer:

Ces mécanismes sont décrits comme étant "les efforts pour gérer les demandes internes et/ou externes et les conflits par rapport à ces demandes". Ces moyens sont basés sur les évaluations primaires et secondaires et peuvent inclure: (1) des dommages et/ou perte (harm/loss); (2) une menace; (3) un défi.

6. Émotions:

Des sentiments positifs et négatifs résultent de la seconde évaluation et du mécanisme choisi pour s'en tirer. Dans le cas d'une menace, le degré de divergence entre l'ampleur de la menace perçue et le nombre estimé de possibilités de s'en tirer justifie les émotions ressenties par l'individu et le comportement adopté.

7. Réévaluation:

Finalement, l'individu réévalue la demande en se basant sur le résultat des tentatives qu'il a effectuées dans le but de s'en sortir.

Ce modèle est donc cyclique ou rétro-actif, en ce sens que les perceptions des stresseurs varient avec les informations et qu'une fois les "actions pour s'en sortir" amorcées, il faut continuellement réévaluer la situation et ses modifications, en réponse aux actions initiées.

De leur côté, Holmes et Rahe (1967) étudient les relations entre les changements dans la vie et l'apparition de la maladie. Ils découvrent ainsi que plus un individu a subi de changements dans sa vie, plus il a de risques de développer une maladie. Par surcroît, le risque de maladie grave est d'autant plus grand que l'individu a eu à s'adapter à plusieurs changements à l'intérieur d'une courte période de temps.

Quant à Spielberger (1976) et Endler (1962), ils ajoutent aux recherches en différenciant l'état anxieux (A-state) du trait anxieux (A-trait), le second référant à des différences individuelles relativement stables quant aux tendances à l'anxiété;

Ils affirment que cette propension module tant la perception de la situation stressante que la réaction induite.

Rosenman et coll. (1964) soutiennent l'importance de la personnalité de l'individu quant à sa perception et à son interprétation de ce qui est générateur de stress et aux comportements qui en découlent. Ils regroupent donc les individus en trois catégories de personnalités, soit les types A, B et C. Les personnalités de type A sont en général des individus agressifs, combattifs, impulsifs, ambitieux, pressés et détestant attendre. Il semble d'ailleurs que 90% des sujets atteints d'infarctus soient de type A.

De leur côté, les personnes de type B sont, à toutes fins pratiques, l'idéal de la population. Utilisant leur rythme naturel de stress pour développer l'énergie nécessaire pour résoudre leurs problèmes, elles sont sages, réalistes et bien dans leur peau. Cette catégorie est cependant minoritaire.

Quant au type C, il intérieurise sa réponse au stress. Il espère dominer et maîtriser le stress. C'est un faux calme qui cache sa souffrance. Il se détruit d'autant plus intérieurement qu'il ne peut extérioriser sa réaction.

Enfin, Kobasa (1979) parle d'un trait caractéristique de la personnalité, la force ("hardiness"), qui défend l'individu contre les stresseurs. La personne "forte" croit que la vie a un sens, que les gens peuvent influencer leur environnement et que le changement est un défi. Elle a survécu aux camps de concentration, aux guerres ou

à des conditions d'élevage précaires et démontre, malgré tout, une santé physique et mentale intacte.

Les effets du stress sur l'individu sont donc le fruit de facteurs multiples aux-quels nous nous attardons ici davantage.

2.1.2 Facteurs et environnement associés au stress

D'après Greenberg (1983), le stress est issu à la fois du stresseur et des facteurs de conditionnement.

Les stresseurs

Toujours d'après le même auteur, un stresseur est un stimulus qui a le potentiel d'initier la réaction fuite/combat chez un individu.

De leur côté, Holmes & Rahe (1967) soutiennent la théorie de l'effet cumulatif des stresseurs et de leur incidence sur l'état de santé.

Mathieu (1979), nuance cette affirmation en soutenant que la présence simultanée de plusieurs stresseurs mineurs ou leur accumulation dans le temps peut avoir des effets plus graves que la seule présence d'un stresseur de plus forte intensité.

Un autre, McGrath (1970), classe les stresseurs en quatre catégories distinctes:

1. la crainte réelle ou anticipée d'une blessure physique, de la douleur ou de la mort;
2. la crainte réelle ou anticipée d'un traumatisme psychologique;
3. la crainte réelle ou anticipée d'une rupture dans ses relations sociales;
4. le fait de vivre dans un environnement appauvri, peu accueillant et contraignant.

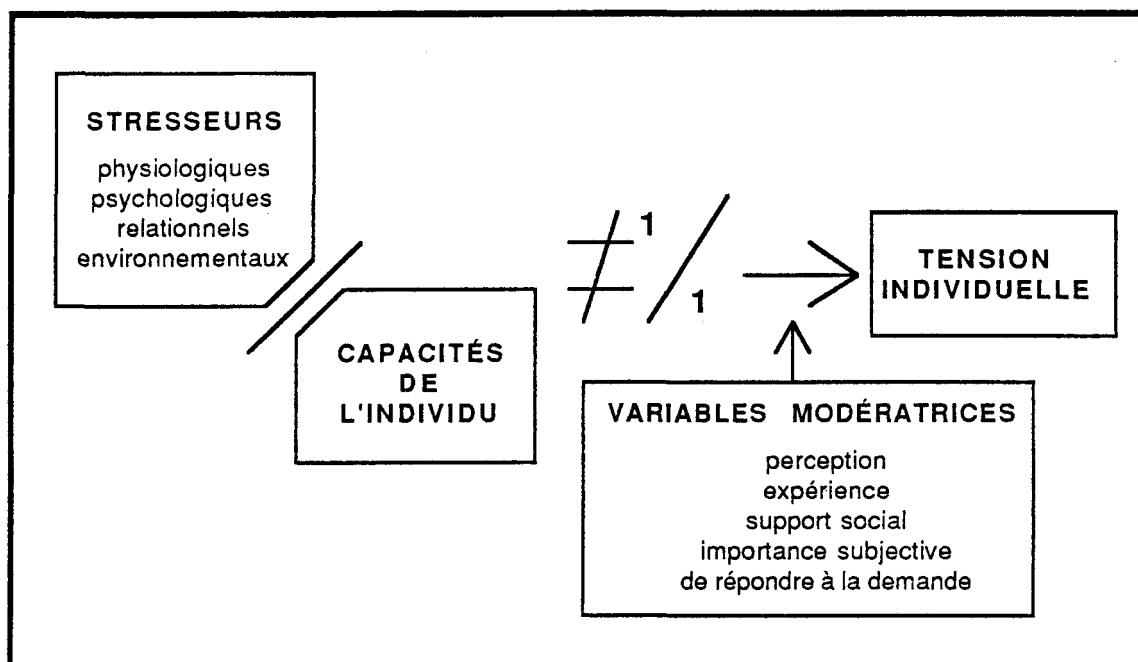
Enfin, selon Mandler (1982), il existe un niveau de stimulation optimal pour obtenir un comportement adéquat. Cette relation, illustrée par une courbe en U inversée, s'appelle la loi Yerkes-Dodson (1908). Le stress survient donc si l'individu est sous ou sur-stimulé, affirmation que reprend d'ailleurs Selye (1974).

Les facteurs de conditionnement

Selye désigne comme facteurs de conditionnement tout élément qui modifie qualitativement et quantitativement l'impact des stresseurs (Dutil et coll., 1983). Les principaux sont, selon Savoie et Forget (1983):

1. les différences individuelles comme l'âge, le sexe, la personnalité;
2. la perception qu'a l'individu du stresseur, l'interprétation de la menace;
3. l'expérience antérieure qui, de façon générale, joue sur la capacité individuelle par sa connotation positive ou négative;
4. les relations interpersonnelles;
5. l'importance que prend pour l'individu la capacité de répondre à la demande.

L'interaction des stresseurs et l'aspect modérateur de certaines variables apparaissent ici sous forme schématique, avec comme résultante, un état de tension individuelle. Soulignons ici la précision apportée par les auteurs à l'effet que le rapport des stresseurs et des capacités de l'individu n'équivaut pas à 1/1, c'est-à-dire que l'un ou l'autre des éléments a prépondérance sur l'autre selon chaque entité.



SOURCE: SAVOIE, André et FORGET, Alain. Le stress au travail, p.VI.

Figure 1: Modèle psychosocial provisoire du stress individuel.

2.1.3 Les conséquences du stress

Les conséquences du stress sont nombreuses. À l'intérieur de l'organisme, le stress amène diverses modifications possibles (Hanson, 1987) dont les suivantes:

- la décharge de cortisone par les surrénales;
- l'augmentation du taux d'hormones thyroïdiennes dans le sang;
- la décharge d'endorphine par l'hypothalamus;
- la diminution des hormones sexuelles: la testostérone chez l'homme et la progestérone chez la femme;
- la fermeture de tout le système digestif;
- l'augmentation du taux de sucre dans le sang et de celui de l'insuline nécessaire à le métaboliser;
- l'augmentation du cholestérol dans le sang, provenant surtout du foie;
- l'accélération du rythme cardiaque;
- l'augmentation de l'apport d'oxygène;
- l'épaississement du sang;
- le redressement des poils, la pâleur et la moiteur de la peau;
- l'exacerbation de la sensibilité;
- le corps est à son rendement maximal. Il y a amélioration de la performance mentale et de la capacité de concentration.

Certains de ces effets sont vécus positivement et amènent une augmentation de la motivation, le désir de performer et une vigilance accrue.

Cependant, selon Bensabat (1980), ces modifications de l'organisme peuvent, si elles sont maintenues pendant une période de temps suffisamment longue, induire chez l'individu des changements permanents allant jusqu'à la maladie. De plus, les attitudes et les comportements déclenchés par l'exposition prolongée au stress ont

souvent des conséquences sur d'autres dimensions de la personne stressée et sur son environnement, tant social que professionnel.

Savoie et Forget (1983: p.x) regroupent certaines de ces conséquences ou effets de la manière suivante:

- **les effets émotionnels**, tels l'anxiété, l'agressivité, l'apathie, l'ennui, la dépression, la fatigue, la frustration, etc.
- **les effets comportementaux**, tels l'abus de drogue, la propension aux accidents, la consommation excessive de nourriture, d'alcool, de cigarettes, etc.
- **les effets cognitifs**, tels l'incapacité de prendre de bonnes décisions, une faible concentration, une courte durée d'attention, l'hypersensibilité aux critiques, etc.
- **les effets physiologiques**, tels que mentionnés ci-haut mais avec les inconvénients inhérents à la prolongation du temps d'exposition: frisson, intolérance à la chaleur, ulcères de stress, insomnie, migraine, problèmes cardiaques, etc.
- **les effets organisationnels**, tels l'absentéisme, la baisse de productivité, l'insatisfaction au travail, etc.

2.1.4 Le stress au travail

Selon Holt (1982), la révolution industrielle du XIX^e siècle a profondément modifié la nature de l'organisation du travail. Elle a amené de nouvelles inventions et un endroit de travail spécifique éloigné de la maison (l'usine au lieu de la ferme): la machinerie a augmenté la productivité, exposant cependant les travailleurs à des dangers évidents et subtils.

Une conséquence moins évidente de la réorganisation du travail, c'est que le producteur de denrées perd l'autonomie qu'il avait dans le système coopératif et devient une partie d'un système hiérarchique, où on lui dicte ce qu'on attend de lui, souvent sans qu'il comprenne l'importance de ce qu'il a à accomplir. L'horloge domine bien des aspects de la vie du travail, ajoutant une nouvelle contrainte, celle du temps. De plus, la chronobiologie souligne la présence de rythmes circadiens modifiant l'activité cérébrale et le comportement de l'individu, influençant ainsi le travailleur forcé de dérégler son horloge biologique pour répondre aux exigences de la tâche (Poirel, 1975).

Si le stress occupationnel n'est pas un phénomène nouveau, c'est cependant un concept relativement récent dans le domaine de la recherche. Il s'agit d'un amalgame des recherches de Dunbar, dans le champ de la médecine psychosomatique, et de Selye qui, avec le "syndrome général d'adaptation", concrétise l'étiologie d'une panoplie de symptômes et de pathologies.

Beehr et Newman (1978: p.669) définissent ainsi la notion de stress au travail:

Le stress au travail réfère à une situation où des facteurs reliés à l'emploi interagissent avec les travailleurs de façon à modifier (en augmentant ou en diminuant) la condition psychologique et/ou physiologique tel que la personne est forcée de dévier du comportement normal.

Des maladies telles l'ulcère peptique et l'hypertension essentielle sont en recrudescence. Des études faites par le "Life Extension Institute (N.Y.)" et couvrant

40 000 examens par année, indiquent qu'entre 1958 et 1972, les maladies dues au stress semblent à l'état épidémique (Chase, 1972).

En 1970, l'adoption du "Occupational Safety and Health Act" et la création de deux ministères vont contribuer à l'essor de la santé en milieu de travail et à l'investigation du stress occupationnel.

2.1.4.1 Les sources de stress au travail

Diverses études ont été menées depuis. Glass et Singer (1972) et Cohen (1980) ont exploré le phénomène du bruit, Althouse et Hurrel (1977) se sont penchés sur les travailleurs dans les mines de charbon; Colligan, Smith et Kurrel (1977) et Taylor (1973) ont investigué le stress lié aux quartes de travail, etc. Une liste imposante de variables est ressortie de ces nombreuses recherches. Ainsi, selon Savoie et Forget (1983: p.8):

L'étude du stress au travail se propose, comme son nom l'indique, de situer le travail sur l'échiquier des grands stresseurs de la vie. Elle permet en outre d'identifier des causes précises de stress qui originent de l'environnement de travail. Enfin, elle tente d'identifier les conséquences du stress au travail, tant au plan individuel qu'organisationnel.

Le stress au travail se rapporte donc aux stresseurs physiques et chimiques (bruit, chaleur, etc.) et aux agents d'origine psychosociale (tâche, confrères de travail, etc.). Selon Arseneault et Dolan (1983), il peut originer de deux sources: les sources personnelles et les sources organisationnelles.

Les sources organisationnelles

a) Les facteurs organisationnels généraux et diffus:

- l'effet combiné de la taille de l'organisation et du degré de formation de ses opérations;
- la structure hiérarchique des organisations;
- la compétition interindividuelle pour un nombre limité de récompenses.

b) Les facteurs liés au rôle:

- le rôle en général c'est, selon Sarbin (1968), le comportement propre à la fonction plutôt qu'à l'individu qui la remplit;
- les conflits de rôle, soit, selon Kahn et coll. (1964), le fait qu'il y ait simultanément deux ou plusieurs ensembles d'exigences qui font qu'on ne peut se soumettre à la fois aux unes et aux autres.

L'ambiguïté dans les rôles, liée à l'incertitude quant à la définition de la tâche. Cette ambivalence peut être vécue relativement aux attentes des autres vis-à-vis du rôle que l'on doit tenir, aux choses à faire comme telles, au niveau de responsabilité dévolu et à la latitude consentie dans l'exécution.

Les rôles trop surchargés ou trop allégés: selon Arseneault et Dolan (1983), on parle de rôle surchargé lorsque les différentes exigences des tâches liées à ce rôle ne sont pas intrinsèquement incompatibles entre elles, mais excèdent qualitativement ou quantitativement la force ou la capacité de l'individu à les remplir, ou encore le poussent à agir de façon précipitée, sacrifiant le soin ou l'attention à apporter.

Quant au rôle allégé, c'est celui où les capacités de l'individu dépassent les exigences de la tâche.

c) Les facteurs liés à la tâche et aux conditions de travail:

Selon Hackman et Lawler (1971), il faut considérer tant la complexité de la tâche à accomplir que la rétroaction qui est fournie à l'employé. De plus, selon Wardell et coll. (1964), le fait d'être responsable d'autres personnes est un facteur positivement significatif dans la prédisposition aux maladies cardio-vasculaires.

d) Les relations interpersonnelles:

French et Caplan (1972) concluent, dans de nombreuses études, que la détérioration des relations interpersonnelles au travail amène des tensions psychologiques et de l'insatisfaction au travail. Quant à Cobb (1976), il établit que le stress ressenti par un individu dans une situation de tension est amoindri par la présence de support social.

Les sources liées à l'individu

Les sources reliées à l'individu sont la personnalité, les caractéristiques socio-démographiques, l'implication personnelle et la forme physique.

a) La personnalité:

Elle joue un rôle prépondérant dans l'interprétation des sources de stress. Que l'on pense au trait d'anxiété, à la rigidité interne, à la typologie A, B ou C qui caractérise la volonté de réussir ou, selon Rotter (1966), au site de contrôle interne ou externe d'un événement (c'est-à-dire que l'individu interprète l'arrivée d'un évé-

nement comme étant relative à son comportement [interne] ou aux forces extérieures [externes]), tous ces facteurs influencent, de façon positive ou négative, l'impact des stresseurs sur l'individu.

b) Les caractéristiques socio-démographiques:

Si certains résultats indiquent des corrélations entre l'âge, le sexe et le niveau de stress, il appert cependant que l'interprétation de ces variables est complexe et délicate.

c) L'implication personnelle et l'importance relative accordée au travail:

La première est liée à la motivation intrinsèque, alors que la seconde comprend toutes les raisons qui rattachent un individu à son travail, motivation extrinsèque comprise.

d) La forme physique:

De plus en plus d'études relient la forme physique et le niveau de stress, par la tangente de l'activité physique comme exutoire du stress et de la forme physique comme résultante de l'activité.

2.1.4.2 Les conséquences du stress au travail

Selon Chalvin (1985), quand une personne travaille à un niveau de stress optimal, on observe chez elle un jugement plus fiable, une plus grande clarté dans la perception, une plus grande flexibilité et une aptitude à ne pas perdre la tête dans une crise (possibilité de formuler des solutions de rechange). Toutefois, lorsque le

niveau s'éloigne sensiblement de l'optimum, des conséquences négatives peuvent apparaître, tant chez l'individu lui-même qu'au sein de l'organisation de travail.

Conséquences organisationnelles à long terme

Comme la surveillance organisationnelle nécessite un certain recul, nous nous orientons donc uniquement sur les conséquences à long terme du stress au travail. Celles-ci se regroupent selon deux grandes catégories, les unes liées au rendement de l'employé et les autres s'apparentant plus aux comportements de type "retrait", comme l'absentéisme, la mobilité et le taux de roulement, de type protestation, comme les griefs, et de type négligence, comme la susceptibilité aux accidents de travail.

Par exemple, selon Meunier (1984), la baisse de productivité et le coût direct du traitement à la suite de problèmes de santé reliés au stress, sont évalués annuellement à 13 milliards de dollars dans l'industrie canadienne.

Conséquences individuelles à moyen terme

Étant donné que le facteur durée apparaît comme particulièrement important dans les conséquences individuelles du stress, nous n'abordons pas la facette des conséquences individuelles à court terme. Les symptômes ont été regroupés en indicateurs de tensions psychologiques et comportementaux, d'une part, et physiologiques et somatiques, d'autre part.

a) Indicateurs psychologiques et comportementaux:

Au plan psychosocial, selon Arsenault et Dolan (1983), les problèmes reliés au rôle comme l'ambiguïté, les conflits de rôle, ou des rôles surchargés ou trop allé-

gés amènent l'insatisfaction au travail, la tension, l'anxiété, l'ennui, l'irritation et la fatigue. Au plan comportemental, on remarque le tabagisme, la consommation d'alcool, une augmentation des visites au dispensaire, un gain ou une perte de poids marqués, un excès ou un manque d'appétit.

b) Indicateurs physiologiques et somatiques:

Quant aux paramètres physiologiques et somatiques, ce sont ceux du stress en général, soit l'accélération du pouls et de la respiration, l'augmentation des catécholamines, etc.

Conséquences individuelles à long terme

De nombreuses maladies psychosomatiques peuvent être reliées au stress, comme les maladies cardio-vasculaires, l'ulcère peptique, les migraines, le diabète (pour une certaine partie), l'asthme, l'eczéma, la colite et jusqu'à un certain point, le cancer. Enfin, soulignons que les maladies cardio-vasculaires causent, à elles seules, près de la moitié des décès au Canada.

Des troubles psychologiques divers peuvent aussi être directement reliés au stress, comme l'angoisse, l'anxiété, la dépression et même la schizophrénie.

En résumé, le stress au travail est un problème à multiples facettes, où la source de stress (intensité et durée), l'individu (personnalité, perception, antécédents, etc.) et le support social jouent des rôles interactifs. De plus, les manifestations du stress chez le même individu sont différentes selon les circonstances, à cause de l'importance relative de chacune des variables accumulées en un temps donné.

Enfin, l'ensemble est modulé par les comportements d'adaptation que l'individu adopte, soit pour changer la situation, soit pour se la rendre tolérable.

2.1.5 Le stress au travail chez les infirmières

De nombreuses études ont révélé que certains facteurs liés au travail sont associés à des risques élevés de stress professionnel ou d'épuisement (Kahn et coll., 1964; Kasl, 1980; Cooper et Marshall, 1980). Selon McBride (1985), les personnes qui avouent faire un travail stressant sont fréquemment celles qui assument la responsabilité directe de faire fonctionner le système, tout en ayant à peu près aucun pouvoir sur ce dernier. C'est souvent là le rôle de l'infirmière.

Campbell (1985) rapporte, dans une enquête menée par le Nursing Mirror, que près de la moitié des répondants se sentent souvent trop fatigués et/ou trop stressés pour travailler, mais doivent quand même s'acquitter de leur tâche; 55% ont pris des congés de maladie alors qu'ils n'étaient pas réellement malades et 60% déclarent avoir envie de pleurer sans raison.

L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (1989) estime que 30% des infirmières aménagent leur pratique de façon différente, soit en ouvrant un cabinet privé ou un centre de personnes âgées, soit en s'engageant dans une agence privée ou un C.L.S.C. Quant aux 70% qui continuent à travailler en milieu hospitalier, nombreuses sont celles qui optent pour le temps partiel, les congés différés, etc. Il appartient que, "pour éviter le "burn-out", elles prennent souvent des congés de maladie ou des congés sans soldes" (p.14).

L'étude de Colligan (1977) et de ses collaborateurs, qui a servi à examiner la fréquence des désordres de la santé mentale chez des individus provenant de 130 occupations différentes, indique une très forte incidence d'anomalies mentales parmi les professionnels de la santé oeuvrant dans les hôpitaux. Ils concluent d'ailleurs que la responsabilité de soigner et d'être en interaction avec des personnes malades ou infirmes demande beaucoup, émotionnellement, ce qui a pour effet de soumettre le professionnel de la santé à un stress considérable.

Quant à Casteldine et coll. (1985: p.22), ils énumèrent de nombreux symptômes individuels et organisationnels de stress au travail et concluent:

Plusieurs infirmières ont rapporté de tels signes et symptômes lors de la tenue de nos journées d'étude sur le stress. Bon nombre d'entre elles ont remarqué la présence de ces symptômes chez leurs ami(e)s et se sentent impuissantes (nous traduisons).

Le Dr Le Clair-Bissel (1981) estime à 40 000 le nombre d'infirmières alcooliques aux États-Unis. Quant au taux de "pharmacodépendance", il dépasse de 30 à 100 fois les chiffres retrouvés dans la population en général. De plus, ces données excluent les infirmières consommant des tranquillisants non narcotiques, des barbituriques et des amphétamines.

Enfin, depuis le milieu des années '70, un terme nouveau, le "burn-out" a fait son apparition. C'est Freudenberger (1982) qui, le premier, a utilisé ce terme pour désigner un état de diminution physique et émotionnelle résultant de conditions de travail. Farber (1983) reprend les définitions de divers auteurs pour rejoindre

Pines et Maslach (1978) afin de décrire le "burn-out" comme un processus qui, s'il n'est pas identique pour chaque personne, comprend un état d'épuisement physique et émotionnel, une attitude négative envers soi-même et son travail et un désintérêt vis-à-vis des compagnons de travail et des bénéficiaires.

Zastrow (1984) identifie le "burn-out" comme une des conséquences d'une exposition prolongée à un stress élevé. Edelwich et Brodsky (1980) ajoutent que les personnes qui optent pour des professions de type "aidante" ont plus de risques de s'engager sur la voie du "burn-out" en regard des attentes irréalistes qu'elles nourrissent face à celles-ci. Ces affirmations sont reprises par Anderson (1979) et par Kramer (1974).

Voyons donc quelles sont, à travers la pratique infirmière, les principales causes de stress au travail.

2.1.5.1 Les causes de stress au travail chez les infirmières

Si certaines causes peuvent être tout simplement reliées au fait d'accomplir un travail comme tel, d'autres sont particulières à la tâche de l'infirmière.

Divers auteurs comme Scully (1980), Numerof et Abrams (1984), Gray-Toft et Anderson (1981), regroupent, chacun à leur façon, l'ensemble des sources de stress spécifiques à l'exercice des soins infirmiers. L'approche privilégiée ici est celle de Gray-Toft et Anderson (1981).

Les facteurs reliés à la mort

Sous ce vocable, nous retrouvons autant des facteurs reliés à la douleur qu'à la mort. Le bénéficiaire qui va mourir est habituellement hospitalisé pendant une période de temps plus longue, et des liens plus que professionnels sont souvent tissés avec plusieurs membres de l'équipe en place, dont l'infirmière. Le contact avec des bénéficiaires dont la mort est imminente ou dont le traitement n'apporte pas les résultats escomptés, les discussions avec le mourant lui-même et sa famille amènent souvent l'infirmière à des prises de conscience face à sa propre mort et aux valeurs fondamentales de sa vie, en plus de lui faire vivre, de façon régulière, les phénomènes de deuil. Quant aux conditions dans lesquelles survient le décès, elles affectent aussi le personnel en place (ex.: décès d'un jeune enfant).

De plus, selon Dolan (1988: 47), en prolongeant la vie de patients mourants, les infirmières aident à prolonger la douleur et la souffrance. Et cela vient directement en contradiction avec ce pourquoi elles ont été formées. Une solution à la pénurie d'infirmières serait de cesser d'attendre de ces dernières qu'elles prodiguent des soins qui viennent en contradiction avec leurs valeurs et leurs émotions.

Les conflits avec les médecins

Même si, dans l'ensemble, la vision médicale traditionnelle s'élargit lentement, il demeure néanmoins que certaines situations quotidiennes sont perçues négativement par les infirmières. La critique ou les conflits avec les médecins génèrent alors des tensions inutiles.

Selon McFarlane (1985), même si les stéréotypes réputés qu'entretiennent les médecins à l'égard des infirmières sont moins probants qu'autrefois, il demeure toutefois que l'amélioration de l'image professionnelle des infirmières provoque chez quelques-uns une certaine colère et le sentiment de perdre du pouvoir. De plus, la capacité décisionnelle des infirmières et l'amélioration de leurs compétences professionnelles semblent, pour certains, menacer leur autorité.

D'autres sources regroupées sous ce titre sont la peur de commettre une erreur dans le traitement d'un bénéficiaire, le désaccord de l'infirmière quant à la thérapie initiée par le médecin et l'obligation de prendre une décision concernant le bénéficiaire en l'absence du médecin. De plus, il est très fréquent que, de par les fonctions qui lui sont déléguées, soit par ordonnance individuelle ou permanente, l'infirmière ait à évaluer seule la condition du bénéficiaire afin d'amorcer ou non un traitement ou une médication (ex. xylocaïne I/V si arythmie).

La préparation inadéquate

L'infirmière est confrontée quotidiennement aux questions des bénéficiaires et de leurs familles, tant aux plans de la technologie et de l'appareillage qu'à ceux de la maladie et du traitement eux-mêmes. De plus, les phases d'acceptation du diagnostic par lesquelles passent le malade et ses proches demandent, de la part de l'intervenant, des connaissances et des habiletés au chapitre de la relation d'aide et la capacité d'apporter, au moment opportun, l'aide et le support nécessaires à la guérison ou l'accompagnement dans une fin paisible.

C'est pourquoi, selon McBride (1985), la formation conventionnelle ne pourra jamais préparer l'infirmière à parer à toute éventualité; au mieux, elle ne peut qu'enseigner les bases. L'enseignement doit être varié et, dans un certain sens, acquérir le caractère de continuité, afin de répondre aux besoins croissants des infirmières.

Quant à Jomphe (1987: p.15), elle affirme:

Dans ce contexte d'évolution de la pratique professionnelle, le resserrement des liens entre la pratique, la recherche et l'éducation s'impose de plus en plus. Nous devons nous pencher sur comment nous allons développer et préserver l'essence des soins infirmiers basés sur des valeurs humanistes dans un âge technologique.

Manque de support

Faute de temps et d'occasions, il est souvent difficile pour l'infirmière d'échanger avec ses collègues, tant sur les problèmes vécus dans l'unité de soins, que sur ses expériences ou ses sentiments. Elle a ainsi très peu d'opportunités de partager sa fatigue, son désintérêt ou ses craintes.

Selon Moore (1984), les infirmières croient qu'elles "doivent" être capables de s'adapter au stress puisqu'elles sont professionnelles. De plus, si elles admettent qu'il est positif de parler de stress entre elles, il demeure plus délicat de reconnaître qu'elles en souffrent.

Dowd (1984) affirme que les infirmières ont tellement à faire pour s'adapter aux stress multiples de l'environnement et qu'elles ont si peu de temps pour elles-mêmes qu'elles ne peuvent que difficilement en consacrer aux autres.

Les conflits avec les autres infirmières

Il faut établir ici la différence entre les relations avec l'autorité, soit le chef de service ou la coordonnatrice, et celles avec les collègues de travail.

Levenstein (1985) explique les tensions entre le supérieur et l'infirmière par des demandes impossibles du premier, le manque de rétroaction et d'information sur le travail fourni, la difficulté, pour l'employé, de définir ses responsabilités et la certitude de n'avoir aucune influence sur les décisions à prendre. Jacobson (1979), quant à elle, ajoute l'incompétence du chef de service à évaluer ce qui se passe dans son unité de soins. Il convient toutefois de ne pas exclure la possibilité que le conflit avec l'autorité origine de l'incompétence ou de la faible performance d'une infirmière.

De leur côté, les problèmes avec les pairs originent des caractéristiques individuelles de chacun, de la compétition entre infirmières et/ou de la formation de sous-groupes, de l'incompétence d'un membre de l'équipe ou de son manque d'intérêt, de son absentéisme ou de ses retards. Enfin, le manque d'échanges entre les individus amène des tensions qui, si elles étaient partagées, pourraient être rapidement résolues et évacuées (McConnell, 1982).

La charge de travail

Le manque de personnel, le manque de temps et l'alourdissement de la tâche sont, pour l'infirmière, une préoccupation quotidienne . Le rapport de l'A.H.Q. (1989) identifie, à ce propos, l'augmentation de la clientèle de soins prolongés qui, répartie dans les unités de soins de courte durée, contribue à intensifier sensiblement le rythme des soins infirmiers. De plus, on note un nombre grandissant de transferts internes avec l'apparition de goulots d'étranglement qui occasionnent une surcharge de travail pour le personnel de l'unité. Quant au profil de la clientèle, il s'alourdit, alors qu'en parallèle, la technologie se raffine, imposant de nouvelles contraintes.

Les problèmes vécus dans le domaine de la main-d'oeuvre infirmière, l'exode de ces dernières hors des centres hospitaliers, l'absence de personnel de remplacement, le taux effarent d'employés à temps partiel (près de 60% dans certains centres hospitaliers), créent, chez les infirmières en place, des pressions qu'elles ne peuvent éviter (A.H.Q., 1989).

Enfin, le temps disponible est souvent amputé par bon nombre de tâches cléricales qui, si elles doivent être accomplies, le sont aux dépens du temps disponible pour vaquer aux soins et procéder à des actes infirmiers proprement dits.

L'incertitude concernant le traitement

Le niveau de responsabilité de l'infirmière auprès du bénéficiaire l'amène souvent à prendre conscience de son manque d'information en regard de la condition bénéficiaire. Ces lacunes se manifestent tant au plan de données scientifiques relati-

ves à l'état du client qu'à celui des renseignements transmis au bénéficiaire par son médecin traitant.

En effet, liée par le secret professionnel, l'infirmière doit à la fois éclairer et renseigner le bénéficiaire dans la limite de ses fonctions, tout en se guidant sur l'information préalable transmise par le clinicien. De plus, tout en ayant le devoir de se conformer à l'ordonnance médicale, elle a l'obligation de le faire de façon critique et d'éliminer tout doute avant de poser un geste. Cependant, il est clair qu'une question ne peut surgir que lorsque l'infirmière a les connaissances et l'expérience suffisantes pour établir des critères d'évaluation, en regard des procédures antérieures.

Enfin, l'arsenal technologique se multipliant, l'infirmière s'inquiète aussi de sa capacité à faire fonctionner l'appareillage et à évaluer les données transmises.

Autres facteurs

De nombreux auteurs tiennent compte du type d'unité où l'infirmière travaille comme indice de prédiction du niveau de stress (Keane et coll., 1985; Olsen, 1977; Haché-Faulkner et MacKay, 1985). D'autres mettent aussi en évidence le manque d'expérience (Jacobson, 1983) et les quarts de travail (O.I.I.Q., 1989).

Enfin, non seulement la présence de conditions négatives mais l'absence de conditions positives telles la rémunération adéquate, la possibilité d'établir un plan de carrière, l'autonomie et l'actualisation de soi contribuent à augmenter éventuellement le niveau de stress chez les infirmières (Kanner, Kafry et Pines, 1978).

En conclusion, l'évaluation du stress au travail en milieu hospitalier doit tenir compte de nombreux éléments, tant au chapitre de l'étiologie qu'à celui des conditions d'apparition et des effets ressentis. L'ensemble de ces paramètres est bien représenté par Arsenault et Dolan (1983), qui proposent un modèle dit "conditionnel et cognitif du stress au travail en milieu hospitalier". Il s'agit là, à notre avis, d'une synthèse adéquate, qui cerne la dimension tant individuelle qu'organisationnelle de cette problématique (voir tableau 1).

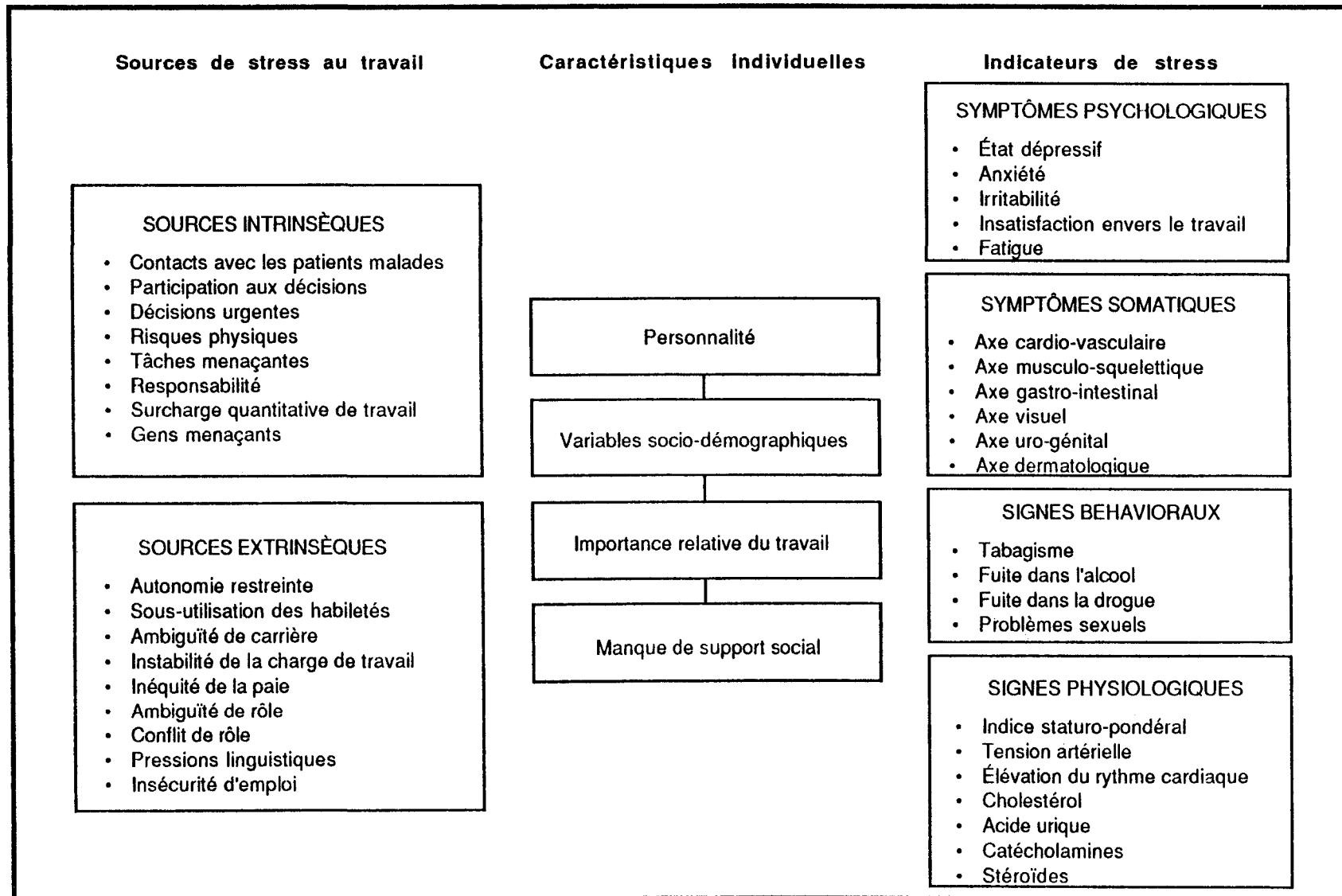
2.2 LA GESTION DU STRESS

Selon Lazarus et Folkman (1984), la gestion du stress se définit comme un changement cognitif constant et des efforts de comportement pour contrôler des demandes spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées comme éprouvant ou excédant les ressources de l'individu. Elle réfère tant à l'affrontement qu'à la prise en charge qui sont, en fait, des façons différentes de "s'en sortir".

Cette définition apporte cependant les limitations suivantes:

1. Les termes "changement constant" implique la notion de processus.
2. Il y a une différence entre "la façon de s'en tirer" et des comportements adaptés en limitant les premiers aux actions qui demandent une mobilisation des ressources.
3. Le terme "coping" s'adresse au processus de résolution, à la "façon de s'en tirer" comme telle, non au résultat.

TABLEAU 1
Modèle conditionnel et cognitif du stress au travail en milieu hospitalier.



SOURCE: ARSENAULT et DOLAN (1983), p.86.

4. L'utilisation du terme "contrôler" évite le piège selon lequel "coping" signifie nécessairement "maîtriser". Contrôler peut inclure minimiser, éviter, tolérer ou accepter des conditions stressantes aussi bien que tenter de maîtriser l'environnement.

Lazarus (1984) identifie deux éléments en regard de la gestion du stress: la résolution de problème et la régulation des émotions. Il affirme que l'analyse cognitive se produit en premier, suivie par les réponses émitives.

Par ailleurs, il semble que l'émotion et la connaissance soient intimement reliées. Une fois que l'individu a procédé à l'évaluation cognitive d'un stresseur, il détermine la sévérité de la menace et les ressources disponibles pour y faire face. L'émotion générée est alors immédiatement transformée en comportement.

Les réponses aux "façons de s'en tirer" sont donc différentes des réponses psychologiques générales, puisque leurs structures sont les comportements, les connaissances et les perceptions dans lesquelles l'individu s'implique lorsqu'il lutte avec les problèmes liés à ses tâches quotidiennes.

Pearlin et Schooler (1978) concluent que les sortes de réponses et de ressources qu'un individu est capable d'utiliser pour "se tirer" des épreuves de la vie fait la différence au plan de son bien-être intérieur. Plus il possède de ressources et de solutions de rechange, plus il a de chances de s'en tirer.

Comme il n'existe pas de recette miracle mais un grand nombre de stratégies potentiellement efficaces, l'individu se doit de connaître ces dernières et de les adapter à ses besoins, afin de choisir, selon les circonstances, le moyen le plus adéquat pour arriver à "s'en sortir".

2.2.1 La connaissance du stress et de ses émotions

Selon Harris (1989), peu importe le mécanisme individuel utilisé pour éviter le stress, la première étape est d'être conscient de sa présence.

Hanson (1987) soutient qu'il faut d'abord connaître l'ennemi avant de le combattre. Selon Sorensen et Luckmann (1986), plus vous connaissez les composantes et la dynamique du stress, mieux vous pouvez prévenir les réponses nuisibles ou les désordres psychologiques reliés à sa présence.

Quant à Bond (1982), il affirme qu'être attentif à ses besoins et à ses émotions est à la base de toute approche menant à la gestion du stress. Selon Rosenfeld (1977), chaque individu a une connaissance intuitive, supportée par l'expérience personnelle, le sens commun, les croyances religieuses et la sagesse des autres, à propos de l'influence de ses attitudes et de ses convictions sur sa façon de voir la vie. Le fait de résoudre ou non une situation de crise dépend souvent de la présence ou de l'absence d'espoir, de la persévérance dans la lutte et de l'expérience antérieure.

En effet, Sorensen et Luckmann (1986) soutiennent que l'individu apprend de nouvelles façons de s'en sortir à travers ses expériences de vie et qu'elles influen-

cent sa réponse au stress, en plus de ses ressources intellectuelles, sociales et économiques. Ainsi, après avoir réussi à maîtriser un stresseur en utilisant une manière particulière de "s'en sortir", cette habileté fait partie intégrante du système de défense et peut devenir disponible lors de toute situation similaire. De ce fait, les "façons de s'en tirer" peuvent être vues comme "l'immunologie de l'émotion".

Enfin, il est certain que l'ancrage de techniques spécifiques et le changement d'attitude se développent avantageusement, sur la base de la connaissance préalable d'un ensemble de concepts théoriques, comme en témoignent Chalvin (1985) et Miller et Heinrich (1986).

En tout premier lieu, il importe donc de prendre conscience du stress dans sa propre vie, afin de pouvoir évaluer la quantité, la qualité et l'importance relative des stresseurs pour, enfin, inventorier les moyens utilisés, consciemment ou non, dans le but de faire diminuer la tension (Casteldine, 1985).

De plus, l'évaluation des stratégies déjà en place et de leur efficacité procure à l'individu la motivation intrinsèque nécessaire à la poursuite du processus et au choix, parmi les stratégies offertes, de celles qui répondent le mieux à ses attentes.

2.2.2 L'apprentissage de diverses stratégies

De nombreuses écoles de pensée ont développé diverses stratégies et/ou méthodes afin d'aider l'individu à prendre son stress en main. La maîtrise d'un ou de plu-

sieurs de ces moyens n'est toutefois possible que dans le cadre d'une formation spécifique.

2.2.2.1 La modification des attitudes

L'incapacité de dire non et la difficulté de s'affirmer sont, selon Bond (1982), des causes permanentes de stress, tant au travail qu'à la maison. McConnell (1982) affirme que, bien qu'il faille tenir compte du bien-être des autres, il est une seule personne capable de vraiment se préoccuper du bien-être d'un individu: lui-même.

La gestion des stresseurs de la vie commence par l'apprentissage à répondre de soi et à assumer ses responsabilités. Le pouvoir de prendre son stress en main est directement relié à la reconnaissance des choix qui ont été faits et à la découverte de la possibilité d'en faire d'autres. Etre conscient de ses choix apporte à l'individu la liberté de devenir plus que ce qu'il est déjà.

Quant aux comportements affirmatifs, ils font plus que réclamer les droits individuels et empêcher quelqu'un d'être manipulé. Dans le sens social, l'affirmation de soi est la capacité de communiquer aux autres qui nous sommes, de quelle manière nous vivons, ce que nous voulons, et de se sentir bien dans cette démarche.

Différentes méthodes ou approches de croissance facilitent l'atteinte de ce résultat. Citons, à titre indicatif, l'analyse transactionnelle, la pensée positive et la démarche émotivo-rationnelle.

Enfin, il importe de s'engager dans des valeurs réalistes, de se fixer des buts et des objectifs accessibles, d'être capable de remises en question, de développer des mécanismes d'adaptation au changement et de savoir établir des priorités.

Il semble donc clair que, dans une situation donnée, l'attitude individuelle influence, de façon positive ou négative, le niveau de stress généré par l'événement ou la situation. Si certaines de ces attitudes peuvent, d'une façon ou d'une autre, être modifiées, de même en est-il souvent du contexte.

2.2.2.2 Stratégies visant la modification de la situation

Selon Sorensen et Luckmann (1986), reconnaître les stresseurs et agir sur eux de façon précoce, au lieu de nier leur présence et de laisser la situation s'amplifier, s'avère une démarche essentielle à la préservation de la santé physique et mentale.

Plusieurs approches peuvent se révéler hautement utiles. Parmi celles-ci, soulignons la gestion du temps, la délégation, l'approche par résolution de problème et la créativité.

Le temps est sans doute l'un des éléments le plus souvent invoqué comme source de stress. En effet, manquer de temps, se sentir bousculé, pressé, encadré dans des échéanciers serrés, nous rappellent chaque jour que le temps, c'est la vie. Cependant, selon Baer (1979), le temps est distribué également à tous. Le problème est donc individuel et n'est pas tant au niveau de la quantité de temps dont chacun dis-

pose, mais de la façon de l'utiliser. C'est pourquoi la compréhension et l'apprentissage de la gestion du temps permettent à l'intervenant de se prendre en charge de façon plus efficace, en regard du temps qui lui est imparti pour accomplir certaines tâches.

Pour McConnell (1982), la délégation est une alternative supplémentaire qui permet de récupérer du temps. Appelbaum (1981) insiste sur l'établissement d'objectifs et de tâches claires, d'ententes préalables sur les responsabilités déléguées et les moyens de contrôle mis en place.

Quant au contexte environnemental, une évaluation judicieuse permet souvent de dégager des éléments qui peuvent être modifiés. On fera alors appel à la créativité et à la résolution de problème.

La méthode de résolution de problème inclut, selon Lazarus et Folkman (1984), la capacité de chercher de l'information, d'analyser la situation dans le but d'identifier le problème afin de trouver des alternatives, de soupeser ces alternatives afin d'estimer, dans un premier temps, jusqu'à quel point elles sont possibles et, dans un second temps, leur pertinence en regard des objectifs à atteindre, de sélectionner les actions, de les mettre en place et, enfin, de les évaluer après un certain temps.

Quant à la créativité, Flach (1988) la considère comme la capacité de réarranger, de combiner ou de synthétiser de façon nouvelle des faits, des idées, des concepts déjà existants. Il affirme que la résolution de problème, lorsqu'elle est faite de

façon créative, permet à l'individu de s'adapter plus facilement aux situations de stress.

Enfin, ajoutons l'utilité de la communication comme moyen privilégié afin d'aider à changer une situation. Pour l'infirmière, apprendre à établir une communication efficace est un outil indispensable, tant dans l'exercice quotidien de sa profession que pour lui permettre de désamorcer une situation de travail conflictuelle.

Selon Du Gas (1980: p.137):

La communication est le processus par lequel une personne communique à une autre ses pensées, ses sentiments et ses idées. C'est un outil qui procure à un individu les moyens d'en comprendre un autre, d'accepter et d'être accepté, de communiquer et de recevoir de l'information, de donner et de recevoir des instructions, d'enseigner et d'apprendre.

2.2.2.3 Les stratégies liées à l'organisme

Ainsi, nous regroupons sous ce vocable les dispositions et approches visant à assainir l'organisme, à mieux le connaître et l'écouter. McConnell (1982) souligne l'importance d'une saine alimentation comme partie intégrante de stratégies de gestion du stress. Le fait de prendre des repas nutritifs à intervalles réguliers contribue à augmenter l'énergie. Il est important d'inclure dans la diète des aliments qui ont l'air appétissants, qui sentent bon et dont le goût est agréable. De plus, il semble que certaines composantes alimentaires comme la caféine et les sucres raffinés exagèrent les réponses individuelles au stress.

Hanson (1987), après avoir insisté sur l'importance d'un régime alimentaire équilibré, relie le stress au déséquilibre alimentaire et à l'obésité qui, trop souvent, en découle.

Selon Grout (1980), étant donné qu'il y a une relation entre les changements physiques et psychologiques, les techniques servant à détendre l'esprit peuvent également relaxer le corps, et vice versa. Que ce soit en provoquant une réponse de relaxation ou en pratiquant certaines techniques de détente, l'imagerie mentale ou des exercices de contrôle de la respiration, il est important d'arriver à détendre autant le corps que l'esprit.

Chenard (1987) affirme que l'homme succombe aujourd'hui à des habitudes de vie qui sont hors du champ de la médecine traditionnelle, comme le stress. Les techniques de relaxation offrent une alternative naturelle qui, si elles impliquent un apprentissage long et méthodique, conduisent à une réponse de relaxation servant à stabiliser des paramètres physiologiques comme le tonus musculaire et la tension artérielle. D'autres techniques déclenchent un réflexe d'inhibition musculaire, libérant ainsi la fonction motrice de tensions localisées.

La relaxation progressive développée par Jacobson il y a environ 50 ans, et l'entraînement autogénique de Shultz et Luther, sont des moyens d'arriver à un plus grand bien-être. Quant à l'imagerie mentale, elle peut non seulement induire la détente mais être utilisée, comme par les Simonton, pour guérir certaines maladies.

De son côté, le biofeedback est plus qu'un moyen d'enregistrer des paramètres physiologiques. Il peut être utilisé afin de maximiser la connaissance, la conscience et le contrôle de soi (Girdano et Everly, 1979). D'autres techniques, comme la sophrologie et les phosphènes, ont vu le jour plus récemment, mais toutes visent le contrôle des états internes de tension.

Soulignons aussi que de bonnes habitudes de sommeil comprenant un horaire régulier, un nombre d'heures suffisant et une qualité réparatrice adéquate contribuent à restaurer l'intégrité physique et psychologique et à augmenter la tolérance au stress.

Enfin, le massage, le toucher thérapeutique, la méditation et l'activité physique constituent aussi des stratégies visant à diminuer la tension et à améliorer le bien-être.

2.2.3 Les groupes de support

De nombreux auteurs identifient la présence de groupes de support comme un facteur positif afin de contribuer à la réduction du stress chez les infirmières (Pines et Maslach, 1978; Gray-Toft, 1980; Grout, 1980). Le fait de pouvoir partager avec ses collègues brise l'isolement, permet l'expression des sentiments et aide l'individu à prendre conscience de la présence des symptômes du stress.

Communiquer avec d'autres employés qui éprouvent, à plus ou moins court terme, les mêmes difficultés, canalise non seulement les sentiments négatifs comme

l'impuissance, la culpabilité ou le désintérêt, mais apporte souvent au problème un éclairage différent et des solutions de rechange éventuelles. De plus, les échanges avec le groupe assurent une écoute active, un feedback positif et souvent une certaine "dédramatisation" des événements, en plus de sécuriser l'individu et de l'aider à prendre du recul.

Stickney et Gardner (1984) affirment que des groupes de support, particulièrement dans les unités de soins intensifs, ont apporté une aide appréciable. Quoique certains groupes se forment suite à des situations de crise, il semble que les résultats auxquels ils donnent naissance soient plus bénéfiques si les participants se réunissent régulièrement et que cette initiative est accessible au personnel de chaque quart de travail. En partageant leur vécu et leurs émotions avec leurs compagnes de travail, les infirmières peuvent diminuer leur niveau de stress et croître émotionnellement.

Goodwin (1981) croit qu'il est possible d'aménager, à l'intérieur d'une semaine régulière de travail, une heure où un groupe d'infirmières s'asseoient ensemble pour échanger, discuter et se supporter mutuellement. Enfin, la contribution d'un professionnel tel un psychologue ou un travailleur social, peut permettre à un individu en situation de crise d'évoluer favorablement. Il peut aussi se joindre au groupe de support afin d'apporter des éléments nouveaux et des avenues de solution correspondant à une situation particulière.

En résumé, la gestion du stress en milieu de travail est à la fois possible et indispensable. Plusieurs stratégies sont en effet disponibles, aussi bien pour favori-

ser la prise de conscience à la présence du stress, que pour le gérer efficacement ou pour soutenir les efforts de chaque individu.

2.3 LA GESTION DU STRESS, L'INFIRMIÈRE ET LA QUALITÉ DE SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES

La gestion du stress en milieu hospitalier est à tout le moins aussi nécessaire que dans tout autre milieu professionnel; cependant, elle peut signifier des effets notables tant chez les infirmières-mêmes que sur la qualité des soins qu'elles dispensent aux bénéficiaires.

2.3.1 Effets sur l'infirmière

Davis (1984) croit que l'attitude mentale contribue largement à rendre l'adaptation au stress efficace. La différence entre s'adapter et succomber à la pression est directement liée au développement de stratégies saines et efficaces de gestion du stress. Sutton et Kahn (1983: p.82) abondent dans le même sens:

Lorsqu'un agresseur ponctuel est compris et contrôlé par l'individu, ses effets néfastes sur la santé sont atténués. Leur hypothèse concerne également la possibilité d'agir directement sur les conditions objectives du stress pour les modifier (antidote) ou la possibilité de modifier la façon dont le stress est reçu et les réactions qui en découlent.

Sorensen et Luckmann (1986) soulignent que la gestion du stress aide les gens à découvrir le point d'équilibre entre un haut degré d'énergie et de créativité, d'une part, et les signes et symptômes d'un stress excessif, d'autre part. Ce point d'équili-

bre est différent d'un individu à l'autre et sa recherche et son maintien impliquent un processus d'apprentissage.

Une fois atteint, il devient possible, pour l'infirmière, de fournir aux autres des outils efficaces, en particulier aux bénéficiaires dont elle a la charge. Ainsi, la connaissance de stratégies de gestion du stress peut l'aider à devenir une personne plus heureuse et à fournir des soins de meilleure qualité.

2.3.2 Effets sur la qualité de soins aux bénéficiaires

Le souci de fournir aux bénéficiaires des soins de qualité n'est pas un concept nouveau en soi. Par contre, le fait que la qualité de soins soit maintenant régie par la notion d'obligation et encadrée, tant au niveau local que provincial, exige que tout soit mis en oeuvre pour répondre à ces attentes.

Trois types d'obligations particulières régissent la pratique de la profession d'infirmière. La première est d'ordre légal, constituée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Code des professions et la Loi sur les infirmières et infirmiers. La seconde est d'ordre professionnel qui, associée à l'obligation légale actuelle, s'est manifestée avec le mouvement d'agrément des établissements de santé. Enfin, les infirmières ont également une obligation sociale concernant la qualité de soins, c'est-à-dire pouvoir démontrer publiquement comment elles utilisent les ressources fournies.

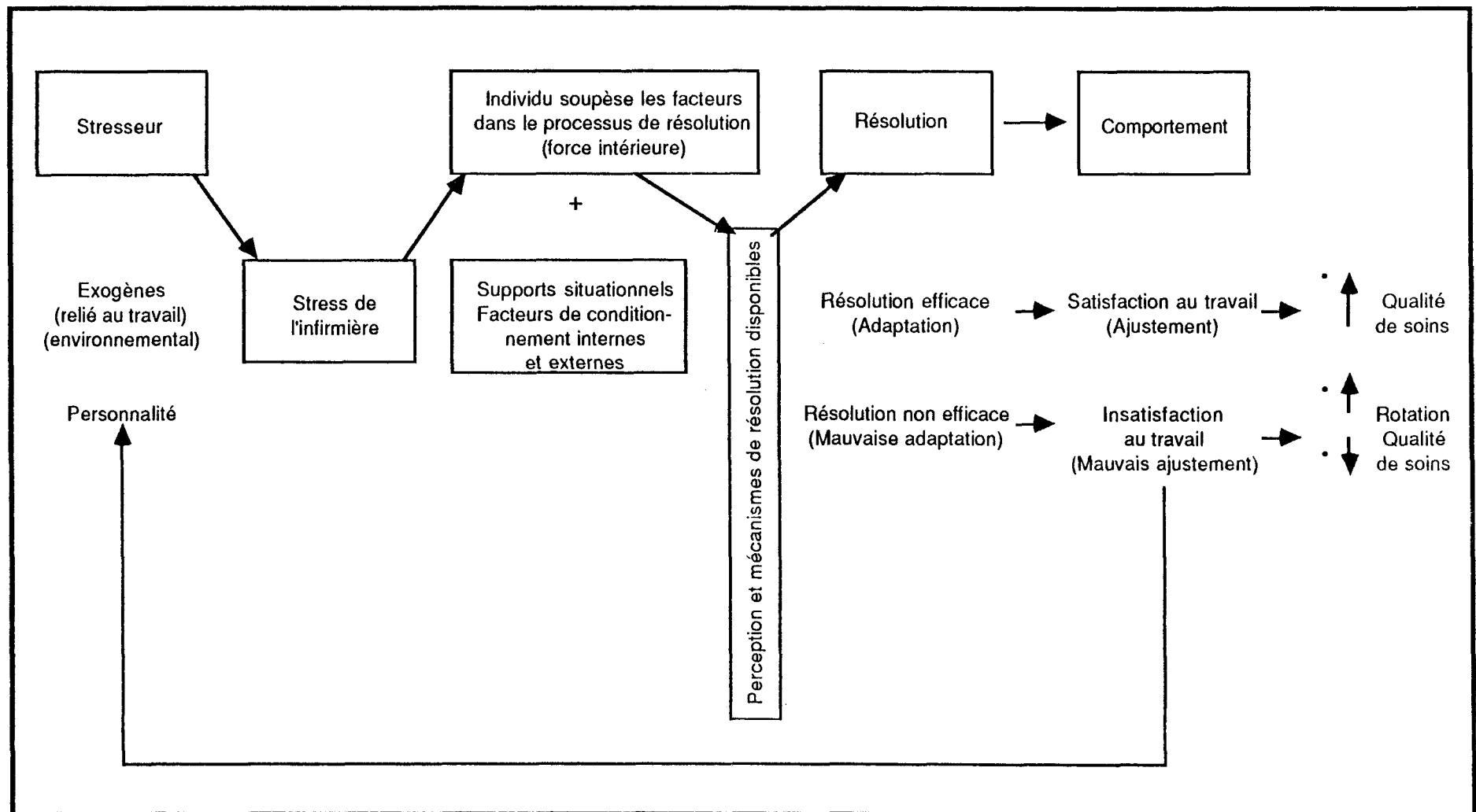
De nombreux critères font état de soins infirmiers de qualité tels l'application d'un modèle conceptuel et d'une démarche de soins, la continuité des soins, un vaste champ clinique et la capacité d'entrer en relation d'aide, pour n'en citer que quelques-uns.

Cependant, la qualité de soins ne peut être assurée que par des individus efficaces, relativement bien dans leur peau et capables de gérer efficacement les tensions générées par le milieu.

En effet, des symptômes organisationnels tels l'absentéisme, le taux de roulement, l'insatisfaction au travail, et même la désertion de la profession, ne peuvent que diminuer la qualité des soins dispensés et contribuer à aggraver le problème. La figure 2, proposée par Harris (1989: p.18), nous paraît faire ressortir de façon adéquate, les effets du stress ressenti par les infirmières sur la qualité des soins prodigués.

2.4 SYNTHESE DES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE NOTRE POSITION THÉORIQUE

Des considérations présentées, relatives principalement au concept de stress, à sa présence en milieu de travail et à la possibilité de sa gestion, nous dégagons ci-dessous les éléments constituant notre position théorique, au seuil d'investiguer un terrain hospitalier spécifique.



SOURCE: HARRIS, B.B. (1989). "Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework", *Advances in Nursing Science*, 11:2, Jan., p.18 (nous traduisons).

Figure 2: Paradigme pour l'analyse des effets de la gestion du stress chez les infirmières.

Premier élément:

Le stress est une réalité omniprésente dont le défaut ou le trop plein peut être préjudiciable tant à l'individu qu'à son milieu.

Deuxième élément:

La canalisation adéquate d'un stress optimal peut être, au contraire, bénéfique; par stress optimal, nous référons à ce qui est biologiquement nécessaire à chaque individu pour fonctionner harmonieusement avec sa personnalité et ses possibilités d'adaptation (Chalvin, 1985).

Troisième élément:

Nous endossons les assertions de Lazarus, selon lesquelles le stress implique l'interaction de l'individu avec son environnement et qu'il résulte d'une réalité qui peut être objective ou perçue comme telle, et de l'évaluation subjective qui en est faite.

Quatrième élément:

Dès lors, nous entendons par stresseur, ce avec quoi (ou avec qui) l'individu interagit, ce qui engendre comme résultante, un stress ressenti avec plus ou moins d'intensité.

Cinquième élément:

La gestion du stress relève en partie d'un processus naturel, l'organisme tenant à assurer une réponse positive pour l'environnement et/ou pour lui-même. Toutefois, les mécanismes naturels doivent être supportés dans des situations où le

stress est élevé et plus ou moins continu. Les supports dont il est question doivent faire l'objet d'un apprentissage.

Tels sont là les points majeurs de notre position qui serviront de guide dans la planification de notre cueillette de données et lors de la discussion des résultats obtenus.

2.5 LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Prenant en considération la problématique générale du stress lié au domaine professionnel, le modèle théorique retenu et notre connaissance pratique du milieu hospitalier, nous avançons les deux hypothèses suivantes:

H_1 Le niveau de stress des infirmières varie en fonction de la présence de stresseurs dans leur environnement de travail.

H_2 Le niveau de stress ressenti par les infirmières est relié à la présence et à l'utilisation de certains types de stratégies de gestion du stress.

CHAPITRE III

La méthodologie de l'étude

Le but de cette étude est de cerner la réalité du stress chez des infirmières œuvrant en milieu hospitalier et, ce faisant, de répondre aux diverses interrogations énumérées aux pages 16 et 17. Pour ce faire, nous tentons donc d'évaluer leur niveau de stress, d'établir des liens entre les valeurs retrouvées, la présence de facteurs de stress liés à la profession et l'existence de stratégies individuelles de gestion du stress. Enfin, nous relevons les besoins exprimés par les infirmières en regard d'une formation en gestion du stress, de même que la mise sur pied de groupes de support en milieu de travail.

Ce chapitre présente les variables de l'étude, les hypothèses, le milieu, les sujets, les instruments de cueillette de données, le traitement statistique et le déroulement de la recherche.

3.1 LES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Elles sont regroupées en variables contextuelles, variables contrôles, variables critères et variables modératrices, selon le modèle conceptuel élaboré par Guay-Genest (1987) (voir le tableau 2 ci-dessous). Elles correspondent à celles que nous retrouvons sur le terrain en regard de la présence du stress chez les infirmières.

TABLEAU 2
Les variables de l'étude.

Variables contrôles	Variables contextuelles	Variable critère
<p>A- Liées à l'individu</p> <ul style="list-style-type: none"> • âge • sexe <p>B- Liées au milieu de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • expérience • titre d'emploi • lieu de travail • horaire • statut • jours/semaine <p>C- Liées à la formation</p> <ul style="list-style-type: none"> • de base en nursing • additionnelle 	<p>Stresseurs au travail</p> <p>A- Environnement intrinsèque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail <p>B- Les rôles dans l'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiguité et conflit de rôle. • Préparation inadéquate face aux besoins émotionnels du bénéficiaire et de sa famille. • Faire face à la mort et au mourant. • Incertitude concernant le traitement. <p>C- Les relations interpersonnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflits avec les médecins. • Conflits avec les autres infirmières. <p>D- Manque de support émotionnel des collègues et des supérieurs</p>	<p>Niveau de stress psychologique.</p> <p>Variables modératrices</p> <p>Stratégies de gestion du stress</p> <p>A- Stratégies affectives. Stratégies par problème.</p> <p>B- Stratégies positives. Stratégies négatives.</p>

3.2 LE MILIEU ET LES SUJETS

Les données de notre recherche ont été recueillies en centre hospitalier et les sujets ont été choisis au hasard parmi l'ensemble des infirmières autorisées, en fonction, toutefois, de certains critères.

3.2.1 Le milieu

L'étude a été réalisée entre le 5 et 19 mai 1989, à l'Hôpital de Chicoutimi Inc. Il s'agit d'un établissement de soins de courte durée, ayant une capacité d'environ 600 lits. Doté d'une vocation à caractère régional, il regroupe une clientèle très diversifiée, allant des bénéficiaires de soins prolongés à ceux nécessitant des soins ultra-spécialisés. Notons aussi que la cueillette est réalisée durant la négociation de la convention collective avec le ministère des Affaires sociales et que le climat général laisse alors présager la mise en place imminente de moyens de pression et de mesures de contestation.*

3.2.2 Les sujets

L'échantillon a été constitué à partir de la liste des employés actifs au 25 mars 1989, soit 573 infirmières au travail à cette date. Les termes "au travail" signifient ici ne pas être en absence prolongée; sont donc exclues de la présente étude les personnes en congé de maternité, congé différé, congé sans solde, congés parentaux, congé de maladie, accident de travail, retrait préventif et vacances, afin d'éviter les biais introduits par une période de repos prolongée récente. Les infirmières de tous les statuts étaient cependant éligibles, temps complet et temps partiel.

Afin de constituer l'échantillon, nous avons numéroté chaque individu de 1 à 573, puis au moyen d'une table des nombres aléatoires, nous avons tiré les 100 sujets constituant ainsi un groupe représentatif de la population (voir tableau 3).

* Aucune action n'a cependant été mise en œuvre pendant cette période.

TABLEAU 3
Représentativité de l'échantillon

Caractéristiques	Population	Échantillon
	n = 573	n = 100
Sexe: Hommes Femmes	74 = 13% 499 = 87%	17 = 17% 83 = 83%
Age: Hommes Femmes	34.24 ans 36.5 ans	38.3 ans 36.6 ans
Statut: Temps complet Temps partiel régulier Temps partiel occasionnel	231 = 40.3% 152 = 26.5% 190 = 33.2%	42 = 42% 25 = 25% 33 = 33%

3.3 LES INSTRUMENTS DE CUEILLETTE DE DONNÉES

Nous recueillons les données au moyen d'un questionnaire (annexe 1) divisé en cinq parties distinctes. Trois outils ont été utilisés, soit la mesure du stress psychologique (M.S.P.) (Lemyre et Tessier, 1985), la mesure des stresseurs au travail (M.S.T.) (Guay-Genest, 1987), version française du "Nursing Stress Scale" (N.S.S.) (Gray-Toft et Anderson, 1981), et la mesure des stratégies individuelles de gestion du stress, version française du "Coping behaviors" (Jalowiec et Powers, 1981).

Enfin, deux sections supplémentaires sont ajoutées, l'une relative aux données socio-démographiques, l'autre à la formation actuelle et potentielle en gestion du stress.

3.3.1 Les caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques regroupées ici sont l'âge, le sexe, l'expérience, le titre d'emploi, le type d'unité, l'horaire de travail, le statut, le nombre de jours de travail, le type de formation de base en soins infirmiers et la description de toute formation additionnelle.

3.3.2 La mesure de stress psychologique (M.S.P.)

Cette mesure s'attarde directement à l'état de stress, au fait d'être stressé, de "se sentir stressé". C'est un outil d'utilisation facile qui s'adresse à une population normale et montre, jusqu'à maintenant, une cohérence et des qualités psychométriques intéressantes. Disponible sous deux formes, dont l'une abrégée, nous avons préféré ici la forme longue.

Le M.S.P. comprend donc 53 items regroupés en descripteurs affectifs, cognitifs, comportementaux et physiques. Chaque question est répondue par le sujet sur une échelle de Likert en huit points. Ce dernier doit évaluer jusqu'à quel point l'item le décrit bien, en se référant aux quatre ou cinq derniers jours.

Le résultat global est obtenu en faisant la somme totale des 53 items. A l'intérieur du questionnaire, quatre questions ont une connotation positive et doivent être calculées en soustrayant de 9 la valeur encerclée par le répondant. L'étendue des scores peut aller de 53 à 424, le score le plus élevé démontrant un niveau de stress équivalent.

Le M.S.P. est un outil fiable. Un coefficient de corrélation de .63 entre test-retest indique un bon degré de fidélité. Un coefficient alpha de Cronbach variant de .93 à .96 indique une bonne consistance interne. D'après une analyse factorielle, une seule composante explique 33% de la variance de la mesure.

3.3.3 La mesure des stresseurs au travail (M.S.T.)

La mesure des stresseurs au travail (M.S.T.) (Guay-Genest, 1987) est la traduction française du "Nursing Stress Scale" (N.S.S.) de Gray-Toft et Anderson (1981). A l'origine, le N.S.S. se veut un outil d'investigation des causes et des effets du stress chez une population d'infirmières anglophones oeuvrant en milieu hospitalier.

Son utilisation dans la présente étude n'a pour but que l'évaluation quantitative des causes, les effets étant mesurés par le M.S.P. De plus, cette orientation nous permet d'échapper au phénomène de circularité stress-stresseur. Notons qu'une question de la version traduite a dû être adaptée par les traducteurs, compte tenu de l'absence d'équipement informatique.

Le M.S.T. est constitué de 34 questions décrivant des situations potentiellement génératrices de stress dans le milieu de travail. Le répondant est invité à indiquer son niveau de contrariété au cours des derniers jours, face aux événements listés, sur une échelle de Likert à quatre points.

Par une analyse factorielle, Gray-Toft et Anderson (1981) en arrivent ensuite à un regroupement de sept facteurs principaux. Quatre d'entre eux concernent l'environnement psychologique, soit la mort, la préparation inadéquate pour répondre aux besoins émotifs des bénéficiaires, le manque de support et l'incertitude concernant le traitement; deux vont à l'environnement social, soit les conflits entre les médecins et ceux avec les autres infirmières et un à l'environnement physique, soit la charge de travail.

Les réponses sont additionnés et par sous-échelles et pour l'ensemble du test. Les scores peuvent varier de 34 à 136. Les indices de fidélité et de validité confirment la valeur métrique de l'instrument. Nous nous en tenons ici aux valeurs obtenues pour la version française (tableau 4), soit un indice de fidélité test-retest de .81 obtenu auprès de 31 infirmières à deux semaines d'intervalle. Un coefficient Spearman-Brow de .79 et un coefficient alpha de .89 dénotent un haut degré de consistance interne.

TABLEAU 4
Mesures de fiabilité du M.S.T.

Échelles	Nombre d'items	Alpha de Cronbach
Total	34	0.90
Sous-échelles		
Mort	7	0.80
Conflits avec les médecins	5	0.48
Préparation inadéquate	3	0.73
Absence de support	3	0.64
Conflits avec les infirmières	5	0.68
Surcharge de travail	6	0.59
Incertitude concernant le traitement	5	0.78

3.3.4 Les stratégies individuelles de gestion du stress

La mesure relative à l'identification et l'utilisation des stratégies individuelles de gestion du stress a été faite au moyen d'une version française du "Coping behaviors*" de Jalowiec et Powers (1981), conforme en tous points à la version anglaise originale.

L'instrument recense 40 stratégies différentes; le répondant doit estimer la fréquence d'utilisation de chacune au moyen d'une échelle de Likert à cinq points. Les résultats globaux peuvent varier de 40 à 200. Un coefficient de corrélation de Spearman ($N_p (26) = .79$, $p < .001$) indique que l'instrument est fiable. Jalowiec et Powers (1981) divisèrent ensuite les stratégies inventoriées en stratégies affecti-

* Les termes "coping behaviors" ont été traduits par stratégies de gestion du stress.

ves (q #1-6-10-11-12-14-17-18-19-20-21-24-25-26-27-28-29-31-32-33-34-35-37-38-40) et stratégies par problèmes (q #2-3-4-5-7-8-9-13-15-16-22-23-30-36-39). Les stratégies de résolution de problème tentent de modifier la situation elle-même alors, que les stratégies affectives visent à prendre en main les émotions évoquées par la situation. Nous utilisons donc cette sous-classification, en même temps qu'une autre non décrite par les auteurs.

En effet, nous regroupons les stratégies sous forme de stratégies positives (q #1-2-3-4-5-7-8-9-10-13-14-15-16-18-19-20-22-23-26-27-29-30-38) et de stratégies négatives (q #6-11-12-17-21-24-25-28-31-32-33-34-35-36-37-39-40). Les stratégies positives réfèrent à des comportements ou des styles de pensée ayant pour caractéristiques soit une action effective ou l'utilisation de la pensée positive. Quant aux stratégies négatives, elles traitent de stagnation, d'agitation stérile de comportements de retrait, de fuite ou de défoulement et de pensées défaitistes.

3.3.5 L'investigation des besoins de formation

Tout d'abord, nous évaluons la présence (et le type, s'il y a lieu) chez les répondantes d'une formation en gestion du stress reçue soit à l'intérieur de leur formation initiale en soins infirmiers, soit lors de sessions parallèles. Par la suite, nous procéderons à l'investigation des avenues futures d'une éventuelle formation en gestion du stress, tant au plan du contenu qu'à celui de la formule privilégiée.

3.4 LE TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNÉES

Il s'agit, dans un premier temps, de compiler les données recueillies en fonction de chacune des cinq dimensions de l'instrument, ce qui nous permettra de dégager un profil pour chaque sphère inventoriée.

Par la suite, trois types de traitements statistiques seront effectués, l'un concernant les données socio-démographiques et la formation en gestion du stress et les autres concernant les facteurs de stress au travail et les stratégies de gestion du stress employées.

Au moyen d'une analyse de variance (Anova), nous mettrons en relation les variables socio-démographiques et la formation avec la variable critère (M.S.P.).

La corrélation de Pearson sera utilisée pour mettre en relief les liens entre:

- le niveau de stress et les variables contextuelles (M.S.T.);
- le niveau de stress et les variables modératrices (stratégies de gestion du stress);
- les variables contextuelles (M.S.T.) et les variables modératrices (stratégies de gestion du stress).

Enfin, le test T nous permettra de vérifier s'il y a des différences entre la fréquence d'utilisation de chacune des stratégies de gestion du stress.

3.5 LA CUEILLETTE DES DONNÉES

Afin de s'assurer que tous les employés reçoivent le questionnaire à peu près en même temps et disposent ainsi du même délai pour le compléter, celui-ci a été acheminé par la poste, accompagné d'une enveloppe de retour dûment affranchie et d'une feuille de présentation contenant les renseignements sur la procédure à suivre, les buts et objectifs de la recherche et des précisions concernant la confidentialité des réponses.

Afin de respecter les lois concernant l'accès au dossier, les enveloppes ont été expédiées directement par la Direction des ressources humaines, à partir de la liste des noms retenus au hasard. Un délai de 15 jours a été accordé aux individus pour qu'ils nous retournent le questionnaire correctement rempli. Aucune relance n'a été faite auprès des individus afin de respecter le caractère volontaire de la participation et l'anonymat des répondants.

Nous avons récupéré 67 questionnaires complétés. Cependant, un des questionnaires a dû être rejeté, faute de clarté dans les réponses;* ceci représente 11.5% de la population totale du milieu hospitalier visé.

* En effet, il semble qu'il ait servi d'objet de défoulement à la destinataire, le tout rendant les données inscrites totalement inutilisables.

CHAPITRE IV

Présentation et analyse des résultats

Ce chapitre rend compte des données recueillies à l'aide des divers instruments de mesure et de leur analyse au moyen des outils statistiques appropriés. Dans l'ordre, nous présentons et analysons les résultats décrivant le niveau de stress des infirmières et les relations possibles entre les facteurs socio-démographiques, les sources de stress provenant du milieu de travail, les stratégies de gestion du stress utilisées et le niveau de stress ressenti. Enfin, nous dégageons, à partir des réponses colligées, les positions relatives au besoin de formation en gestion du stress.

4.1 RÉSULTATS OBTENUS AU M.S.P.

La moyenne obtenue au M.S.P. par l'ensemble des sujets est de 162.4 avec des valeurs minimale et maximale de 79 et 343, pour un écart-type de 59.9. Dans notre échantillon, 39 répondants (60%) se situent en bas de la moyenne (162.4), et 27 (40%) la dépassent.

Examinons, dans un premier temps, le niveau de stress en fonction des variables socio-démographiques.

4.2 LE NIVEAU DE STRESS EN FONCTION DES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

L'analyse de variance ne fait ressortir qu'une seule relation significative entre les variables socio-démographiques et les résultats au M.S.P., soit l'état de se sentir

stressé. Nous examinerons toutefois l'ensemble des tendances constatées. Les résultats sont présentés aux tableaux 5a, 5b et 5c.

4.2.1 Niveau de stress en fonction de l'âge

Il n'existe une relation significative ($P = .02$) entre l'âge et le niveau de stress ressenti. On constate que le niveau de stress a tendance à varier en fonction de l'âge. Le score minimum se retrouve dans la catégorie des 25 à 34 ans (Moyenne = 148.08) alors que le maximum est atteint par le seul sujet ayant entre 55 et 64 ans (Niveau de stress = 265.00).

4.2.2 Niveau de stress en fonction du sexe

Bien qu'il n'existe pas de relation significative ($P = .97$) entre le sexe et le niveau de stress, on constate toutefois un écart de 28 points au M.S.P. entre les hommes (Moyenne = 139.00) et les femmes (Moyenne = 167.09). Dans notre échantillon, les femmes présentent donc un niveau de stress relativement plus élevé que les hommes.

4.2.3 Niveau de stress en fonction de l'expérience

Au plan de l'expérience, nos données ne font ressortir aucune relation significative ($P = .66$) entre le nombre d'années d'exercice de la profession et le niveau de stress ressenti. Le score minimum au M.S.P. (126.50) est obtenu par les sujets

TABLEAU 5a

Analyse de la variance (Anova) entre les variables socio-démographiques et le niveau de stress ressenti.

Variable	Valeur	Fréquence	%	Moyenne au M.S.P.	Écart-type	Somme des carrés	D.L.	Moyenne des carrés	F	P
1. Age	24 ans et moins	2	3.0	191.00	65.05	86.318	55	1.569	3.363	.02
	25 à 34 ans	25	37.9	146.08	45.72					
	35 à 44 ans	28	42.4	172.85	66.93					
	45 à 54 ans	10	15.2	158.00	63.41					
	55 à 64 ans	1	1.5	265.00	.00					
	65 ans et plus	---	-----	-----	-----					
Total		66	100.0							
2. Sexe	Masculin	11	16.7	139.00	71.56	6.500	55	.118	.443	.97
	Féminin	55	83.3	167.09	56.96					
Total		66	100.0							
3. Expérience	Moins d'un an	2	3.0	126.50	26.16	161.439	55	2.935	.868	.66
	Entre 1 et 5 ans	10	15.2	149.00	40.36					
	Entre 6 et 10 ans	10	15.2	185.30	75.76					
	Entre 11 et 15 ans	20	30.3	147.00	59.44					
	Entre 16 et 20 ans	15	22.7	161.33	50.30					
	Entre 21 et 25 ans	4	6.1	229.50	71.60					
	Entre 26 et 30 ans	4	6.1	145.00	39.14					
	Entre 31 et 35 ans	1	1.5	265.00	.00					
	Plus de 35 ans	---	-----	-----	-----					
Total		66	100.0							
4. Titre d'emploi	Infirmière-chef	---	-----	-----	-----	94.091	55	1.711	1.140	.44
	Infirmière de chevet	50	75.8	161.46	63.40					
	Monitrice	---	-----	-----	-----					
	Coordonnatrice	---	-----	-----	-----					
	Assistante-inf.-chef	10	15.2	166.30	38.29					
	Chef d'équipe	5	7.6	179.80	62.53					
	Autres	1	1.5	84.00	.00					
Total		66	100.0							

TABLEAU 5b

Analyse de la variance (Anova) entre les variables socio-démographiques et le niveau de stress ressenti.

Variable	Valeur	Fréquence	%	Moyenne au M.S.P.	Écart-type	Somme des carrés	D.L.	Moyenne des carrés	F	P
5 . Type d'unité	U.S.I.	21	31.8	152.19	64.36	13.924	55	.253	1.085	.48
	Chirurgie	15	22.7	166.53	60.16					
	Médecine	6	9.1	157.33	52.20					
	Soins prolongés	2	3.0	126.50	2.12					
	Psychiatrie	2	3.0	178.50	7.77					
	Neurologie	2	3.0	162.50	44.54					
	Obstétrique et post-partum	3	4.5	187.33	13.61					
	Bloc opératoire et salle de réveil	3	4.5	186.00	78.35					
	Radiologie, onco, s. santé	---	----	-----	-----					
	Équipe volante	1	1.5	169.00	.00					
	Hémodialyse	---	----	-----	-----					
	Clinique externe	3	4.5	204.33	53.67					
	Autres: pouponnière pédiatrie	8	12.1	155.50	85.02					
	Total	66	100.0							
6 . Horaire	Jour	11	16.7	170.81	59.08	70.424	55	1.280	.746	.77
	Soir	20	30.3	161.95	41.15					
	Nuit	8	12.1	157.75	75.43					
	Rotation jour/soir	3	4.5	190.33	97.51					
	Rotation jour/nuit	7	10.6	165.42	48.65					
	Rotation soir/nuit	---	----	-----	-----					
	Rotation jr/soir/nuit	17	25.8	153.52	74.50					
Total		66	100.0							
7 . Statut	P.T.C.	30	45.5	175.16	66.79	14.030	55	.255	1.093	.47
	P.T.P.	17	25.8	152.11	45.75					
	T.P.O.	19	28.8	151.47	58.61					
	Total	66	100.0							

TABLEAU 5c

Analysse de la variance (Anova) entre les variables socio-démographiques et le niveau de stress ressenti.

647

Variable	Valeur	Fréquence	%	Moyenne au M.S.P.	Écart-type	Somme des carrés	D.L.	Moyenne des carrés	F	P
8. Jours/semaine	1	---	----	-----	-----	102.788	55	1.869	1.001	.54
	2	7	10.6	139.28	44.64					
	3	9	13.6	149.88	52.83					
	4	7	10.6	154.71	16.85					
	5	39	59.1	162.41	60.95					
	+ de 5 jours (temps supplémentaire)	4	6.1	244.50	89.34					
Total		66	100.0							
9. Formation initiale en soins infirmiers	Tradition. à l'hôpital	11	16.7	157.45	67.50	13.439	55	.244	1.333	.33
	D.E.C. en techniques infirmières	41	62.1	171.29	63.63					
	Bac. en sciences infirmières	1	1.5	171.00	-----					
	Inf. aux. recyclé(e)	13	19.7	137.92	35.08					
Total		66	100.0							
10. Formation supplémentaire	Oui	30	45.5	157.67	56.97	14.530	55	.264	1.441	.27
	Non	36	54.5	166.36	62.86					
	Total		100.0							
11. Formation en stratégies de gestion du stress	A. Dans la formation d'inf.	Oui	6	9.1	Si oui à A et B	9.273	55	.169	1.445	.27
			60	90.9	167.15					
		Total	66	100.0	Si oui à A et B 68.01					
	B. Hors de la formation d'inf.	Oui	11	16.7	Si non à A ou B	9.273	55	.169	1.445	.27
			55	83.3	161.24					
		Total	66	100.0	Si non à A ou B 58.47					

ayant moins d'un an d'expérience, alors que le maximum (Niveau de stress = 265) est atteint par le seul répondant ayant entre 31 et 35 ans d'expérience.

4.2.4 Niveau de stress en fonction du titre d'emploi

En ce qui concerne le titre d'emploi, bien que la majorité des sujets soient des infirmières de chevet et que le nombre de chefs d'équipe (5) soit peu représentatif dans l'échantillon, nous constatons que les chefs d'équipe ont un score moyen au M.S.P. (179.80) de 19 points supérieur à celui des infirmières de chevet (161.46). Par ailleurs, les assistantes-infirmières-chef ressentent un niveau de stress pratiquement équivalent à celui des infirmières (Moyenne = 166.30). Cependant, de façon générale, nous ne retrouvons aucune relation significative ($P = .44$) entre le titre d'emploi et le niveau de stress ressenti.

4.2.5 Niveau de stress en fonction du type d'unité

Le niveau de stress ressenti est relativement plus bas en soins prolongés (Moyenne = 126.50) avec une différence de 26 points par rapport aux unités de soins les plus rapprochées, soit celles regroupées sous le titre "soins intensifs" (Moyenne = 152.19). Les niveaux de stress les plus élevés se retrouvent au bloc opératoire (Moyenne = 186.00), en obstétrique/post-partum (Moyenne = 187.33) et à la clinique externe (Moyenne = 204.33). L'analyse de la variance ne montre toutefois pas de relation significative ($P = .48$) entre le niveau de stress ressenti et le type d'unité de soins.

4.2.6 Niveau de stress en fonction de l'horaire de travail

Le niveau de stress le plus élevé se retrouve dans la classe des sujets qui travaillent selon une rotation jour/soir (Moyenne = 190.33), alors que les scores les plus bas sont ceux des répondants travaillant selon l'horaire jour/soir/nuit (Moyenne = 153.52). Ici encore, l'analyse de la variance ne montre aucune différence statistiquement significative ($P = .77$) entre l'horaire de travail et le niveau de stress ressenti.

4.2.7 Niveau de stress en fonction du statut

Malgré qu'il n'existe pas de relation significative ($P = .47$) entre le statut au travail et le niveau de stress ressenti, nous notons une différence de moyenne de 23 points au M.S.P. entre le statut de temps complet (Moyenne = 175) et celui de temps partiel (Moyenne = 152), que ce dernier soit régulier ou occasionnel. Ce résultat peut s'expliquer en bonne partie par le fait que le nombre de sujets présentant un taux moyen et élevé de stress est pratiquement le même pour le groupe des temps partiels et celui des temps complets. Cette différence provient donc uniquement des sujets ayant un faible niveau de stress, plus nombreux dans le groupe à temps partiel.

4.2.8 Niveau de stress en fonction du nombre de jours travaillés/semaine

L'ensemble des données recueillies nous révèle une courbe de stress ascendante constante en regard du nombre de jours/semaine travaillés, allant de 139 pour un

travail de deux jours/semaine, jusqu'à 244, pour les personnes qui travaillent cinq jours et plus par semaine. L'analyse de la variance ne révèle aucune différence significative ($P = .54$) entre ceux qui travaillent deux jours/semaine par rapport à ceux qui en travaillent cinq.

Comme pour le statut, ce résultat peut s'expliquer en bonne partie par le fait que le nombre de sujets présentant un taux de stress moyen et élevé est pratiquement le même pour les individus travaillant moins de cinq jours/semaine que pour ceux travaillant cinq jours et plus. La différence provient donc des sujets ayant un faible niveau de stress, plus nombreux dans le groupe à temps partiel.

4.2.9 Niveau de stress en fonction de la formation initiale reçue

Il n'existe pas de différence significative ($P = .33$) entre le type de formation initiale en soins infirmiers et le niveau de stress ressenti. Les infirmières auxiliaires recyclées ont une moyenne de 137.92 au M.S.P., alors que celles de formation traditionnelle à l'hôpital atteignent 157.45. Enfin, les infirmières formées au cégep et à l'université ont un score identique, soit 171.

De plus, nous n'avons pas réussi à mettre en relief de différence significative ($P = .27$) entre le niveau de stress et la formation supplémentaire, peu importe son contenu et le niveau de stress ressenti.

4.2.10 Niveau de stress en fonction de la formation en gestion du stress

La formation reçue en gestion du stress n'est pas reliée de façon significative ($P = .27$) au niveau de stress ressenti.

Suite à l'étude du niveau de stress en fonction des variables socio-démographiques, examinons maintenant les sources de stress présentes en milieu de travail.

4.3 RÉSULTATS OBTENUS AU M.S.T.: UNE MESURE DES SOURCES DE STRESS

Le tableau 6 présente les résultats obtenus au M.S.T. Le score minimum est de 41 alors que le maximum est de 103, pour une moyenne de 74.76 et un écart-type de 13.81. Les sources de stress au travail identifiées par nos répondants sont, par ordre décroissant:

1. Charge de travail (Moyenne = 16.11).
2. Mort et mourant (Moyenne = 14.35).
3. Incertitude concernant le traitement (Moyenne = 10.89).
4. Conflits avec les médecins (Moyenne = 10.48).
5. Conflits avec les autres infirmières (Moyenne = 9.72).
6. Préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires (Moyenne = 6.83).
7. Absence de support (Moyenne = 6.38).

Une fois établie la présence de ces facteurs, examinons maintenant leur relation avec le niveau de stress ressenti.

TABLEAU 6
Résultats obtenus au M.S.T.

STRESSEURS AU TRAVAIL	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Score total au M.S.T.	41	103	74.77	13.81
Sous-échelles:				
1. Mort et mourant	7	25	14.35	4.07
2. Conflits avec les médecins	6	16	10.48	2.39
3. Préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires	3	11	6.83	1.95
4. Absence de support	3	10	6.38	1.65
5. Conflits entre les autres infirmières.	5	17	9.72	2.59
6. Charge de travail.	9	23	16.11	3.09
7. Incertitude concernant le traitement	5	19	10.89	3.09

4.4 NIVEAU DE STRESS EN FONCTION DES DIFFÉRENTES SOURCES RELIÉES AU MILIEU DE TRAVAIL

Il existe une relation significative entre le niveau de stress (résultats au M.S.P.) et les stresseurs présents en milieu de travail (tableau 10). Nous retrouvons, en effet, un coefficient de corrélation de .3 significatif à .007 pour l'ensemble

des facteurs, c'est-à-dire que le niveau de stress ressenti est en relation certaine avec la présence de sources de stress dans le milieu de travail, bien que cette relation ne soit pas très grande. Il y aurait donc, par conséquent, d'autres sources de stress que celles provenant du travail.

De façon spécifique, les sources de stress qui sont en relation plus étroite avec le niveau de stress sont, dans l'ordre:

1. Les conflits avec les infirmières ($r = .34$; $P = .003$).
2. Les conflits avec les médecins ($r = .25$; $P = .02$).
3. La surcharge de travail ($r = .22$; $P = .04$).
4. L'incertitude face au traitement à administrer ($r = .21$; $P = .04$).
5. L'absence de support ($r = .21$; $P = .05$).
6. Les facteurs reliés à la mort ($r = .19$; $P = .06$).
7. La préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires ($r = .13$; $P = .14$).

Cependant, les trois principales sources de stress au travail identifiées dans un premier temps par les infirmières sont la charge de travail, le contact avec les bénéficiaires mourants et l'incertitude concernant le traitement à administrer.

Nous observons donc que les facteurs déclarés par les infirmières comme étant pour elles les principales sources de stress au travail ne sont pas dans les faits, ceux avec lesquels le niveau de stress ressenti est le plus étroitement relié.

Après avoir mis en relief certains éléments présents dans le milieu de travail comme étant plus ou moins étroitement reliés avec le niveau de stress ressenti, évaluons ensuite la présence et la fréquence d'utilisation de diverses stratégies de gestion du stress par les infirmières.

4.5 PRÉSENCE ET FRÉQUENCE D'UTILISATION DES STRATÉGIES DE GESTION DU STRESS

Les infirmières utilisent assez fréquemment des stratégies de réduction du stress, comme nous le montre le tableau 7. Toutefois, le type de stratégies utilisées varie beaucoup. Les sujets ont tendance à utiliser davantage des stratégies positives (Moyenne = 62.61) que des stratégies négatives (Moyenne = 29.82) et le test "t" indique une différence significative ($P = .000$) entre ces deux types de stratégies. Elles ont également tendance à utiliser plus fréquemment des stratégies affectives

TABLEAU 7

**Scores moyens et écarts-type obtenus par les sujets à l'inventaire
des stratégies de gestion du stress.**

STRATÉGIES	Moyenne	Écart-type
Stratégies totales	92.42	11.23
Sous-échelles A et B:		
A. Affectives	49.80	6.96
B. Par problème.	42.62	7.55
Sous-échelles C et D:		
C. Positives	62.61	10.52
D. Négatives	29.82	5.27

que des stratégies de résolution de problème. Encore ici, le test "t" indique une différence significative ($P = .000$) entre ces deux types de stratégies (tableau 8).

TABLEAU 8

Test "t" entre les catégories de stratégies de gestion du stress.

Stratégies	Valeur de t	P
A. <u>Affectives</u>		
B. Par problème	6.34	.000
C. <u>Positives</u>		
D. Négatives	21.70	.000

Enfin, examinons dans quelle mesure l'utilisation de stratégies en général, ou d'une stratégie en particulier, est reliée au niveau de stress ressenti.

4.6 NIVEAU DE STRESS EN FONCTION DE L'UTILISATION DE STRATÉGIES DE GESTION DU STRESS

Le tableau 9 présente les coefficients de corrélation entre l'ensemble des stratégies employées pour réduire le stress et le niveau de stress ressenti. Les résultats globaux n'indiquent pas de corrélation statistiquement significative ($P = .07$) entre les deux variables. Toutefois, nous observons un coefficient de corrélation de .37, significatif à .001, entre le niveau de stress et les stratégies affectives, et de .57, significatif à .000, avec les stratégies négatives.

TABLEAU 9

Coefficients de corrélation de Pearson entre les stratégies utilisées et le niveau de stress.

Stratégies utilisées	Coefficient de corrélation	P
Stratégies totales	.18	.07
Sous-échelles A et B:		
A. Affective	.37	.001
B. Par problème	-.08	.27
Sous-échelles C et D		
C. Positives	-.09	.23
D. Négatives	.57	.000

Ainsi, plus les infirmières ont un niveau de stress élevé, plus elles ont tendance à utiliser des stratégies affective et négatives.

Dans un dernier volet, tentons maintenant de dégager les liens existant entre le niveau de stress, les différentes sources de stress et les stratégies de gestion utilisées.

4.7 RELATIONS ENTRE LE NIVEAU DE STRESS, LES SOURCES DE STRESS ET LES STRATÉGIES UTILISÉES

Le tableau 10 fait état des coefficients de corrélation entre les stresseurs au travail pris, d'une part, comme un tout, et d'autre part, selon les catégories, et les stratégies de gestion du stress utilisées. Il n'apparaît aucune corrélation significative entre les stratégies prises globalement et les stresseurs. Par contre, il existe une relation significative entre les sources de stress et les stratégies affectives ($r =$

TABLEAU 10

Coefficients de corrélation de Pearson entre les stresseurs au travail, le niveau de stress ressenti, et les stratégies de gestion du stress.

STRESSEURS AU TRAVAIL											P													
	Coefficient de corrélation								I	II	III	IV	V	VI	VII	Total	P							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	Total									I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Niveau de stress (M.S.P.)	.19	.25	.13	.21	.34	.22	.21	.31	.06	.02	.14	.05	.003	.04	.04	.007								
Stratégies totales	.25	.03	.00	-.15	-.18	.10	.04	.04	.02	.41	.50	.11	.07	.22	.38	.38								
Sous-échelles:																								
A. Affectives	.24	.17	.12	.06	.11	.16	.19	.22	.03	.09	.17	.32	.20	.10	.07	.04								
B. Par problème	.15	-.12	-.11	-.28	-.37	-.00	-.23	-.15	.12	.18	.19	.01	.001	.50	.03	.12								
Sous-échelles:																								
C. Positives	.16	-.09	-.08	-.15	-.30	.02	-.15	-.08	.10	.24	.26	.12	.008	.44	.11	.26								
D. Négatives	.21	.24	.16	-.03	.20	.17	.22	.25	.05	.03	.10	.42	.05	.09	.04	.02								

FACTEURS:

- I. Mort-mourant.
- II. Conflits avec les médecins.
- III. Préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires.
- IV. Absence de support.
- V. Conflits avec les infirmières.
- VI. Surcharge de travail.
- VII. Incertitude face au traitement à administrer.

.22; $P = .04$) et négatives ($r = .25$; $P = .02$), ce qui va dans le sens des observations faites préalablement, à savoir que la présence des stresseurs est reliée à l'état de se sentir stressé, tout comme l'utilisation de stratégies affectives et négatives, en vue de réduire le stress.

Une analyse plus détaillée en regard de chacune des sources de stress au travail nous permet de dégager les considérations suivantes.

Source I — Mort-mourant

La source de stress "mort-mourant" est associée, de façon significative ($P = .02$), quoique faible ($r = .25$), avec les stratégies de gestion du stress dans leur ensemble, et, en particulier, avec les stratégies affectives ($r = .24$) et négatives ($r = .21$). Elle contribue, faiblement toutefois ($r = .19$; $P = .06$), au niveau de stress ressenti.

Source II — Conflits avec les médecins

La source de stress "conflits avec les médecins" est très peu associée aux stratégies de gestion du stress en général. Elle est toutefois reliée, de façon significative ($r = .24$; $P = .03$) avec les stratégies négatives. Soulignons que ce facteur est l'un des plus contributifs au niveau de stress ressenti ($r = .25$; $P = .02$).

Source III — Préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires

La source de stress "préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires" n'est pas associée, de façon significative, aux stratégies de gestion du stress, qu'elles soient examinées en général ou en particulier. De plus, ce sous-facteur ne contribue pas significativement au niveau de stress ($r = .13$; $P = .14$).

Source IV — Absence de support

La source de stress "absence de support" n'est pas reliée aux stratégies de gestion du stress de façon générale. Sur le plan spécifique, elle est reliée de façon significative ($r = -.28$; $P = .01$) avec les stratégies de résolution de problème. Ainsi, moins il y a de support dans l'environnement, moins l'infirmière utilise de stratégies visant la résolution de problème. Notons enfin que cette source est statistiquement significative ($r = .21$; $P = .05$) à l'égard du niveau de stress.

Source V — Conflits avec les infirmières

La source de stress "conflits avec les infirmières" n'est pas associée, de façon générale, avec les stratégies de gestion du stress. Sur le plan spécifique, elle est reliée de façon significative avec les stratégies de résolution de problème ($r = -.37$; $P = .001$) et les stratégies positives ($r = -.30$; $P = .008$). De ce fait, plus l'infirmière entre en conflit avec ses collègues de travail, moins elle a recours aux stratégies positives et de résolution de problème. De plus, l'item "conflits avec les infir-

mières" est associé, de façon significative ($r = .34$; $P = .003$), avec le niveau de stress ressenti.

Source VI — Surcharge de travail

La source de stress "surcharge de travail" n'est pas associée aux stratégies de gestion du stress, tant sur le plan général que spécifique. Cependant, ce facteur est relié, de façon significative ($r = .22$; $P = .04$), avec le niveau de stress ressenti.

Source VII — Incertitude face au traitement à administrer

La source de stress "incertitude face au traitement à administrer" n'est pas reliée, de façon significative, avec l'ensemble des stratégies de gestion du stress. Sur le plan spécifique, elle est reliée significativement avec les stratégies négatives ($r = .22$; $P = .04$) et de résolution de problème ($r = -.23$; $P = .03$). Ainsi, dans l'incertitude face au traitement, l'infirmière a tendance à utiliser des stratégies négatives pour gérer son stress. Par surcroît, plus l'incertitude est grande, moins elle tend à utiliser la résolution de problème. Enfin, cette source contribue significativement ($r = .21$; $P = .04$) au niveau de stress.

4.8 STRESS ET FORMATION SOUHAITÉE

Bien que ne faisant pas l'objet explicite d'une hypothèse de recherche, nous nous avons également tenté de cerner, du moins grossièrement, les éléments de formation pouvant éventuellement habiliter les infirmières à mieux gérer leur stress.

Le tableau 11 présente, à titre indicatif, les types de formation souhaitée par les répondants. Tout d'abord, soulignons que, dans l'ensemble, les requêtes formulées ont été regroupées selon trois dimensions spécifiques: la première vise l'acquisition de connaissances théoriques, la seconde, la maîtrise d'habiletés pratiques et la dernière

TABLEAU 11
Types de formation souhaitée par les infirmières.

Aspect	Type de formation	Valeur	Fréquence	%
Habiléte s pratiques	1. Gestion du temps	Non	43	65.2
		Oui	23	34.8
		Total	66	100.0
	2. Méditation	Non	45	68.2
		Oui	21	31.8
		Total	66	100.0
	3. Groupes d'activité physique	Non	43	65.2
Support individuel et de groupe		Oui	23	34.8
		Total	66	100.0
	4. Conselling	Non	35	53.0
Théorique		Oui	31	47.0
		Total	66	100.0
	5. Formation en créativité et résolution de problèmes	Non	47	71.2
Habiléte s théoriques		Oui	19	28.8
		Total	66	100.0
	6. Relaxation	Non	36	54.5
Autre		Oui	30	45.5
		Total	66	100.0
	7. Massage, sophrologie, bio-feedback	Non	34	51.5
Autre		Oui	32	48.5
		Total	66	100.0
	8. Groupes de support entre infirmières.	Non	41	62.1
Autre		Oui	25	37.9
		Total	66	100.0
	9. Cours sur ce qu'est le stress	Non	29	43.9
Autre		Oui	37	56.1
		Total	66	100.0
	10. Autres	Non	61	98.5
		Oui	1	1.5
		Total	66	100.0

Types de formation suggérée dans "autres": Relation d'aide, relations interpersonnelles.

prend la forme de groupes de support. En effet, 56% des répondants demandent des cours sur la nature du stress, entre 25% et 50% désirent acquérir des connaissances en regard de l'une et/ou l'autre des habiletés pratiques suggérées et près de 38% réclament la formation de groupes de support.

Quant au tableau 12, il nous renseigne sur les formules privilégiées. Les répondants espèrent, dans une proportion de près de 64%, que la formation soit disponible à la fois en milieu académique et en cours d'emploi.

TABLEAU 12
Formules privilégiées au plan de la formation.

Formule	Valeur	Fréquence	%
1. Dans le cours de base en nursing	Non	61	92.4
	Oui	5	7.6
Total		66	100.0
2. Comme formation en cours d'emploi	Non	56	84.8
	Oui	10	15.2
Total		66	100.0
3. Les deux (1 + 2)	Non	24	36.4
	Oui	42	63.6
Total		66	100.0
4. Formation personnelle	Non	51	77.3
	Oui	15	22.7
Total		66	100.0
5. Autres	Non	65	98.5
	Oui	1	1.5
Total		66	100.0

Types de formation suggérée dans "autres": Pas de formation mais du support en cours d'emploi.

Enfin, nous reprenons ces éléments au chapitre suivant afin d'en évaluer la pertinence lors d'une éventuelle planification de la formation. De plus, nous y dis-

cutons les résultats obtenus, réévaluons la problématique en fonction de nos données, posons les limites de l'étude et présentons la conclusion.

CHAPITRE V

**Discussion, limites de l'étude
et conclusion**

Dans ce chapitre, après avoir discuté des principaux résultats de notre enquête, nous examinons dans quelle mesure chacune de nos hypothèses se vérifie, et tentons de proposer quelques pistes de solution de nature à contribuer à la diminution du niveau de stress chez les infirmières. Nous exposons ensuite les limites de notre étude pour enfin, en conclusion, fermer la boucle en établissant des liens entre la théorie et la pratique, entre le possible et le souhaitable.

5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS ET VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Dans un premier temps, nous reprenons l'ensemble des résultats obtenus afin d'en faire ressortir clairement les principaux éléments. Par la suite, nous vérifions nos hypothèses et traçons quelques possibilités concernant la mise sur pied d'un éventuel programme de formation visant l'acquisition et le développement des stratégies de gestion du stress.

5.1.1 Le niveau de stress des infirmières

En regard de notre échantillon, nous considérons le niveau de stress des infirmières comme relativement élevé, si nous comparons nos résultats (Moyenne = 162.4) à ceux obtenus par d'autres auteurs, avec le même instrument.

Lors de la validation de leur questionnaire, Lemyre et Tessier (1985) obtiennent des moyennes respectives au M.S.P. de 80.4 et 92 pendant la période d'examens

de mi-session et de fin de session de 44 étudiants de première et de deuxième années de médecine dentaire, époques réputées "stressantes" pour les étudiants*. Dans son étude auprès d'une population d'infirmières, Guay-Genest (1987) rapporte une moyenne de 147.60 et un écart-type de 2.60, alors que, dans une recherche antérieure auprès d'autres infirmières, Lemyre et Tessier (sous presse) enregistrent une moyenne de 156.6 et un écart-type de 51.6.

A partir de ses recherches, Tessier établit le niveau moyen de stress à 145, avec un écart-type de 40. Toujours selon le même auteur, un niveau de stress est considéré comme élevé s'il est supérieur à 190. Les deux seules populations ayant atteint ce niveau sont, à ce jour, des étudiantes adultes qui sont à leur premier trimestre dans un contexte de retour aux études, et des parents abuseurs.

Enfin, si nous comparons le niveau moyen de stress des infirmières de notre échantillon (162.4) aux paramètres moyens (145) établis ci-haut par Tessier, 57% des répondants le dépassent et 26% franchissent le cap du 190, niveau préalablement déclaré élevé par le même chercheur.

5.1.2 Les relations entre les variables socio-démographiques et le niveau de stress ressenti

Sur le plan des variables socio-démographiques, notre analyse ne fait ressortir, de façon générale, aucune tendance particulière. Ces résultats rejoignent ceux

* Cette validation a été faite à partir de la forme abrégée. Il faudrait compter un peu plus du double pour les rendre équivalentes avec la forme utilisée ici.

de Arsenault et Dolan (1983) et de Guay-Genest (1987). Toutefois, un certain nombre de constats méritent d'être mis en évidence.

La seule relation statistiquement significative est celle du niveau de stress ressenti en fonction de l'âge. Plus une personne vieillit, plus son niveau de stress augmente, conformément aux données littéraires sur l'effet cumulatif des stresseurs (Holmes & Rahe, 1967; Mathieu, 1979).

Nous notons une différence de 28 points au M.S.P. entre les hommes et les femmes. Bien que non significatif statistiquement, ce résultat suggère que, dans notre échantillon, les femmes éprouvent plus de stress que les hommes. Nous croyons que, sans être inhérente au sexe, cette différence peut éventuellement s'expliquer par le double rôle (infirmière et mère/épouse) que la femme au travail se voit souvent contrainte d'exercer (Guay et Genest, 1987).

En regard du titre d'emploi, les chefs d'équipe ont un niveau de stress supérieur à celui des infirmières de chevet. Par contre, les assistantes-infirmières-chef présentent un niveau de stress à peu près similaire à celui des infirmières de chevet. Or, le niveau de responsabilité des chefs d'équipe (de jour) est relativement le même que celui des assistantes-infirmières-chef (de soir et de nuit). Nous envisageons donc, comme explication plausible à cette situation, l'interrelation avec d'autres variables, particulièrement le quart de travail. En effet, le chef d'équipe ne travaille que de jour et se trouve confronté quotidiennement à une multitude d'intervenants, tant médecins qu'infirmières, avec lesquels il est susceptible d'entrer en conflit.

En ce qui a trait au type d'unité de soins, le niveau de stress ressenti est relativement plus bas en soins prolongés. Ce résultat demeure toutefois fragile, compte tenu du nombre très restreint de sujets (2). Il est possible que l'explication origine du type de clientèle que l'on retrouve dans ces unités. En effet, les urgences y sont rares et la mort souvent vécue comme l'aboutissement d'une longue vie (bénéficiaires âgés) ou comme une délivrance (bénéficiaires atteints de maladie débilitantes, ex.: sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, etc.).

Les niveaux de stress les plus élevés se retrouvent au bloc opératoire, au bloc obstétrical et aux cliniques externes, où les sujets obtiennent des scores de 60 à 80 points supérieurs à ceux du personnel de soins prolongés. Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause, comme l'obligation pour l'infirmière d'agir en l'absence du médecin au bloc obstétrical, l'état instable des bénéficiaires au bloc opératoire et le taux de roulement passablement rapide des cliniques externes. Un phénomène est toutefois commun à ces trois spécialités, le fait d'être "de garde" à tour de rôle, le soir et les fins de semaine. Cette situation spécifique nécessiterait, cependant, une évaluation plus approfondie des circonstances entourant le travail dans ces unités. Enfin, notons que les unités à caractère "soins intensifs" n'apportent pas d'écart significatif à la moyenne.

Au chapitre de l'horaire de travail, il semble que le travail de jour ait une influence plus importante que le travail de nuit sur le niveau de stress ressenti, et ce, bien que le travail de nuit vienne à l'encontre des rythmes circadiens et des horloges biologiques individuelles. Nous reprenons ici les mêmes considérations que celles soulevées en regard du travail de chef d'équipe, à savoir les relations interperson-

nelles multiples et potentiellement conflictuelles liées à la fébrilité du travail de jour.

Quant au statut et au nombre de jours travaillés, il semble que, malgré une relation statistiquement non significative, le niveau de stress ressenti tend à s'élever en regard du nombre de jours de présence au travail. Nous corroborons ainsi partiellement les résultats de Mathieu (1979) pour qui le temps d'exposition à un stresseur est un facteur susceptible d'augmenter le niveau de stress ressenti. Par ailleurs, soulignons que le nombre d'heures passées au travail diminue d'autant celui consacré aux loisirs, aux activités domestiques et au soin des enfants, ce qui peut contribuer à augmenter le niveau individuel de stress.

Au plan de la formation initiale en soins infirmiers, nous retrouvons un taux de stress légèrement plus bas chez les infirmières auxiliaires recyclées et les infirmières formées en milieu hospitalier que chez celles formées en milieu collégial ou universitaire. Diverses explications peuvent être apportées, toutes aussi contradictoires les unes que les autres. En effet, si l'expérience n'a pas d'effet modérateur et, qu'au contraire, le niveau de stress augmente avec le temps d'exposition aux sources de stress, nous devons chercher ailleurs une explication. D'autre part, la formation complémentaire ne semble ni augmenter ni diminuer le niveau de stress ressenti. Quant aux considérations relatives à la formation en gestion du stress, elles font l'objet d'une discussion spécifique au point 5.1.4.

En résumé, bien que l'ensemble des facteurs socio-démographiques n'aient pas de relation significative avec le niveau de stress ressenti, nous notons certaines ten-

dances importantes. Le risque semble s'accroître en fonction du temps d'exposition et de l'âge et l'expérience ne fait diminuer en rien le niveau de stress ressenti.

5.1.3 Vérification des hypothèses de recherche

A la lumière des résultats obtenus, vérifions maintenant nos deux hypothèses de recherche.

5.1.3.1 Le niveau de stress des infirmières varie en fonction de la présence de stresseurs dans leur environnement de travail (H_1)

Les infirmières identifient, dans l'ordre, la charge de travail, les facteurs reliés à la mort et au mourant, l'incertitude face au traitement à administrer et les conflits avec les médecins et les autres infirmières comme étant générateurs de stress, et à des niveaux moyens pratiquement similaires. Les résultats relatifs à la présence de sources de stress reliées au milieu de travail rejoignent ceux obtenus par Gray-Toft et Anderson (1981).

Un coefficient de corrélation de .30, significatif à .007, tend à confirmer que, de façon globale, le niveau de stress des infirmières est moyennement relié à la présence de sources de stress au travail. Nos résultats rejoignent donc ceux de Guay-Genest (1987) quant à l'influence de facteurs de stress liés à l'exercice de la profession d'infirmières sur le niveau de stress ressenti par ces dernières. Notre hypothèse tend à se confirmer.

Toutefois, il nous semble intéressant de souligner les écarts suivants entre les résultats de Guay-Genest (1987) et les nôtres en regard de l'importance relative de chacun des sous-facteurs (tableau 13). Notons que les différences les plus marquées apparaissent au plan des relations interpersonnelles (infirmières et médecins) et de la charge de travail. Il appert donc que l'ensemble des sources de stress au travail contribuent au niveau de stress ressenti; cependant, de façon spécifique, certains sous-facteurs semblent contribuer un peu plus que d'autres, compte-tenu du moment et du milieu d'investigation.

TABLEAU 13

Tableau comparatif de coefficients de corrélation de Pearson entre le niveau de stress et les stresseurs au travail.

Stresseurs au travail	Guay-Genest		S. Aucoin	
	r	P	r	P
Score total M.S.T.	.25	< .001	.31	.007
Sous-échelles:				
1. Mort et mourant	.21	< .01	.19	.06
2. Conflits avec les médecins	.12	----	.25	.02
3. Préparation inadéquate face aux besoins émotionnels des bénéficiaires	.18	< .01	.13	.14
4. Absence de support	.21	< .01	.21	.05
5. Conflits avec les infirmières	.12	----	.34	.003
6. Surcharge de travail	.14	----	.22	.04
7. Incertitude face au traitement à administrer	.26	< .001	.21	.04

Par ailleurs, certains résultats obtenus aux sous-échelles du M.S.T. nous amènent à nous interroger. En effet, les facteurs considérés "les plus stressants" par les infirmières au moyen du M.S.T. ne sont pas toujours ceux qui, effectivement, corrèlent le plus significativement avec le niveau de stress. Alors que les infirmières identifient la charge de travail et le contact avec les mourants comme étant deux sources majeures de stress inhérentes à leur travail, ce sont les relations avec les médecins et les infirmières qui sont le plus reliées avec le niveau de stress ressenti. Il semble donc que, face à une situation stressante, l'infirmière éprouve des problèmes au plan de ses rapports avec ses collègues de travail, tant infirmières que médecins. Ces difficultés peuvent devenir telles que les relations elles-mêmes sont vécues comme autant de sources de stress.

Toutefois, la détérioration des relations interpersonnelles est, selon Maslach (1982), un symptôme majeur d'épuisement professionnel. McConnell (1982) l'appuie en soulignant que l'infirmière sur la voie du "burn-out" réalise alors qu'elle n'a plus de plaisir à entretenir des relations avec ses collègues de travail, qu'elle devient distante et froide. Il faut ici nous interroger sur la capacité de l'infirmière à évaluer, de façon adéquate, les sources réelles de stress présentes dans son milieu de travail, et l'ampleur de leur impact en regard du vécu quotidien.*

* L'écart entre l'évaluation subjective des sources de stress et les résultats au M.S.T. peut aussi provenir du fait que les deux mesures sont le fruit de méthodes différentes.

5.1.3.2 Le niveau de stress ressenti par les infirmières est relié à la présence et à l'utilisation de certains types de stratégies de gestion du stress(H₂)

De façon générale, il n'existe pas de corrélation significative entre le niveau de stress et l'ensemble des stratégies utilisées. De manière plus spécifique, nous observons cependant un lien statistiquement significatif entre les stratégies affectives et négatives et le niveau de stress ressenti. En d'autres termes, plus les infirmières éprouvent du stress, plus elles ont tendance à utiliser des stratégies affectives et négatives, ce qui tend à confirmer notre hypothèse.

Nos résultats divergent de ceux de Gray-Toft et Anderson (1981). En effet, les sujets interrogés par ces derniers privilégièrent la résolution de problème et la prise en charge de la situation afin de diminuer la tension qui en est issue. De plus, selon Lazarus (1984), la résolution de problème est un prérequis nécessaire à une adaptation efficace, quoique Mechanic (1978) soutienne la nécessité d'un équilibre entre les stratégies affectives et les stratégies de résolution de problème (Jalowiec et Powers, 1981).

Enfin, lorsqu'on les interroge, les infirmières privilégièrent les stratégies positives par opposition aux négatives; toutefois, plus elles sont stressées, plus elles ont tendance à utiliser les secondes pour faire échec au stress.

Par ailleurs, nous n'avons pu mettre en lumière aucun lien significatif entre une stratégie particulière de gestion du stress et une source de stress présente dans le milieu de travail.

L'infirmière a tendance à opter pour des stratégies affectives et négatives, dont l'efficacité est plus ou moins probante. Nous soulevons alors l'interrogation suivante: si les stratégies de résolution de problème sont plus efficaces, comment peut-on expliquer le fait que les infirmières ne les utilisent pas? Selon Lazarus (1984), ces stratégies sont apprises et se développent de façon graduelle. L'infirmière pourrait donc tirer avantage à maîtriser les stratégies de résolution de problème afin de les utiliser pour diminuer le niveau de stress ressenti.

En résumé, nous avons identifié, au niveau de la tâche, des sources de stress qui sont directement reliées au niveau de stress ressenti. Ces composantes inhérentes au travail de l'infirmière sont et seront toujours partie intégrante du travail de l'infirmière. De fait, le stress au travail vécu par les infirmières peut provenir à la fois des conditions de travail et des caractéristiques mêmes de la profession d'infirmière. Au plan des conditions de travail, la mise sur pied de correctifs administratifs est déjà amorcée et nous ne pouvons que constater les mesures instaurées et les efforts concertés des divers paliers d'intervention afin d'améliorer la relève et de faciliter la rétention de la main-d'oeuvre.

Au plan des conditions de travail, de nombreux changements ont été proposés, tant par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec que par l'A.H.Q. Ces modifications pourraient sans doute contribuer à diminuer la charge de travail du personnel infirmier, à endiguer l'hémorragie de main-d'oeuvre et à augmenter la rétention du personnel, en même temps que la motivation et la satisfaction au travail. Cependant, le problème demeure entier en regard du stress relié à la nature même de la profession d'infirmière.

Malgré la présence de stratégies de gestion du stress chez ces intervenantes, leur niveau de stress demeure relativement élevé, les stratégies employées étant par ailleurs peu appropriées et, à toutes fins pratiques, inefficaces. La présence de stratégies efficaces contribue à une gestion plus adéquate du stress et, qui plus est, ces dernières peuvent faire l'objet d'un apprentissage; de ce fait, il semble que la mise sur pied d'un programme de formation en gestion du stress pour les infirmières représente une avenue intéressante.

5.1.4 La formation

De nombreux auteurs soutiennent l'importance, pour les infirmières, de posséder une formation complémentaire en gestion du stress. Tessier (1987) présente un programme d'intervention sur le stress à l'intérieur duquel certaines stratégies portent sur les dimensions sociologiques ou environnementales, sur l'aspect psychologique avec, en relief, le rôle déterminant de l'évaluation cognitive, sur la diminution comme telle de l'état de stress et sur la diminution des manifestations pathologiques qui y sont associées.

Aux États Unis, "The San Francisco School of Nursing" offre aux infirmières des modules variés sur la gestion du stress, incluant un entraînement progressif à la relaxation, des exercices aérobiques, de l'imagerie mentale, de l'entraînement à la structure de la pensée, etc. Les infirmières interrogées à l'occasion de notre étude font part de demandes à peu près similaires, quant au contenu de la formation en gestion du stress. Nous nous sommes ensuite penchés sur la formule à privilégier pour assurer la réalisation de cette formation.

Il semble indiqué d'inclure, dans la formation de base de l'infirmière, des curricula dont les objectifs visent spécifiquement le développement de processus mentaux d'apprentissage en général et la gestion du stress en particulier. La familiarisation à des stratégies de résolution de problème pourrait être utile dans la pratique quotidienne des soins infirmiers et dans la recherche de mieux-être de l'individu. Enfin, le développement d'attitudes d'attente réaliste et d'évaluation juste de la situation peut contribuer à éliminer le stress d'anticipation ou de rétroaction. Beck (1984) soutient qu'il serait très constructif d'inclure, dans la formation de base de l'infirmière, des données visant non seulement la conscientisation à la présence du stress dans son milieu de travail, mais des moyens efficaces de réussir à le contrôler.

Toutefois, à la lumière des résultats obtenus par les répondants ayant déjà reçu une formation en gestion du stress, il apparaît clair que les caractères "discontinu" et surtout "sporadique" de ces enseignements n'ont pas favorisé adéquatement l'ancrage des données et encore moins la modification des attitudes. En effet, l'analyse détaillée de nos données montre que les infirmières reçoivent peu de formation sur la gestion du stress en quantité et en qualité, allant de conférences sur le sujet à quelques heures de cours. Aucun répondant n'a reçu à ce chapitre une formation encadrée et structurée. Enfin, ceux qui ont reçu un contenu un peu plus consistant n'ont abordé qu'un seul aspect de la formation (ex.: méditation ou yoga, etc.), négligeant ainsi l'aspect pluridimensionnel de la problématique.

De plus, ces mêmes infirmières soulignent à 63.6% leur désir de voir se maintenir en milieu de travail un enseignement amorcé lors de la formation initiale.

L'aspect continu de cette formation apparaît donc comme particulièrement important car elle vise non seulement l'acquisition de concepts théoriques, mais la mise en place d'habitudes saines, de techniques utiles et, à long terme, d'un changement plus ou moins marqué de comportement.

Ainsi, une préparation adéquate semble nécessaire pour vivre harmonieusement dans un milieu de travail réputé "stressant". Par surcroît, nous voyons là un terrain d'action pouvant aussi contribuer à augmenter la qualité des soins dispensés à l'intérieur des établissements de santé. En effet, la dimension bio-psycho-sociale de l'intervenant joue un rôle prépondérant tant sur son niveau de bien-être personnel que sur son rendement, son efficacité, sa motivation et sa satisfaction au travail.

D'autre part, le besoin de support ou d'accompagnement est assez fortement exprimé. La mise en place de tels groupes en milieu de travail peut permettre aux infirmières d'échanger et, à l'occasion, de savoir disponible une aide professionnelle pouvant leur venir en aide en situation difficile ou de crise. L'effet thérapeutique du groupe permet à l'individu d'abaisser les ponts et de briser les barrières derrière lesquelles il est souvent l'objet de solitude. L'un des problèmes actuels les plus marqués se situant au niveau des relations interpersonnelles, la pertinence d'instaurer des groupes de support apparaît davantage.

En résumé, une intervention adéquate alliant à la fois la formation et le support pourrait avantageusement comporter les éléments ci-dessous:

1. Un programme de gestion du stress adapté à une clientèle d'infirmières, et devant être dispensé, tant au niveau collégial qu'universitaire, sous une forme en partie obligatoire et en partie libre. Ainsi, dans un premier temps, tous les individus devraient maîtriser un certain nombre de concepts théoriques pour, dans un second temps, choisir quelques activités parmi un éventail de possibilités leur assurant des moyens pratiques d'en arriver à une saine gestion de leur stress;
2. Une pédagogie permettant à l'étudiant de s'approprier son développement en faisant notamment appel aux habiletés de connaissance de soi, de créativité et de résolution de problème;
3. Une programmation en cours d'emploi visant à assurer au personnel infirmier déjà en place la possibilité d'acquérir des connaissances nouvelles et/ou complémentaires et de développer des habiletés en gestion du stress;
4. La présence de groupes de support à l'intérieur du milieu hospitalier, afin de permettre au personnel de se réunir et d'échanger sur leur vécu quotidien, dans un climat d'ouverture aux autres et de respect mutuel.

5.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien que cette recherche ne puisse être généralisée à d'autres établissements hospitaliers qu'avec réserve étant donnée la représentativité de l'échantillon, nous

croyons quand même que les résultats reflètent la réalité des infirmières œuvrant dans le milieu hospitalier investigué. C'était là l'objectif général poursuivi. Notre étude permet également de répondre, au moins partiellement, aux diverses questions spécifiques posées à l'origine de nos travaux.

Les outils de cueillette de données ont permis de mesurer, de façon adéquate, les paramètres pour lesquels ils avaient été construits. Nous déplorons, cependant, les limites de l'échelle visant à mesurer les stratégies de gestion du stress utilisées. En effet, cette dernière gagnerait à être élaborée davantage et, dans une recherche ultérieure, il serait intéressant de mesurer, de façon précise, l'effet modérateur des stratégies de gestion utilisées sur le niveau de stress ressenti et l'aspect complémentaire possible des stratégies affectives par rapport aux stratégies de résolution de problème.

De plus, les infirmières ont de la difficulté à identifier, de façon précise, dans quelle mesure les sources de stress présentes en milieu de travail influencent leur niveau de stress; il apparaît aussi qu'il leur est peu aisé d'évaluer, de façon objective, les stratégies de gestion du stress effectivement utilisées. Par ailleurs, il est difficile d'estimer l'influence du climat présent au plan des relations ouvrières au moment de la cueillette de données. En effet, la menace d'une situation conflictuelle potentielle peut être, en soi, génératrice de stress. Enfin, rappelons que le niveau de stress d'un individu est le fruit de multiples interactions que les sources reliées au milieu de travail ne sauraient expliquer à elles seules.

Du côté des études comparatives, il nous apparaîtrait fort intéressant de mettre en parallèle le taux de stress des infirmières avec celui de femmes issues de d'autres corps professionnels, afin de relativiser les deux niveaux dans des échantillons à caractères socio-démographiques équivalents et de mettre en lumière la différence due au milieu de travail.

Quant aux différences plus ou moins marquées entre les niveaux de stress des infirmières de diverses unités, il serait peut-être utile d'évaluer les facteurs présents à chacun des endroits avec un échantillon de taille plus considérable. Toutefois, soulignons que de nombreuses recherches traitent de ce sujet et qu'il y a peu d'uniformité dans les conclusions.

Par ailleurs, la mise sur pied d'un programme de formation en gestion du stress, sa validation dans des populations-cibles et l'implantation de groupes de support en milieu de travail semblent la prochaine étape à franchir afin que l'infirmière fasse un pas en avant dans sa prise en charge de la gestion de son stress. Enfin, il serait à tout le moins important de mesurer la portée réelle de diverses modalités de formation ou de support.

5.3 CONCLUSION

Notre recherche tente de mettre en relief à la fois l'importance du stress chez les infirmières et le manque et/ou l'absence de préparation et d'instrumentation suffisante pour gérer le stress.

Manifestement, le stress est omniprésent dans la pratique quotidienne de l'infirmière. De nombreuses sources sont mises en évidence, tant en ce qui a trait à la nature même de la profession, qu'au contexte dans lequel elle est exercée. Ainsi, le nursing est soumis à la fois aux contraintes de sa propre évolution et de celle, en parallèle, de la technologie médicale.

De plus, les conditions de travail sont difficiles, le manque de main-d'oeuvre flagrant et les responsabilités à assumer s'accumulent. Enfin, la relève est précaire et beaucoup d'infirmières quittent le milieu hospitalier, quand ce n'est pas tout simplement le domaine des soins infirmiers. Cependant, celle qui choisit d'y demeurer continue de dispenser ses soins et ses services à une clientèle qui s'alourdit à mesure que la moyenne d'âge de la population augmente et que la médecine se spécialise.

Au fil de son expérience, l'infirmière a mis en place des stratégies plus ou moins efficaces pour gérer son stress et, en l'absence de formation structurée à ce sujet et de mécanismes de support en milieu de travail, elle compose, au meilleur de sa connaissance, avec les réalités quotidiennes.

Une fois le problème posé, il importe, à notre avis, d'ébaucher des solutions qui, loin d'être une panacée, font partie intégrante d'un objectif général de valorisation de la profession d'infirmière. De ce fait, il importe donc d'outiller l'infirmière pour qu'elle développe et maîtrise des stratégies efficaces pour juguler son stress et en arrive ainsi à un niveau de bien-être personnel optimal qui, hors de tout doute, se reflétera dans la qualité des soins dispensés aux bénéficiaires. De plus, la mise en place de groupes de support en milieu de travail peut faciliter l'expression des ten-

sions et contribuer à améliorer les relations interpersonnelles entre les infirmières.

Soulignons que la gestion du stress est non seulement souhaitable mais possible. Elle peut faire l'objet d'apprentissage, au même titre que les procédés de soins à la base de l'enseignement des actes infirmiers, et, comme ces derniers, ses effets préventifs et curatifs peuvent s'avérer fort importants.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, Evelyne (1979). *Etre infirmière*. Montréal: Éditions H.R.W.
- ALTHOUSE, R. et HURREL, J. (1977). *An analysis of job stress in coal mining*. Washington D.C.: DHWE 9NIOSH, Publication n° 77-217, Gouvernement Printing Office.
- ANDERSON, W.A. (1979). "Recognising stress", *Occupational Health*, 31 (9), pp.396-402.
- APPELBAUM, Steven H. (1981). *Stress management for health care profession*. Rockville M.D.: Aspen Systems Corporation.
- ARSENAULT, André et DOLAN, Shimon (1983). *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*. Montréal: I.R.S.S.T.
- ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC (1988). *L'infirmière, force vive du centre hospitalier*. Québec: A.H.Q.
- BAER, Charold L. (1979). "Effecting time management", Topics in Clinical Nursing. N.Y. Aspen Septem Corporation. Cité dans E. McConnell (1982). *Burn-out in the nursing profession*. N.Y.: C.V. Mosby Co., pp.33-38.
- BAILEY, B. (1984). "Nurses have needs too", *Nursing Times*, oct. 17-23, 80 (42), pp.47-48.
- BECK, J. (1984). "Take time to care of yourselves", *Nursing times*, October 10, 80 (41), pp.31-32.
- BEEHR, T.A. et NEWMAN, J.E. (1978). "Job stress, employer health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review", *Personal Psychology*, 31, pp.665-699.
- BENSABAT, Soly, SELYE, Hans et coll. (1980). *Stress*. Paris: Hachette.
- BISSEL, L. et JONES, R. (1981). "The alcoholic nurse", *Nursing Outlook*, Feb., pp.96-101.
- BOND, M. (1982). "Stress: Dare you say no?", *Nursing Mirror*, Oct. 13, 155 (15), pp.40-43.

- BOND, M. (1982). "Stress: Self-awareness", *Nursing Mirror*, Sept. 29, 155 (13), pp.26-30.
- BOURBONNAIS, Renée et coll. (1985). "L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières", *Santé mentale au Québec*, X, 2, pp.73-85.
- BURGESS, A.W. (1980). "Stress and burnout", *Carrier Foundation Letter*, 64, pp.1-5.
- CALHOUN, G. (1980). "Hospitals are high-stress employers", *Hospital*, June 16, 54, pp.171-176.
- CAMPBELL, C. (1985). "Crisis in care", *Nursing Mirror*, June 26, 160 (26), pp.3-4.
- CAMPBELL, C. (1985). "Stress survey: disturbing findings", *Nursing Mirror*, June 26, 160 (26), pp.16-19.
- CAMPBELL, C. (1985). "Stress survey: in their own words", *Nursing Mirror*, June 26, 160 (26), pp.22-24.
- CASTLEDINE, S. et coll. (1985). "When the pressure gets too much", *Nursing Times*, May 1-7, 81 (18), p.22.
- CHALVIN, Dominique (1985). *Faire face au stress de la vie quotidienne, connaissance du problème* (2^e éd.). Paris: Éditions E.S.F.
- CHASE, D.J. (1972). "Sources of mental stress and how to avoid them", *Supervisor Management*, 17, pp.33-36.
- CHENARD, Jean-René (1987). *Les relaxations*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- CLAUS, K.E. et BAILEY, J.T. (1980). *Living with stress and promoting well-being: A handbook for nurses*. St-Louis, C.V.: Mosby.
- COBB, S. (1976). "Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, 3, pp.300-314..
- COHEN, G. (1980). "Aftereffects of stress on human performance and social behavior: A review of research and theory", *Psychological Bulletin*, 88, pp.82-108.

- COLLIERE, Marie-Françoise (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: InterÉditions.
- COLLIGAN, M.J. et coll. (1977). "Occupational incidence rates of mental health disorders", *Journal of Human Stress*, Sept., pp.34-40.
- COLLS, J. (1975). "Future shock invalides nursing", *Journal of Nursing Administration*, 5 (2), pp.27-28.
- COOPER, C.L. et MARSHALL, J. (1980). "Occupational sources of stress: A review of the literature relative to coronary heart disease and mental health", *Journal of Occupational Psychology*, 49, pp.11-28.
- COPP, Sina (1988). "The reality behind stress", *Nursing Times*, Nov. 9, vol. 84, n° 45, pp.50-53.
- DAVIS, A.J. (1984). "Stress", *American Journal of Nursing*, March, 84 (3), pp.365-366.
- DOLAN, Marion B. (1988). "Coding abuses hurt nurses too", *Nursing 88*, Déc., p.47.
- DOLAN, Shimon et ARSENAULT, André (1980). *Stress, santé et rendement au travail*. Montréal: École des relations industrielles, Université de Montréal.
- DOWD, O. et MARTIN, F. (1984). "Nurses have needs too", *Nursing Times*, Oct. 17-23, 80 (42), pp.50-51.
- DU GAS, B.W. (1980). *Introduction aux soins infirmiers*. Montréal: Édition H.R.W.
- DUMAS, Pierre (1984). "Comment exercer une relation d'aide sans se brûler", *Administration hospitalière et sociale*, XXX (4): 7-11.
- DUTIL, Brenda et coll. (1983). *Stresseurs, facteurs de conditionnement et effets du stress chez des étudiants universitaires*. Chicoutimi: Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.
- EDELWICH, J. BRODSKY, A. (1980). "Burn-out, stages of disillusionment in the helping professions", *Human Sciences Press*, p.255.
- ENDLER, N.S. et coll. (1962). "An S-R inventory of anxiousness", *Psychological Monographs*, 76 (17), pp.1-33.

- FARBER, B.A. (1983). *Stress and burn-out in the human service professions*. N.Y.: Pergamon Press, p.3.
- FLACH, Frederic (1988). *Resilience*. N.Y.: Fawcett Columbine.
- FRENCH, J.R.P. et CAPLAN, R.D. (1972). "Organizational stress and individual strain". Cité dans A.J. Marrow (ed.). *The failure of success*. N.Y.: AMACOM, pp.30-36.
- FREUDENBERGER, H.J. (1982). *La brûlure interne: le prix élevé du succès*. Ottawa: Edi-Compo, pp.117-132.
- GIRDANO, Daniel A. et EVERLY, Georges S. (1979). *Controlling stress and tension: A holistic approach*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- GLASS, D.C. ET SINGER, J.E. (1972). *Urban stress: Experiments on noise and social stressors*. N.Y.: Academic.
- GOLDBERGER, Leo et BREZNITZ, Shlomo (1982). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. N.Y.: Free Press.
- GOODWIN, S. (1981). "Let's find time to talk", *Nursing Mirror*, May 13, 152 (20), p.12.
- GRAHAM, J.D.L. (1945). "High blood pressure after battle", *Lancet*, 1, pp.239-246.
- GRAY-TOFT, P. (1980). "Effectiveness of a counseling support program for hospice nurses", *Journal of Counseling Psychology*, vol. 27, n° 4, pp.346-354.
- GRAY-TOFT, P. et ANDERSON, J.G. (1981). "The nursing stress scale; development of an instrument", *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 1, pp.11-23.
- GRAY-TOFT, P. et ANDERSON, J.G. (1981). "Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects", *Social Sciences Medical*, 15A, pp.639-647.
- GREENBERG, Jerrold S. (1983). *Comprehensive stress management*. Iowa: Wm. C. Brown, Dubuque.
- GRINKER, R.R. et SPIEGEL, J.P. (1945). *Men under stress*. N.Y.: McGraw-Hill.

- GROUT, J.W. "Stress reduction training modules for nurses". Cité dans K.E. Claus et J.T. Bailey (1980). *Living with stress and promoting well-being: A handbook for nurses*. St-Louis: C.V. Mosby, pp.137-199.
- GUAY-GENEST, Suzanne (1987). *Stress et double rôle: Une étude chez les infirmières*. Québec: Université Laval, Mémoire de maîtrise (inédit).
- HACHE-FAULKNER, N. et MacKAY, Rc. (1985). "Le stress professionnel", *L'infirmière Canadienne*, Mai, 27 (5), pp.26-28.
- HACKMAN, J.R. et LAWLER, E.E. (1971). "Employer reactions to job characteristics", *Journal of Applied Psychology Monograph*, vol. III, n° 55, pp.259-286.
- HAMBURG, D.A., HAMBURG, B. et DE GOZA, S. (1953). "Adaptative problems and mechanisms in severely burned patients", *Psychiatry*, vol. 16, pp.1-20.
- HANSON, Dr Peter S. (1987). *Les plaisirs du stress*. Paris: Les Éditions de l'Homme.
- HARRIS, R.B. (1989). "Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaptation framework", *Advances in Nursing Science*, vol. 11, n° 2, Jan., pp.12-28.
- HENDERSON, Virginia (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Montréal: A.I.I.P.Q.
- HINKLE, L.E. Jr. (1977). "The concept of "stress" in the biological and social science". Cité dans Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt et P.C. Whybrow (Eds). *Psychosomatic medicine: current trends and clinical implications*. N.Y.: Oxford University Press.
- HINKLE, L.E. Jr. (1973). "The concept of stress in the biological and social science", *Science, Medicine and Man*, 1, pp.31-48.
- HOLMES, T.H. et RAHE, R.H. (1967). "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp.213-218.
- HOLT, Robert R. "Occupational stress". Cité dans L. Goldberger et S. Breznitz (1982). *Handbook of stress theoretical and clinical aspects*. N.Y.: The Free Press, pp.419-437.
- JACOBSON, S.P. (1979). "Stressful situations for neonatal intensive care nurses", *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 3, pp.144-150.

JACOBSON, Sharol F. et MCGRATH, Marie (1983). *Nurses under stress*. N.Y.: J. Wiley.

JALOWIEC, Anne et POWERS, Marjorie J. (1981). "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients", *Nursing Research*, Jan./Feb., vol. 30, n° 1, pp.10-14.

JANKEN, J. (1974). "The nurse in crisis", *Nursing Clinic of North America*, March, 9, 17, p.26.

JOMPHE, Adèle Hill (1987). "Rencontre d'un nouveau type", *Nursing Québec*, vol. 7, n° 5, Sept./Oct., p.15.

KAHN, R.L. et coll. (1964). *Organisational stress: studies in the role conflict and ambiguities*. N.Y.: Wiley.

KANNER, A.D., KAFRY, D. et PINES, A. (1978). "Conspiracy in its absence: The lack of positive conditions as a source of stress", *Journal of Human Stress*, 4 (4), pp.33-39.

KASL, S.V. (1980). "Mental health and the work environment: an examination of the evidence", *Journal of Occupational Medicine*, 15, pp.509-548.

KEANE, Anne et coll. (1985). "Stress in I.C.U. and Non. I.C.U. Nurses", *Nursing Research*, July-August, vol. 34 (4), pp.231-236.

KOBASA, S.C. et coll. (1979). "Stressful life events, personnalité and health; an inquiry into hardiness", *Journal of Personality and Social Psychology*, Jan., 37, p.1.

KRAMER, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St-Louis: C.V. Mosby Co.

LAURIN, Jacqueline (1983). *Évaluation de la qualité des soins infirmiers*. Montréal: Chenelière et Stanké.

LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. "Coping and adaptation". Cité dans W.D. Gentry (ed.) (1984). *Handbook of behavioral medicine*. N.Y.: Guilford Press.

LAZARUS, Richard S. et FOLKMAN, Suzan (1984). *Stress, appraisal and coping*. N.Y.: Springer Publishing Company.

LEMYRE, Louise et TESSIER, Réjean (1985). *Mesure de stress psychologique (M.S.P.) se sentir stressé*. Québec: Université Laval.

- LEMYRE, L. et TESSIER, R. (sous presse). Mesure du stress psychologique (M.S.P.): se sentir stressé-e, *Revue canadienne des sciences du comportement*. Cité dans S. Guay-Genest (1987). *Stress et double rôle: une étude chez les infirmières*. Québec: Université Laval, Mémoire de maîtrise (inédit).
- LEVENSTEIN, A. (1985). "What makes you mad?", *Nursing Management*, July, 16 (17), pp.57-58.
- LINDEMAN, E. (1944). "Symptomatology and management of acute grief", *American Journal of Psychiatry*, 101, pp.141-148.
- LUMSDEN, D.P. (1981). "Is the concept of "stress" of any use, any more?". Cité dans D. Randall (ed.). *Contribution to primary prevention in mental health: Working papers*. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association. Cité dans R. Lazarus et S. Folkman (1984). *Stress appraisal and coping*. N.Y.: Springer Publishing Company, pp.2-5.
- MANDLER, S. (1982). "Stress and thought process". Cité dans L. Goldberger et S. Breznitz (1982). *Handbook of stress theoretical and clinical aspects*. N.Y.: The Free Press, p.95.
- MASLACH, Christine (1982). *Burnout the cost of caring*. M.J.: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- MATHIEU, R. (1979). *Étude du stress professionnel des chauffeurs d'autobus: relations entre la perception du travail, le stress et la santé psychologique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- MAY, Rollo (1977). *The meaning of anxiety*. N.Y.: Norton, p.205. Cité dans Leo Goldberger et Shlomo Breznitz (1982). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. N.Y.: Free Press.
- McBRIDE, A.B. (1985). "Orchestrating a career", *Nursing Outlook*, Sept/Oct., vol. 33, n° 5, p.244.
- McCONNELL, Edwina A. (1982). *Burnout in the nursing profession: Coping strategies, causes and costs*. St-Louis, Toronto: C.V. Mosby.
- McFARLANE, Jean (1985). "Nursing-images and reality", *Nursing Mirror*, vol. 160, n° 1, Jan., pp.16-18.
- McGRATH, J.F. (ed.) (1970). *Social and psychological factors in stress*. N.Y.: Holt, Rinehart and Winston.

- MECHANIC, David (1978). *Students under stress: a study in the social psychology of adaptation*. Wisconsin: Madison University of Wisconsin Press. Cité dans A. Jalowiec et M.J. Powers (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients, *Nursing Research*, Jan-Feb, vol. 30, n° 1, p.14.
- MEUNIER, C. (1984). "Etes-vous sur la voie du burn-out?", *Le Magasine des affaires*, Sept., 7 (7), pp.18-26.
- MILLER, William Hans et HEINRICH, Richard L. (1986). *Comment contrôler son stress personnel*. Montréal: Les Éditions St-Yves Inc.
- MOORE, J. (1984). "Caring for the carers, Nurses have needs too", *Nursing Times*, Oct. 10-16, 80 (HI), pp.28-30.
- NUMEROF, R.E. et ABRAMS, M.N. (1984). "Sources of stress among nurses: An empirical investigation", *Journal of Human Stress*, 10, (2), pp.88-100.
- OLSEN, M. (1977). "O.R. nurses' perception of stress", *A.O.R.N. Journal*, Jan., vol. 25, pp.43-48.
- ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1985). *Extraits de l'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec*. Québec: O.I.I.Q., Mars.
- ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1989). *Hypertension*. Québec: O.I.I.Q.
- PASTER, S. (1948). "Psychotic reactions among soldiers of word war II", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 108, pp.54-66.
- PEARLIN, L.I. et SCHOOLER, C. (1978). "The structure of coping", *Journal of Health Social Behavior*, 19, p.2.
- PERUSSE, M. et coll. (1984). *Les effets du travail en milieu hospitalier psychiatrique sur la santé des travailleurs*. Rapport de recherche. Québec: Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Cité dans R. Bourbonnais et coll. (1985). "L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières", *Santé mentale au Québec*, X, 2, p.73.
- PINES, A. et MASLACH, C. (1978). "Characteristics of staff burnout in mental health settings", *Hospital and Community Psychiatry*, 29, April, 4, pp.81-92.

POIREL, Christian (1975). Chronobiologie en neurologie et psychiatrie sur les rythmes circadiens de l'activité mentale, *La vie médicale au Canada français*, vol. 4, Mai, pp.470-476.

Répertoire des programmes de cours du premier cycle 1988-1989. Québec: Université Laval, n° 16.

ROSENFIELD, Albert (1977). "Learning to give up", *Saturday Review*, Sept. 3, pp.36-37. Cité dans E.A. McConnell (1982). *Burnout in the nursing profession*. N.Y.: The C.V. Mosby Co., pp.9-11.

ROSENMAN, R.H. et coll. (1964). "A predictive study of the coronary heart disease: the western collaborative group study", *Journal of the American Medical Association*, 189, pp.15-22.

ROTTER, J.B. (1966). "Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement", *Psychological Monographs*, 80, n° 609.

SARBIN, T.R. et ALLEN, V.L. (1968). "Role Theory". Cité dans G. Lindzey et E. Aronson (Eds) (1968). *Handbook of social psychology*. N.Y.: Addison Wesley, pp.488-567.

SAVOIE, André et FORGET, Alain (1983). *Le stress au travail, mesures et prévention*. Montréal: Agence d'Arc.

SCULLY, R. (1980). "Stress in the nurse", *American Journal of Nursing*, Mai, 80, p.912.

SELYE, Hans (1974). *Stress sans détresse*. Montréal: La Presse.

SORENSEN, K.C. et LUCKMANN, J. (1986). *Basic nursing*. W.B.: Saunders Co.

SPIELBERGER, C.D. et coll. (1976). "The nature and measurement of anxiety". Cité dans C.D. Spielberger et R. Diaz-Suerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety*. Washington D.C.: Hemisphere.

STICKNEY, S.K. et GARDNER, E.R. (1984). "Companions in Suffering", *American Journal of Nursing*, Dec., 84 (12), pp.1491-1493.

SUTTON, R.I. et KAHN, R.L. (1983). *Prediction, understanding and control as antidotes to organisational stress*. Texte d'une conférence présentée à l'Université Laval. Cité dans R. Bourbonnais, H.L. Gosselin et M. Pérusse (1985). "L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières", *Santé mentale au Québec*, X, 2, p.82.

- SWANK, R.L. (1949). "Combat exhaustion", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 109, pp.475-508. Cité dans L. Goldberger et S. Breznitz (1982). *Handbook of stress theoretical and clinical aspects*. N.Y.: The Free Press
- TAYLOR, P.J. (1973). "The effects of shift work on worker health", *Industrial Medicine and Surgery*, 42, pp.13-19. Cité dans L. Goldberger et S. Breznitz (1982). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. N.Y.: Free Press.
- TESSIER, Réjean et coll. (1987). *Le stress: bilan et interventions*. Québec: Université Laval.
- THERIAULT, Jacqueline (1982). *La pensée d'Asahel D. Woodruff sur l'apprentissage scolaire*. Chicoutimi: U.Q.A.C.
- WARDELL, W.I., HYMAN, N. et BAHNSON, C.B. (1964). "Stress and coronary disease in three field studies", *Journal of Chronic Disease*, 17, pp.73-84.
- ZASTROW, Charles (1984). "Conceptualizing and Preventing Burnout", *Le travailleur social*, 57-61 (24 réf.), traduit par Gerry Marino, fev. 1985.

ANNEXE I

Outils de cueillette de données

Le 5 mai 1989

Bonjour,

Vous avez été sélectionné(e) "AU HASARD" pour faire partie d'une étude sur la présence du stress chez les infirmiers (ères) oeuvrant à divers niveaux dans le secteur hospitalier. Ce travail est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et vise l'exploration des différentes manifestations du stress, des facteurs liés à la profession et des stratégies individuelles de gestion du stress.

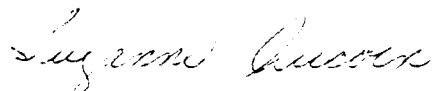
Ce questionnaire précédé des caractéristiques démographiques des répondants, se divise en trois sections: le stress au travail (N.S.S.), la mesure de stress psychologique (M.S.P.) et l'évaluation des stratégies individuelles de gestion du stress.

Votre participation est essentielle et toutes les données recueillies sont "ANONYMES", "STRICTEMENT CONFIDENTIELLES", et seront utilisées aux seules fins de cette recherche.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez à chacune des questions au meilleur de votre jugement et selon l'état d'esprit dans lequel vous vous trouvez en y répondant. N'inscrivez RIEN dans le carré situé à droite de la feuille. Il faudra vous allouer environ 45 minutes pour compléter le questionnaire.

Par la suite, je vous serais extrêmement reconnaissante de me le retourner avant le 19 mai 1989. Une fois rempli, placez le questionnaire dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe et acheminez-la au bureau de poste de l'Hôpital par courrier interne ou par le courrier régulier.

Merci d'avance d'avoir donné de votre temps !



Suzanne Aucoin, inf, Bac. Sc. de la Santé
Etudiante à la Maîtrise en éducation, option recherche
Bureau de Poste, Hôpital de Chicoutimi.

C.c. M. Gilles A. Bonneau
Département des Sciences de l'Education
U.Q.A.C.

Pièces jointes: une copie du questionnaire.

QUESTIONNAIRE D'EXPLORATION DES DIFFERENTES MANIFESTATIONS

DU STRESS CHEZ LES INFIRMIERS(ERES)

DES FACTEURS LIES A LA PROFESSION

ET DES STRATEGIES INDIVIDUELLES DE GESTION DU STRESS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Encerclez la lettre qui correspond aux caractéristiques qui vous sont propres.

ne rien écrire
dans cet espace

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- A- 24 ans et moins
- B- 25 ans à 34 ans
- C- 35 ans à 44 ans
- D- 45 ans à 54 ans
- E- 55 ans à 64 ans
- F- 65 ans et plus

2. Sexe

- A- Masculin
- B- Féminin

3. Combien d'années d'expérience avez-vous?

- A- Moins d'un an
- B- Entre 1 et 5 ans
- C- Entre 6 et 10 ans
- D- Entre 11 et 15 ans
- E- Entre 16 et 20 ans
- F- Entre 21 et 25 ans
- G- Entre 26 et 30 ans
- H- Entre 31 et 35 ans
- I- Plus de 35 ans

4. Quel est votre titre d'emploi?

- A- Infirmier(ère)-chef
- B- Infirmier(ère) de chevet
- C- Monitrice
- D- Coordonnatrice
- E- Assistant(e)-infirmier(ère)-chef
- F- Chef d'équipe
- G- Autres (spécifiez)

ne rien écrire
dans cet espace

5. A quel type d'unité êtes-vous affecté(e) en ce moment?
(N.B. Il s'agit ici d'une affectation d'une durée minimale de quatre semaines)

- A- Soins intensifs, cardiologie, urgence, salle d'angiographie.
- B- Chirurgie générale, urologie, gynécologie, orthopédie.
- C- Médecine, chirurgie mineure (ORL, ophtalmologie)
- D- Soins prolongés
- E- Psychiatrie
- F- Neurologie
- G- Obstétrique et post-partum
- I- Bloc opératoire, salle de réveil
- J- Radiologie, oncologie, service santé
- K- Équipe volante
- L- Hémodialyse
- M- Clinique externe
- N- Autres

6. Quel est votre horaire habituel de travail?

- A- Jour
- B- Soir
- C- Nuit
- D- Rotation jour/soir
- E- Rotation jour/nuit
- F- Rotation soir/nuit
- G- Rotation jour/soir/nuit

7. Quel est votre statut?

- A- Permanent à temps complet
- B- Permanent à temps partiel
- C- Temps partiel occasionnel

8. Combien de jours par semaines travaillez-vous en moyenne?

- | | |
|------|--------------------------------------|
| A- 1 | B- 2 |
| C- 3 | D- 4 |
| E- 5 | F- plus de 5
temps supplémentaire |

ne rien écrire
dans cet espace

9. Quelle est votre formation académique de "BASE" en soins infirmiers?

- A- Formation traditionnelle à l'hôpital
- B- D.E.C. en techniques infirmières
- C- BAC de base en sciences infirmières
- D- Infirmier(ère) auxiliaire recyclé(e)

10. Poursuivez-vous ou avez vous poursuivi une ou plusieurs autre(s) formation(s)?

- A- oui
- B- non

Si oui, spécifiez

SECTION 1

Après CHAQUE item, ENCERCLEZ le chiffre de 1 à 8 qui indique jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien DERNIEREMENT, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours.

Répondez à toutes les questions, s'il-vous-plaît, c'est important.

Les chiffres de 1 à 8 signifient:

- | | | | |
|----------------|-----------------|-------------|---------------|
| 1. pas du tout | 2. pas vraiment | 3. très peu | 4. un peu |
| 5. plutôt oui | 6. passablement | 7. beaucoup | 8. énormément |

	(-)	(+)	<u>ne rien écrire dans cet espace</u>
1. Je suis tendu(e) ou crispée	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je prends plus de deux con- sommations d'alcool par jour	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens pressé(e) par le temps, je manque de temps	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je me sens seul(e), isolé(e) incompris(e)	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens débordé(e), dépas- sé(e), surchargé(e)	1 2 3 4 5 6 7 8	(+) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ne rien écrire
dans cet espace

(-)

(+)

9. Je suis préoccupé(e) par ce qui va arriver demain 1 2 3 4 5 6 7 8
10. J'ai le visage (front, sourcils ou lèvres) crispé, froncé, tendu 1 2 3 4 5 6 7 8
11. Je prends plus de quatre cafés par jour 1 2 3 4 5 6 7 8
12. Je cherche l'heure constamment, je regarde souvent ma montre ou demande l'heure 1 2 3 4 5 6 7 8
13. Je suis irritable, j'ai les nerfs à fleur de peau, je m'impatiente contre les gens et les choses 1 2 3 4 5 6 7 8
14. J'ai de la difficulté à digérer, j'ai mal à l'estomac, je sens comme un noeud à l'estomac 1 2 3 4 5 6 7 8
15. Je suis découragé(e), déprimé(e), dépressif(ve) 1 2 3 4 5 6 7 8
16. J'ai des douleurs physiques: mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre 1 2 3 4 5 6 7 8
17. Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e) 1 2 3 4 5 6 7 8
18. J'ai des variations subites de température corporelle (très froid ou très chaud) 1 2 3 4 5 6 7 8

ne rien écrire
dans cet espace

(-)

(+)

19. Je fume plus de 20 cigarettes par jour (1 paquet) 1 2 3 4 5 6 7 8
20. Je me ronge les ongles ou me mange la peau autour des doigts ou me mords les lèvres et l'intérieur des joues 1 2 3 4 5 6 7 8
21. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire 1 2 3 4 5 6 7 8
22. Je pleure 1 2 3 4 5 6 7 8
23. Je suis fatigué(e) 1 2 3 4 5 6 7 8
24. J'ai les mâchoires serrées 1 2 3 4 5 6 7 8
25. Je suis calme 1 2 3 4 5 6 7 8
26. J'ai les mains moites ou je transpire beaucoup 1 2 3 4 5 6 7 8
27. Je vois la vie comme étant simple et facile 1 2 3 4 5 6 7 8
28. J'ai le cœur qui débat, qui bat vite ou qui bat irrégulièrement 1 2 3 4 5 6 7 8
29. J'écris des listes de "choses à faire" 1 2 3 4 5 6 7 8

ne rien écrire
dans cet espace

(-) ()

30. Je marche vite 1 2 3 4 5 6 7 8

31. Je pousse de longs soupirs,
ou je reprends tout à coup
ma respiration 1 2 3 4 5 6 7 8

32. J'ai la diarrhée ou des
crampes intestinales 1 2 3 4 5 6 7 8

33. Je suis anxieux(se), in-
quiet(ète) ou angoissé(e) 1 2 3 4 5 6 7 8

34. Je sursaute (fais des sauts) 1 2 3 4 5 6 7 8

35. Je prends plus d'une demi-
heure pour m'endormir 1 2 3 4 5 6 7 8

36. Je suis brusque dans mes com-
portements, je bouge rapide-
ment et sèchement 1 2 3 4 5 6 7 8

37. Je suis inefficace, inadé-
quat(e) 1 2 3 4 5 6 7 8

38. J'ai les muscles tendus ou
qui tremblent, ou je ressens
des raideurs musculaires 1 2 3 4 5 6 7 8

39. J'ai l'impression de perdre
le contrôle 1 2 3 4 5 6 7 8

40. Je suis agressif(ve) 1 2 3 4 5 6 7 8

ne rien écrire
dans cet espace

(-)

(+)

41. Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration

1 2 3 4 5 6 7 8

42. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés

1 2 3 4 5 6 7 8

43. J'évite les contacts sociaux ou je ne fais plus de hobby, de sorties, d'activités socio-culturelles, je m'isole, je me retire

1 2 3 4 5 6 7 8

44. J'ai la respiration courte, saccadée, limitée, rapide

1 2 3 4 5 6 7 8

45. Je sens "beaucoup de pression sur les épaules"

1 2 3 4 5 6 7 8

46. J'ai l'impression que chaque chose demande un effort considérable

1 2 3 4 5 6 7 8

47. Je me sens plein(e) d'énergie, en forme

1 2 3 4 5 6 7 8

48. Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e)

1 2 3 4 5 6 7 8

ne rien écrire
dans cet espace

(-)

(+)

49. Je mange vite, j'avale mon repas en moins de 15 minutes 1 2 3 4 5 6 7 8

50. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes 1 2 3 4 5 6 7 8

51. Je suis stressé(e) 1 2 3 4 5 6 7 8

52. Je suis malhabile, je fais des gaffes: j'échappe des choses, j'ai des incidents divers 1 2 3 4 5 6 7 8

53. Je suis détendu(e) 1 2 3 4 5 6 7 8

SECTION 11

Dans quelle mesure les événements suivants vous ont-ils affecté ou contrarié au cours des derniers jours?

Encerclez le chiffre correspondant à votre degré de contrariété

Les chiffres de 1 à 4 signifient:

1. Jamais 2. A l'occasion 3. Fréquemment 4. Très fréquemment

					<u>ne rien écrire dans cet espace</u>
	(-)		(+)		
1. Le manque d'équipement adéquat?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
2. La critique provenant d'un médecin?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. L'administration de soins douloureux à un bénéficiaire?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Le sentiment d'impuissance face à un bénéficiaire dont l'état ne s'améliore pas?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Un désaccord avec un supérieur?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. L'écoute ou la discussion avec un bénéficiaire à propos de sa mort prochaine?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Le manque d'occasion de discuter librement des problèmes de l'unité avec des collègues?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

ne rien écrire
dans cet espace

	(-)	(+)	
8. Le décès d'un bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
9. Une mésentente avec un médecin?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
10. La crainte de faire une erreur dans le traitement d'un bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
11. Le manque d'occasion de partager des sentiments ou des expériences avec des collègues de l'unité?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
12. Le décès d'un bénéficiaire auquel vous étiez attaché?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
13. L'absence du médecin lors du décès d'un bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
14. Un désaccord concernant un traitement à un bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
15. Le sentiment d'une préparation insuffisante pour répondre aux besoins émotionnels de la famille d'un bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
16. L'impossibilité d'exprimer à des collègues de travail les sentiments négatifs que vous éprouvez face à un bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
17. L'information peu adéquate fournie par le médecin sur la condition médicale du bénéficiaire?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>

	(-)	(+)	<u>ne rien écrire dans cet espace</u>		
18. Le fait de ne pas avoir de réponse satisfaisante à une question du bénéficiaire?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
19. L'obligation de prendre une décision concernant un bénéficiaire en l'absence du médecin?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
20. L'obligation de dépanner une unité surchargée?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
21. Voir souffrir des bénéficiaires?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
22. La difficulté de vous entendre avec un ou plusieurs collègues de travail de l'extérieur du département?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
23. Le sentiment d'une préparation insuffisante pour répondre aux besoins émotionnels d'un bénéficiaire?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
24. Les critiques d'un supérieur?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
25. Le fait de travailler avec du personnel de remplacement?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
26. Une ordonnance médicale qui vous semble un traitement peu approprié pour la condition du bénéficiaire?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
27. Un grand nombre de tâches de soutien comme le travail clérical, etc?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
28. Le manque de temps pour fournir un support émotionnel au bénéficiaire?	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

	(-)	(+)	<u>ne rien écrire dans cet espace</u>
29. La difficulté de vous entendre avec un ou plusieurs compagnons (gnes) de travail de votre service?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
30. Le manque de temps pour accomplir toutes les tâches d'infirmière?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
31. L'absence du médecin pendant une urgence?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
32. L'incapacité de répondre aux questions d'un bénéficiaire et de sa famille concernant son état de santé et ses traitements?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
33. L'insécurité face à l'utilisation et au fonctionnement de l'équipement spécialisé?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
34. Le personnel insuffisant pour assurer tous les services de l'unité?	1 2 3 4		<input type="checkbox"/>
35. Autres facteurs "non listés" Spécifiez:	<hr/> <hr/> <hr/>		

Copyright: 1981 par Pamela Gray-Toft & James Anderson

Copyright: Traduction française 1984 par Suzanne Guay-Genest

SECTION 111

Sous-section: 3.1

Quand vous vous "sentez stressé(e)", quelle stratégie employez-vous pour faire diminuer votre tension.

Pour chacun des items, entourez le chiffre correspondant le mieux à la fréquence d'utilisation de chaque moyen.

Les chiffres de 1 à 5 signifient:

1. Jamais 2. Parfois 3. Souvent 4. Très souvent 5. Toujours

	(-)					(+)					<u>Ne rien écrire dans cet espace</u>	
1. J'espère que les choses vont aller mieux.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
2. J'essaie de garder un certain contrôle de la situation.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
3. J'essaie d'en savoir plus sur ce qui se passe afin de mieux garder la situation en mains.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
4. Je pense à différents moyens de garder la situation en mains.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
5. Je regarde le problème de façon objective.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
6. Je mange, je fume, je mâche de la gomme.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
7. J'essaie différentes façons de résoudre le problème pour voir quelle solution est la plus efficace.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>

	(-)	(+)	<u>Ne rien écrire dans cet espace</u>			
8. Je fouille dans mes expériences passées afin de m'aider à garder la situation en mains.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
9. J'essaie de trouver une signification à ce qui se passe.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
10. Je prie, je fais confiance à Dieu.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
11. Je deviens nerveux(se)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
12. Je m'inquiète.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
13. Je décompose le problème.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
14. Je cherche du réconfort et/ou de l'aide de mes amis ou de ma famille.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
15. Je me fixe des objectifs spécifiques pour m'aider à solutionner le problème.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
16. J'accepte la situation comme elle est.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
17. Je désire rester seul(e).	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
18. Je ris de ce qui arrive en m'imaginant que les choses pourraient être pires.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
19. J'essaie de me sortir le problème de la tête.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

(-)

(+)

ne rien écrire
dans cet espace

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 20. Je pense à des choses agréables, fais des rêves éveillé(e), des fantaisies en pensée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 21. Je me prépare à affronter le pire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 22. Je parle du problème avec quelqu'un qui a déjà eu à vivre le même genre de situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 23. J'essaie de façon active de changer la situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 24. Je me fâche, je maudis, je jure. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 25. Je pleure, je deviens déprimé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 26. Je vais me coucher en me disant que je verrai les choses sous un meilleur angle le lendemain matin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 27. Je ne m'en fais pas; tout finira bien par s'arranger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 28. Je me retire de la situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 29. J'évacue la tension en faisant de l'activité physique. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 30. Je me prépare à la prochaine "meilleure" situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 31. Je me libère de mes tensions sur quelqu'un ou sur quelque chose. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |

	(-)					(+)					<u>Ne rien écrire dans cet espace</u>	
32. Je prends de l'alcool.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
33. Je me résigne à la situation car elle me semble désespérée.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
34. Je ne fais rien dans l'espoir que le problème se résoudra tout seul.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
35. Je me résigne à la situation parce que c'est mon destin.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
36. Je fais n'importe quoi, juste pour faire quelque chose.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
37. Je blâme quelqu'un d'autre pour les problèmes que j'éprouve.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
38. Je fais de la méditation, du yoga, des techniques de bio- feedback.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
39. Je laisse quelqu'un d'autre résoudre le problème.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
40. Je prends de la drogue.	1	2	3	4	5							<input type="checkbox"/>
41. Autres: Spécifiez: _____												

Copyright 1980: Anne Jalowiec & Marjorie J. Powers.

Traduction française: Suzanne Aucoin, 1989

Sous-section: 3.2

- A. Avez-vous déjà reçu une formation concernant les stratégies de gestion du stress?

ne rien écrire
dans cet espace

A.1 Dans votre formation d'infirmière A- oui B- non

Si oui, de quel type était cette formation? Spécifiez:

A.2 Ailleurs que dans votre formation d'infirmière. A- oui B- non

Si oui, de quel type était cette formation? Spécifiez:

- B. Si l'on vous offrait une formation sur la gestion du stress, quelles seraient vos attentes? Encerclez autant de choix que vous le désirez.

B.1 Gestion du temps (apprendre à gérer mon temps, à être plus efficient, etc)

B.2 Formation de groupes de support entre infirmières avec échanges et conférences

B.3 Méditation

B.4 Formation de groupes d'activité physique (hors de l'hôpital)

B.5 Cours sur ce qu'est le stress

- composantes
- manifestations
- stratégies de gestion du stress

ne rien écrire
dans cet espace

- B.6 Conselling (support pour résoudre des problèmes en tant qu'individu ou soignant)
- B.7 Rencontres de formation en créativité et résolution de problème.
- B.8 Techniques de relaxation
- B.9 Techniques de massage, de sophrologie, de biofeedback.
- B.10 Autres Spécifiez:

C. Selon vous, de quelle(s) façon(s) devrait(aitent) être dispensée(s) cette ou ces formations?

A- Incluse dans le cours de "BASE" en nursing?

B- Comme formation en cours d'emploi?

C- Les deux?

D- Formation personnelle?

E- Autres: Spécifiez:

ANNEXE II

Formation supplémentaire: Détail

Formation supplémentaire: Détail*

• Anglais	1
• Bac. en éducation	1
• Bac. en sciences infirmières	6
• Bac. en travail social	1
• Certificat en administration	2
• Certificat en éducation (pédagogie)	2
• Certificat en gérontologie	2
• Certificat en gestion des ressources humaines	1
• Certificat en santé communautaire	10
• Certificat en santé et sécurité au travail	3
• Certificat en sciences religieuses	1
• Informatique	1
• Massage	1
• Musique	1
• Navigation	1
• Phytothérapie	1
• Secrétariat	1
• Soins d'urgence (T.M.U.A.)	2
• Yoga	1

* Certains répondants ont reçu plus d'une formation.