

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

YANICK CHRÉTIEN

(PROJET SASSDY)

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION, LE SOUTIEN SOCIAL ET LA  
DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES INFIRMIÈRES DE LA  
GÉNÉRATION Y

4 DÉCEMBRE 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Depuis quelques années, l'épuisement professionnel en début de carrière est monnaie courante dans le milieu infirmier (Statistique Canada, 2005). Parallèlement, on remarque un rajeunissement accéléré du personnel infirmier (génération Y, entre 1978 et 1992); (OIQ, 2007). Ces jeunes déclarent vivre de la détresse psychologique (Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, Gelinas, Marchionni, & Drevniok, 2008) et affirment également manquer de soutien à leur travail (Santé Canada, 2006). Dans ce sens, adhérant au courant des ouvrages s'inspirant de la théorie transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984), cette étude cherche à décrire les variables et les liens qui entrent en jeu dans l'accroissement ou la réduction de l'ampleur de la détresse psychologique vécue par les jeunes infirmières. Plus précisément, l'objectif premier de ce projet d'étude est de décrire et comprendre les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières de la génération Y, d'approfondir la notion de soutien social et de découvrir l'ampleur de la détresse psychologique chez cette génération de travailleur de la santé. Dans un deuxième temps, l'auteur veut vérifier l'existence de différences ou de relations entre certains aspects sociodémographiques et les variables à l'étude. Enfin, le dernier objectif est d'exposer la valence et la force de relations entre le type d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique des jeunes infirmières. Dans le but d'atteindre ces objectifs, données transversales ont été recueillies auprès d'une population de 87 infirmières de la génération Y (travaillant depuis neuf ans et moins dans la profession) et provenant de deux sites, soit le Centre de Santé et Services Sociaux de Trois-Rivières - Centre Hospitalier Régional (CSSSTR-CHR) ainsi que l'Université du Québec à Trois-

Rivières (UQTR). La méthode d'échantillonnage utilisée par le chercheur est une technique dite de convenance qui s'inscrit dans les procédés de type non probabiliste. Les outils d'investigation distribués aux répondants afin de collecter les données sont: 1- l'échelle d'adaptation cybernétique (CCS); (Edwards & Baglioni, 1993; Leclerc, & Leconte, 1994), permettant de décrire le type de stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à une situation stressante; 2- l'échelle de provisions sociales (EPS); (Cutrona, Russel, 1987; Caron, 1996), qui mesure la perception du soutien social reçu; 3- l'indice de détresse psychologique (PSI); (Illfeld, 1976; Kovess, 1985), qui détermine la présence de symptômes de détresse psychologique chez un individu ainsi que 4- un questionnaire sociodémographique. À partir des données ainsi recueillies, l'auteur a effectué plusieurs analyses statistiques descriptives simples et d'association, et ce, afin de répondre aux trois objectifs de recherche initiaux et aux hypothèses générales. D'une part, pour les infirmières de cet échantillon, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème sont moins associées à tous les symptômes de détresse psychologique. Contrairement aux stratégies d'évitement, qui elles, sont plus associées aux symptômes de détresse. Dans ce sens, ces résultats soutiennent partiellement l'hypothèse voulant que l'utilisation de stratégies d'adaptation (en général) apporte moins de détresse psychologique au travail. Certes, l'adaptation paraît avoir un impact sur la santé mentale au travail. Cependant, seuls celle offrant une perception de contrôle sur la situation semble diminuer la détresse du personnel infirmier. Conjointement, pour l'échantillon, le fait de percevoir un soutien social adéquat semble également avoir un effet de réduction sur les symptômes de détresse psychologique.

## Table des matières

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Sommaire .....</b>  | <b>ii</b>   |
| <b>Table des matières.....</b>                                       | <b>iv</b>   |
| <b>Liste des Tableaux.....</b>                                       | <b>vi</b>   |
| <b>Liste des figures .....</b>                                       | <b>viii</b> |
| <b>Remerciements .....</b>   | <b>ix</b>   |
| <b>Introduction .....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>Problématique .....</b>   | <b>4</b>    |
| <b>Exposé de la situation problématique .....</b>                    | <b>5</b>    |
| <b>Fondements théoriques .....</b>                                   | <b>7</b>    |
| <b>Cadre conceptuel (aperçu) .....</b>                               | <b>9</b>    |
| <b>Situation idéale .....</b>  | <b>10</b>   |
| <b>Buts de la recherche .....</b>                                    | <b>11</b>   |
| <b>Questions et hypothèses de recherche .....</b>                    | <b>12</b>   |
| <b>Cadre de référence .....</b>                                      | <b>13</b>   |
| <b>Les principes de base d'une perspective transactionnelle.....</b> | <b>15</b>   |
| <b>Le modèle transactionnel.....</b>                                 | <b>18</b>   |
| <b>Contexte théorique .....</b>                                      | <b>23</b>   |
| <b>Variables de la population.....</b>                               | <b>25</b>   |
| <b>L'infirmière et son exercice.....</b>                             | <b>25</b>   |
| <b>La génération Y .....</b>   | <b>28</b>   |
| <b>Variables théoriques .....</b>                                    | <b>36</b>   |
| <b>Le stress et l'adaptation .....</b>                               | <b>36</b>   |
| <b>Le soutien social .....</b>                                       | <b>45</b>   |
| <b>La détresse psychologique .....</b>                               | <b>52</b>   |
| <b>Méthodologie .....</b>  | <b>59</b>   |
| <b>Type d'étude (devis).....</b>                                     | <b>60</b>   |
| <b>Définition opérationnelle des termes .....</b>                    | <b>61</b>   |
| <b>Stratégies d'adaptation.....</b>                                  | <b>61</b>   |
| <b>Soutien social .....</b>  | <b>61</b>   |
| <b>Détresse psychologique .....</b>                                  | <b>62</b>   |
| <b>Infirmière diplômée .....</b>                                     | <b>62</b>   |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Génération Y .....</b>  | <b>63</b>  |
| Population cible et accessible .....                                     | 63         |
| Critère d'inclusion et d'exclusion .....                                 | 64         |
| Milieux.....   | 64         |
| Technique d'échantillonnage .....  | 66         |
| Contrôle des variables interne et externes .....                         | 67         |
| Instruments de collecte de données .....                                 | 68         |
| Déroulement des activités et collecte des données.....                   | 73         |
| Plan d'analyse des données .....   | 75         |
| Considérations éthiques.....   | 78         |
| <br>   |            |
| <b>Résultats .....</b>   | <b>80</b>  |
| <b>Volet d'analyse de la structure factorielle des instruments .....</b> | <b>82</b>  |
| <b>Volet descriptif (objectif 1).....</b>                                | <b>88</b>  |
| <b>Volet liens et différences sociodémographiques (objectif 2).....</b>  | <b>100</b> |
| <b>Volet corrélationnel (objectif 3) .....</b>                           | <b>110</b> |
| <br>   |            |
| <b>Discussion.....</b>   | <b>116</b> |
| <b>Interprétation des données et liens avec la théorie .....</b>         | <b>118</b> |
| <b>Recommandations en lien avec la pratique .....</b>                    | <b>130</b> |
| <b>Forces et limites de l'étude .....</b>                                | <b>133</b> |
| <b>Retombées attendues et diffusion des résultats .....</b>              | <b>135</b> |
| <br>   |            |
| <b>Conclusion .....</b>  | <b>138</b> |
| <br>   |            |
| <b>Références .....</b>  | <b>142</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice A – Grille de recension .....</b>                           | <b>154</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice B – Instruments de collecte des données .....</b>           | <b>156</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice C – Affiche publicitaire de recrutement .....</b>           | <b>168</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice D – Lettre d'information .....</b>                          | <b>170</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice E – Formulaire de consentement.....</b>                     | <b>175</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice F – Certificats d'éthique de l'UQTR et du CHRTR.....</b>    | <b>177</b> |
| <br>   |            |
| <b>Appendice G – Affiche scientifique du projet SASSDY .....</b>         | <b>182</b> |

## Liste des tableaux

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Tableau 1</b>  | Les plus et les moins de chaque génération .....   | 33  |
| <b>Tableau 2</b>  | Résultat des analyses factorielles exploratoires de l'échelle<br>cybernétique de « <i>coping</i> » .....                     | 83  |
| <b>Tableau 3</b>  | Résultat des analyses factorielles confirmatoires de l'échelle<br>de provision sociale.....                                  | 85  |
| <b>Tableau 4</b>  | Résultat des analyses factorielles confirmatoires de l'indice de détresse<br>psychologique .....                             | 87  |
| <b>Tableau 5</b>  | Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon .....  | 89  |
| <b>Tableau 6</b>  | Proportion pour les stratégies axées sur le problème .....   | 91  |
| <b>Tableau 7</b>  | Proportion pour les stratégies axées sur l'émotion .....   | 92  |
| <b>Tableau 8</b>  | Proportion des sous-catégories de soutien social .....   | 94  |
| <b>Tableau 9</b>  | Proportion des sous-symptômes de détresse psychologique.....   | 96  |
| <b>Tableau 10</b> | Proportion pour la sous-catégorie détresse globale.....  | 97  |
| <b>Tableau 11</b> | Différences au plan de la moyenne des stratégies d'adaptation<br>selon les variables sociodémographiques catégorielles ..... | 101 |
| <b>Tableau 12</b> | Régression linéaire des variables sociodémographiques continues<br>sur l'adaptation.....                                     | 103 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| <b>Tableau 13</b> | Différences au plan de la moyenne des types de soutien social<br>selon les variables sociodémographiques catégorielles .....      | 104 |
| <b>Tableau 14</b> | Régression linéaire des variables sociodémographiques continues<br>sur le soutien social .....                                    | 106 |
| <b>Tableau 15</b> | Différences au plan de la moyenne de détresse la psychologique<br>selon les variables sociodémographiques catégorielles .....     | 107 |
| <b>Tableau 16</b> | Régression linéaire des variables sociodémographiques continues<br>sur la détresse psychologique.....                             | 109 |
| <b>Tableau 17</b> | Régression linéaire des variables sociodémographiques et du type<br>de stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique..... | 112 |
| <b>Tableau 18</b> | Régression linéaire des variables sociodémographiques et du type<br>de soutien social sur la détresse psychologique .....         | 114 |

**Liste des figures**

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
| <b>Figure 1</b> | Schématisation du stress et de l'adaptation .....     | 20 |
| <b>Figure 2</b> | Schématisation du processus de coping.....            | 21 |
| <b>Figure 3</b> | Schématisation du syndrome général d'adaptation ..... | 38 |

## Remerciements

L'auteur souhaite exprimer, dans un premier temps, sa grande reconnaissance à monsieur Claude Leclerc, Ph.D., directeur de cette recherche et professeur-chercheur au département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), pour sa grande générosité intellectuelle et humaine, pour son soutien exemplaire et constant, sa direction juste ainsi que pour sa disponibilité incroyable. Dans un deuxième temps, d'autres remerciements sincères et chaleureux doivent être adressés au Ministère de l'éducation, des Loisirs et des Sports (bourse MELS-université) pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce projet ainsi qu'au soutien financier qu'il lui a apporté. Sans eux cette recherche n'aurait pas été la même. Il serait à propos, également, de remercier la fondation de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour leur appui à l'excellence, l'encouragement et le soutien qu'elle offre aux étudiants. Cette assistance (bourse d'excellence en sciences infirmières) a aidé l'étudiant chercheur à tenir le coup et à croire en lui, même dans les moments les plus difficiles. Également, l'auteur adresse toute sa gratitude à l'Association Québécoise des infirmiers et Infirmière en Santé Mentale (AQIISM) qui lui ont offert l'opportunité de terminer ce mémoire sur une note extraordinaire (bourse de fin d'étude de l'AQIISM).

De surcroît, une poignée de main chaleureuse et sincère doit-être adressée aux dirigeants du Centre de Santé et Services Sociaux de Trois-Rivières volet Centre Hospitalier Régional (CSSSTR volet CHR) ainsi que ceux de l'UQTR, pour leur intérêt à la recherche, à l'avancement de la science, pour leur collaboration précieuse ainsi que

pour leurs conseils judicieux. De plus, le concepteur de cet ouvrage tient à adresser des remerciements cordiaux à toutes les personnes qui lui ont fourni des conseils, de l'aide ou du soutien tangible et moral. Soulignons, par exemple, les professeurs tels que Claude Fernet Ph.D. (locaux pour la rédaction, aide statistique et conseils) et Louis Laurencelle Ph. D. (conseils statistiques pour la mise en place de la base de données) et Mme Sarah-Geneviève Trépanier, étudiante de 3<sup>ème</sup> années au doctorat en psychologie (aide statistique). Finalement il est crucial d'exprimer des remerciements particuliers à tous les répondants qui ont généreusement participés au projet SASSDY, car aucune étude ne peut se réalisé sans le concours inestimable des participants.

Yanick Chrétien

## **Introduction**

Aujourd’hui encore, dans tous les secteurs d’emplois, parler du stress que l’on vit au travail relève d’un défi de taille. Pour l’employé, c’est le risque d’être perçu négativement (je suis incomptént, je ne suis pas performant, je ne supporte pas la pression) et pour le cadre ainsi que pour l’organisation (entreprise, hôpital,...), c’est risquer de reconnaître qu’il y a réellement un problème dans le milieu de travail (Steiler, 2010). Les milieux infirmiers ne sont pas épargnés par cette réalité. Au contraire, depuis plusieurs années le contexte difficile et les conditions de travail hostiles dans lesquels doivent évoluer les infirmières apparaissent comme des menaces directes à l’équilibre de leur santé mentale. Conjointement, les jeunes infirmières (génération Y, nées entre 1978 à 1992) qui sortent des bancs de l’école et qui doivent vivre dans cet environnement de pression constante, sont souvent démunies (mal outillées et seules) face à ce mur qui se dresse devant-elles et, par conséquent, doivent en subir les contrecoups (détresse psychologique, dépression, épuisement, anxiété). Il apparaît donc crucial pour l’investigateur de bien saisir les facteurs qui ont un impact sur le bien-être psychologique de ces jeunes infirmières et de comprendre les liens qui pourraient exister entre ces points d’influence. Le présent ouvrage vise, en conséquent, la description de certaines variables importantes dans le contexte du stress au travail (stratégies d’adaptation, soutien social et détresse psychologique) ainsi que l’exposition des liens potentiels entre les ressources des individus (stratégies d’adaptation et soutien social) et leur état de santé mentale (niveau de détresse psychologique).

Dans cette optique, ce mémoire de maîtrise comprend six sections distinctes, mais interrelées par leur but commun, qui aideront le lecteur, chacune à leur façon, à découvrir cette étude. De fait, la première partie de cet ouvrage est entièrement consacrée à l'exposé de la problématique et du contexte théorique, qui nous amène, en ponctuation, vers l'énoncé de trois questions de recherche descriptives quantitatives ainsi qu'à la formulation de deux hypothèses (volet explicatif corrélationnel). La deuxième section approfondit le cadre théorique de Lazarus et Folkman (1984), lequel nous sert de base conceptuelle afin de traiter notre sujet d'étude. La troisième partie présente une revue de la littérature traitant des divers concepts liés au projet SASSDY (soit les stratégies d'adaptation, le soutien social, la détresse psychologique, les infirmières et la génération Y). Dans la quatrième section, la globalité de la méthodologie du projet SASSDY est exposée de façon exhaustive afin d'apprécier la démarche scientifique qui a été utilisée tout au long de l'étude. Parallèlement, dans la cinquième portion du mémoire nous présentons les résultats de la recherche pour ensuite faire place à la sixième section, la discussion critique et analytique des données recueillies, qui se termine sur des recommandations objectives face aux résultats du projet ainsi qu'à l'exposé de ses forces et ses limites. Finalement, une conclusion apportera un retour sur les grandes lignes de l'étude et sur de nouvelles pistes de recherche.

## **Problématique**

La première partie de ce mémoire de maîtrise présente la problématique à la base du projet SASSDY. Ce segment de l'ouvrage est divisée en six portions soit : 1- l'exposé de la situation problématique; 2- les fondements théoriques; 3- le cadre théorique (aperçu); 4- la situation idéale; 5- les buts de la recherche et 6- les questions et les hypothèses de recherche.

### **Exposé de la situation problématique**

Le vieillissement de la population, l'augmentation des cas de pathologies avec multiples axes associés et l'engorgement du réseau de la santé ne sont qu'une infime partie des problèmes ayant touché notre société au cours de la dernière décennie (OIQ, 2007). Les infirmières, protagonistes de front dans cette situation précaire, ont peu d'influence sur l'accroissement constant de ces agents sociaux et organisationnels. Découlant de ces facteurs inévitables, la surcharge de travail et la pénurie de la main-d'œuvre sont des problématiques qui les touchent directement et apportent souvent de l'insatisfaction au travail, un taux d'absentéisme croissant, de l'épuisement professionnel ainsi que des départs prématurés de la profession infirmière. En effet, selon Statistique Canada, en 2006, dans l'ensemble du pays, plus de 10% des infirmières auraient fait une dépression (comparativement à 6-7% pour d'autres domaines) et 18% affirment que leur santé mentale au travail nuit à la qualité de leur travail.

Toujours selon Statistique Canada (2006), en 2005, 16 500 infirmières du secteur public se sont absentes du travail, et ce, à chaque semaine. Chacune d'elles a été absente en moyenne 20 heures, ce qui a fait perdre au total 340 000 heures de travail par semaine. Le total annualisé des heures perdues a atteint 17,7 millions (9 754 emplois d'infirmière à temps plein pendant toute l'année). Conjointement, les infirmières canadiennes considèrent (F= 45% H=51 %) ne pas avoir beaucoup de soutien de leurs collègues, alors que dans l'ensemble de la population active, la proportion est d'environ 33% pour chaque sexe (Statistique Canada, 2006). Parallèlement, un autre facteur semble émerger au sein des rouages du marché du travail. En effet, selon des données recueillies par l'OIIQ en 2007, un rajeunissement accéléré des infirmières (26 % des infirmières ont moins de 30 ans, 51 % ont moins de cinq ans d'expérience et 13 % des infirmières débutent leur pratique) est présent dans tous les secteurs d'activités. Ce rajeunissement des membres du corps infirmier teinte la direction que prendra la profession. De fait, la façon dont cette nouvelle génération de professionnels de la santé réagit et s'adapte aux conditions ardues de leur métier semble différente de celle utilisée par les générations qui les ont précédées. Dans ce sens, les infirmières de la génération des «*baby-boomers*» sont plus satisfaites et plus résiliées que celles de la génération Y concernant la satisfaction à leur travail, leur salaire et leurs avantages sociaux, leur horaire de travail ainsi que la reconnaissance de leur travail par leurs pairs, patron ou la population en général (Allain, 2008).

Corrélativement, un aspect important du problème réside ici dans le fait que peu d'études descriptives sur la santé mentale des infirmières de la génération Y ont été effectuées jusqu'à maintenant. Cette génération représente la population la plus importante de travailleurs actifs au Canada, et ce, depuis 2006, selon Statistique Canada, soit 26,7%. Qui plus est, peu de données empiriques semblent avoir été recueillies sur les relations pouvant exister entre les stratégies d'adaptation utilisées, le soutien social et la détresse psychologique des infirmières de cette génération. L'importance d'investiguer sur ces variables spécifiques réside dans le fait que l'auteur cherche à articuler en images cohérentes, la collection de facteurs qui jouent un rôle dans l'environnement de travail des jeunes infirmières. Pour réaliser cette image de façon complète l'auteur doit donc évaluer les facettes qui couvrent le plus la réalité de ces infirmières en milieu de travail: ressources internes (stratégies d'adaptation), ressources externe (soutien social), symptôme de perturbation au niveau de la santé mentale (détresse psychologique).

### **Fondements théoriques**

Plus largement, dans le contexte sociétaire actuel, d'autres auteurs ont tenté de décrire certains phénomènes causals de cette situation. Dans cette optique, disons que la triade «stratégies d'adaptation, soutien social et détresse psychologique» a été utilisée à quelques reprises dans le passé au sein d'études portant sur la santé mentale de divers types de population. Par exemple: Leclerc et Leconte (1994) et Leclerc, Lesage et Ricard (1997) (dans leurs recherches sur les personnes atteintes de schizophrénie) ont illustré

les liens entre ces concepts et leur impact sur la santé mentale des sujets et leur entourage. D'autres travaux ont traité des concepts à l'étude de façon individuelle. Dans ce sens, selon Hays, Mannahan, Cuaderes et Wallace (2006), le soutien social reçu par les infirmières de soins intensifs serait un facteur de réduction du stress et serait considéré comme la meilleure stratégie de rétention du personnel. Également, le manque de temps, la hausse de travail, la baisse de l'estime personnelle ainsi que la baisse du sentiment d'autoefficacité seraient des facteurs de prédiction importants de la détresse psychologique (Baker, O'Brien, & Salahuddin, 2007).

Parallèlement, pour les membres de la génération Y, la stabilité entre la vie personnelle et la vie professionnelle, la malléabilité ainsi que le climat de travail sont très importants (Allain, 2008). De plus, les Y veulent la conciliation travail-vie personnelle. Ils sont enracinés dans la technologie et ouverts aux équipes, à l'action collective, et au partage d'idées. Ils attendent des résultats rapides, ne sont pas intéressés par les processus (ex : embauche, règle des petits pas, ...) et s'attendent à un emploi reconnu. Beaucoup perçoivent les soins infirmiers comme un emploi plutôt qu'une profession ou un choix de carrière à long terme (Lipscomb, 2010). Ils pensent simplement avoir l'opportunité de faire des choix et désirent de la reconnaissance pour leur travail et leurs qualifications (Bennett, Maton, & Kervin, 2008). De plus, le choc des générations, soit celui observé entre la génération patronale (baby-boomers) et la génération d'employés arrivant ou déjà en poste depuis quelques années (génération Y), joue un rôle prépondérant dans leur performance au travail (sentiment d'incompréhension mutuel) (Bennett et al., 2008). Parallèlement, parmi les jeunes

infirmières, 43,4% déclarent avoir un niveau élevé de détresse psychologique (Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, Gelinas, Marchionni, & Drevniok, 2008). Elles sont significativement plus susceptibles de percevoir un déséquilibre entre les efforts déployés sur le travail et les récompenses reçues en retour, sur une faible latitude décisionnelle, sur une demande psychologique importante, sur la tension au travail élevée, ainsi qu'un faible soutien des collègues et des supérieurs (Lavoie-Tremblay et al., 2008).

### **Cadre conceptuel (un aperçu)**

Au plan théorique, plusieurs disciplines traditionnelles ont tenté de rendre compte des difficultés rencontrées par les travailleurs. En lien avec notre population cible (infirmières de la génération Y), la plupart des études investiguant la relation travail-santé mentale semblent privilégier l'approche théorique stress-coping (adaptation) (Weinstein, & Quigley, 2006). Cette théorie renvoie fondamentalement aux capacités des êtres humains à s'adapter aux exigences de leur environnement, et ce, au moyen de leurs ressources propres et du soutien apporté par leur entourage respectif (Weinstein, & al., 2006). Dans ce sens, la triade (soutien social, stratégies d'adaptation et détresse psychologique) est basée sur les dimensions qui sont mises en évidence par la théorie transactionnelle, soit la dimension sociale (soutien), psychologique (stratégie d'adaptation) et physiologique (caractéristiques personnelles), lesquelles sont toutes liées au stimulus (stress) ainsi qu'à l'environnement (Lazarus, & Folkman, 1984).

De concert, disons que cette triade de concepts est quasi indissociable de la théorie de Lazarus et Folkman (elle la définit conceptuellement). Cette théorie avance que certains individus axent leurs stratégies d'adaptation sur l'émotion (perception de ne pas pouvoir changer les choses) tandis que d'autres ciblent des agissements orientés sur le problème (sensation de pouvoir modifier la situation) (Lazarus, & Folkman, 1984). De plus, pour les tenants de cette approche, ce n'est pas l'intensité de l'agent déclencheur qui expliquerait la réponse plus ou moins intense à un événement, mais l'évaluation de la situation par la personne et la signification que chaque être donne au stimulus qui déterminerait s'il y a ou pas présence de stress (Lazarus, & Folkman, 1984). Cette théorie semble donc fondamentale dans la compréhension de la problématique proposée. En effet, elle nous donne la possibilité de savoir comment les jeunes infirmières s'adaptent au stress, de connaître le type de stratégies d'adaptation qu'elles utilisent pour le contrer, ainsi que l'opportunité d'explorer leur perception face au soutien social reçu et ce en s'appuyant sur des bases solides (vocabulaire concordant et bases théoriques pour l'étude) et éprouvées par le passé. Il est à noter que l'auteur aborde, de façon beaucoup plus explicite, les fondements de cette théorie dans la section «La théorie transactionnelle du stress» de ce mémoire.

### **Situation idéale**

Découlant de tous ces éléments, la situation idéale serait que les connaissances au niveau des relations intergénérationnelles, de la détresse psychologique des jeunes de la génération Y, des stratégies d'adaptation que cette génération utilisent ainsi que celles au

niveau du soutien social, soient plus approfondies et actuelles. Ces outils (connaissances) aideraient les employeurs et les employés plus expérimentés à comprendre leurs jeunes collègues et à optimiser leur performance ainsi que leur mieux-être au travail. De fait, pour tenter d'influencer une problématique, il faut bien la comprendre, et ce, afin de pouvoir accroître et optimiser les chances de réussite dans le changement et dans l'amélioration de la situation (Fortin, 2010). Donc, la solution proposée ici est cette étude descriptive et corrélationnelle, qui permet de décrire les concepts à l'étude, tout en faisant des liens entre les variables pertinentes au regard de la problématique de recherche.

### **But de la recherche**

Le premier objectifs du projet SASSDY est de décrire l'échantillon, les stratégies d'adaptation, la perception du soutien social et l'ampleur de la détresse psychologique des infirmières de la génération Y. Deuxièmement, l'auteur veut vérifier l'existence de liens et de différences entre certains aspects sociodémographiques et la détresse psychologique, les stratégies d'adaptation et le soutien social de ces jeunes infirmières (les Y). Le troisième et dernier but de l'étude est d'exposer la valence et la force de relations existantes entre le type d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique des jeunes infirmières. Donc, l'objectif est de tenter prédire la détresse psychologique des infirmières de la génération Y avec les stratégies d'adaptation ou le soutien social, et ce, en tenant compte de certaines variables sociodémographiques.

## Questions et hypothèses de recherche

Les trois questions descriptives attachées au premier objectif de l'étude sont :

- 1- Quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières de la génération Y, afin de faire face au stress au travail?
- 2- Quelles sont les perceptions de ces infirmières de la génération Y face à leur soutien social?
- 3- Quelle est l'ampleur de la détresse psychologique de ces jeunes infirmières de la génération Y?

De plus, les questions de recherches associées à l'objectif deux de l'étude sont :

- 4- Les variables sociodémographiques sont-elles liées au «coping», au soutien social et à la détresse psychologique des infirmières de la génération Y?
- 5- Existe-t-il des différences sociodémographiques par rapport au «coping», au soutien social et à la détresse psychologique des infirmières de la génération Y?

Finalement, les deux hypothèses de recherches liés l'objectif trois de l'étude, sont :

Hypothèse 1 : Les infirmières de la génération Y présenteront davantage de détresse psychologique si elles utilisent moins de stratégies adaptatives.

Hypothèse 2 : Les infirmières de la génération Y présenteront davantage de détresse psychologique si elles reçoivent moins de soutien social.

## **Cadre de référence**

Au cœur de leur vie, les êtres humains sont perpétuellement confrontés à des situations suscitant en eux diverses émotions (colère, peur, anxiété et tristesse) (Gramer & Saria, 2007). Ces événements peuvent être plus communs comme des conflits familiaux, de la surcharge au travail ou aiguës et plus sérieux, comme par exemple l'annonce d'une maladie grave, le décès inattendu d'un proche ou un accident (Gramer & Berner, 2005). C'est lorsque ces divers bouleversements émotionnels sont perçus par l'individu comme menaçants pour son intégrité physique et mentale qu'ils peuvent engendrer du stress (Selye, 1988). L'individu ne subit pas passivement les aléas aigus et chroniques de la vie, il essaie de « faire face » (Lazarus & Folkman 1984). Dans ce sens, les auteurs parlent de «*coping*» pour désigner les réponses d'adaptation ainsi que les réactions que l'individu va développer pour maîtriser, amoindrir ou tout simplement tolérer l'événement que celui-ci doit surmonter (Lazarus & Folkman, 1984). De fait, cette section du mémoire portera sur l'exégèse de la théorie transactionnelle de l'adaptation au stress élaborée par Lazarus et Folkman en 1984.

### **Les principes de base d'une perspective transactionnelle**

Il est apporté dans la littérature que ces deux concepts (stress et *coping*) sont souvent indissociables l'un de l'autre, formant le construit conceptuel du stress-coping (Lazarus, & Folkman, 1984; Weinstein, & Quigley, 2006). Pour aller dans ce sens ainsi que pour des besoins de précision, de concision et de cohérence avec la théorie transactionnelle, l'auteur présent traitera, dans les paragraphes qui suivent, de cette relation fusionnelle. De fait, plusieurs disciplines (sociologie, psychologie, anthropologie) et divers concepts (fatigue, dépression, stress, burnout ou épuisement professionnel) ont tenté de rendre compte du stress vécu par les travailleurs dans le cadre de leur travail (les infirmières par exemple). L'approche théorique «*stress-coping*», qui s'inscrit dans le courant des théories du stress, rejoint les modèles positivistes, et ce, par son approche transactionnelle, concordant avec les valeurs prônées par des disciplines telles que les sciences infirmières (Lazarus & Folkman, 1984).

Cette théorie renvoie foncièrement aux capacités de l'individu à s'adapter aux besoins de son environnement, et ce, au moyen de ses ressources personnelles («*Coping*») et externe (soutien social) (Graziani, & Swendsen, 2004). Pour les tenants de cette approche théorique, le stress ne réside ni dans l'environnement, ni dans l'individu, mais dans la transaction entre l'individu et l'environnement (Lazarus & Folkman, 1984). Dans cette optique, ce ne serait pas l'intensité du facteur déclencheur qui expliquerait la réponse plus ou moins intense de la personne face au stimulus, mais son appréciation de la situation et la signification que cet individu donne à l'agent stressant qui déterminerait

s'il y a ou non présence de stress (Lazarus, & Folkman, 1984). Une des particularités de la théorie transactionnelle c'est que l'influence de la perception de la situation par l'individu sur le stress est mise en évidence (Dolan, & Arsenault, 2009). Pour Lazarus et Folkman (1984), c'est l'importance de l'évaluation subjective de la situation par la personne et les stratégies d'adaptation qui en découlent qui sont mis en évidence dans le modèle transactionnel.

Faire face (*coping*) représente les efforts cognitifs et comportementaux déployés par les individus afin de gérer les situations stressantes (Lazarus, & Folkman, 1984). Ces efforts aboutissent à une variété d'activités (stratégies), classées en fonction de problèmes précis et différenciées par leurs fonctions propres (Lazarus, & Folkman, 1984). Ces auteurs apportent l'idée de l'émergence de deux pôles dans l'adaptation des gens face au stress (Weinstein et al., 2006). Dans ce sens, le postulat veut que, dans certaines conditions, l'individu axe ses stratégies adaptatives sur l'émotion (perception de ne pas pouvoir changer les choses, éviter la situation). La personne croit qu'aucune intervention directe ne peut avoir d'effet sur la situation stressante. L'individu entreprend donc un moyen détourné pour tenter de stabiliser ses émotions ou de les atténuer, et ce, afin de se sentir mieux ou moins stressé. Ces stratégies ne changent pas la réalité d'une situation et sont utilisées pour éviter certains sentiments, les moyens déployées ayant pour but de rediriger le stress vers d'autres cibles. Elles tentent simplement de réduire l'angoisse et de soulager la détresse. Elles incluent par exemple : exprimer ses sentiments à un ami, consommer de l'alcool, aller au cinéma, faire des

emplettes, faire du jogging, faire du yoga, prendre de la médication anxiolytique, etc. (Lazarus, & Folkman, 1984; Weinstein et al., 2006).

Parallèlement, à d'autres moments, la personne axe l'adaptation sur le problème. Pour ces stratégies, les gens ont la sensation de pouvoir modifier directement la situation, croyant avoir la capacité d'affronter le problème en le prenant de front. Les stratégies adaptatives centrées sur l'agir (sur le problème) comprennent tout ce que nous faisons pour essayer de changer ou d'améliorer une situation. Elles incluent: s'investir dans de nouvelles activités ou de nouvelles relations, essayer activement de résoudre le conflit ou le problème en faisant, par exemple, des compromis, en essayant de convaincre le vis-à-vis, en demandant de l'aide de quelqu'un ou en s'impliquant.

Il est important de souligner que Lazarus et Folkman (1984) s'abstiennent de classifier ces deux types de stratégies d'adaptation comme étant fondamentalement bonnes ou mauvaises. Ces auteurs décrivent ces formes de «*coping*» tout simplement comme distinctes et parfois complémentaires dans l'adaptation (Lazarus & Folkman, 1984). Selon cette théorie, chaque individu utilise les deux formes de stratégies, la différence entre les personnes réside, entre autres, dans la proportion d'utilisation (Lazarus & Folkman, 1984). Dans ce sens, pour Dumont (2001), il n'y a pas de stratégie qui serait idéale pour chaque situation, car plusieurs facteurs (nature du stresseur, perception sociale et culturelle, maturité, ressources personnelles) peuvent jouer un rôle dans la réponse à une situation. De fait, selon Lazarus et Folkman (1984) ce sont les

événements qui déterminent le type de stratégies qui seront adoptées afin de faire face (parfois la solution alternative s'avère le meilleur moyen d'affronter la situation).

### **Le modèle transactionnel**

Corrélativement, tel que décrit par Hansez et De Keyser en 2003, trois éléments caractérisent le modèle transactionnel. De fait, pour Lazarus et Folkman (1984), la personne et son environnement sont imaginés dans une relation dynamique et bidirectionnelle. Dans ce sens, les caractéristiques subdivisées de la personne et de son milieu convergent pour donner un nouveau sens au processus d'évaluation de la situation (Lazarus, & Folkman, 1984). De plus, ce modèle théorique convient que des changements, se produisant au fil du temps, peuvent et doivent survenir dans l'adaptation à un stress (Hensez et al., 2003). Ce qui différencie les conséquences ponctuelles du stress (anxiété, crise, escalade des émotions) des conséquences chroniques du stress (détresse psychologique, épuisement professionnel, dépression). Finalement, ce modèle conçoit le stress comme un phénomène qui se renouvelle constamment au fil du temps et des situations vécues (Hensez et al., 2003).

Conjointement, il est important de souligner que Lazarus et Folkman (1984) perçoivent trois niveaux de stress dans leur perspective transactionnelle : 1- le niveau social (réseau social, profil culturel); 2- le niveau psychologique (variables personnelles et variables de la situation) et 3- le niveau physiologique (facteurs génétiques et conditionnement); (Hensez et al., 2003). Ces trois niveaux de stress forment une triade de concepts qui seront liés à ce mémoire de maîtrise afin de mettre en évidence les

concepts investigues par le chercheur, soit; 1- les stratégies d'adaptation (psychologique, sont les variables internes); 2- Le soutien social (niveau social, variables externes) et 3- la détresse psychologique (niveau physiologique et psychologique). Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) souligne que le stress psychologique est déterminé par la perception qu'à chaque individu de la relation qu'il entretient avec son environnement. Cette conception résulte de facteurs individuels et de facteurs contextuels ou environnementaux. Dans ce sens, le constat établi que la prise en considération des prédicteurs (variables personnelles et environnementales) ne suffit pas à expliquer les conséquences du stress sur la santé, sur le bien-être et sur le comportement des individus. La personne doit être capable de trouver des moyens pour faire face à la situation (voir figure 1).

Parallèlement, Lazarus et Folkman (1984) identifient des phases à l'adaptation d'une personne à une situation stressante. De fait, le processus d'ajustement débute par une évaluation cognitive de l'individu de l'événement vécu (que se passe-t-il). Cette étape brève, mais déterminante de prise de contact avec le stimulus est considérée comme étant la prémissse à l'adaptation (confrontation et réaction). Pour les concepteurs du modèle (Lazarus, & Folkman, 1984) trois grades d'évaluation cognitive font partie de cet aspect du «*coping*»: 1- l'évaluation primaire (l'événement risque-t-il de porter atteinte à mon intégrité?), une évaluation primaire considérée comme stressante peut conduire l'individu à développer des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ou sur le problème; 2- l'évaluation secondaire (quelles stratégies risquent de m'aider à résoudre le problème?), et 3- la réévaluation (la situation est-elle résolue ou faut-il que je

tente autre chose). C'est phases sont présentées à la Figure 2 qui expose le processus du coping, tel que défini par Lazarus et Folkman, 1984.

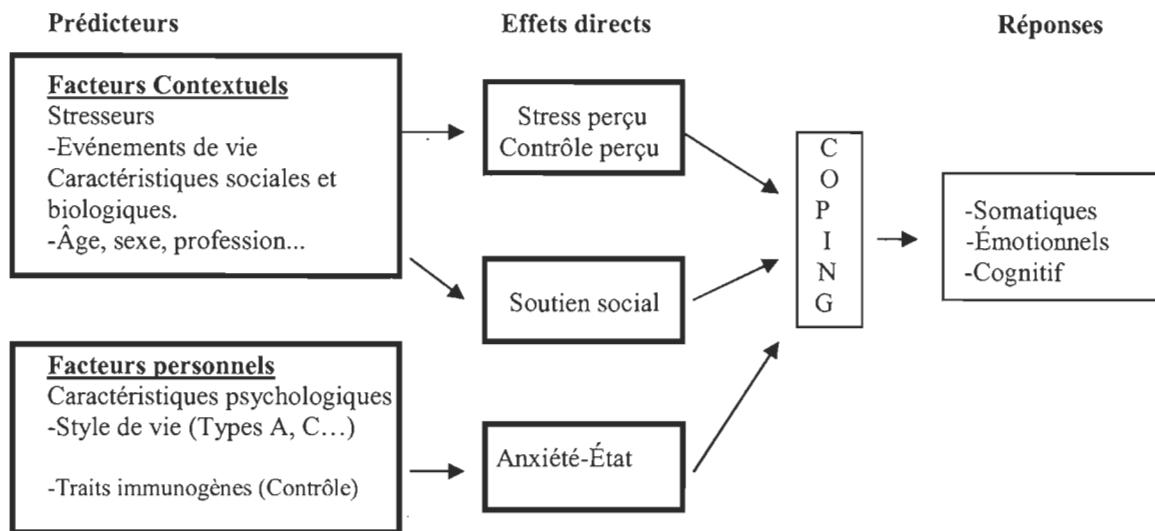
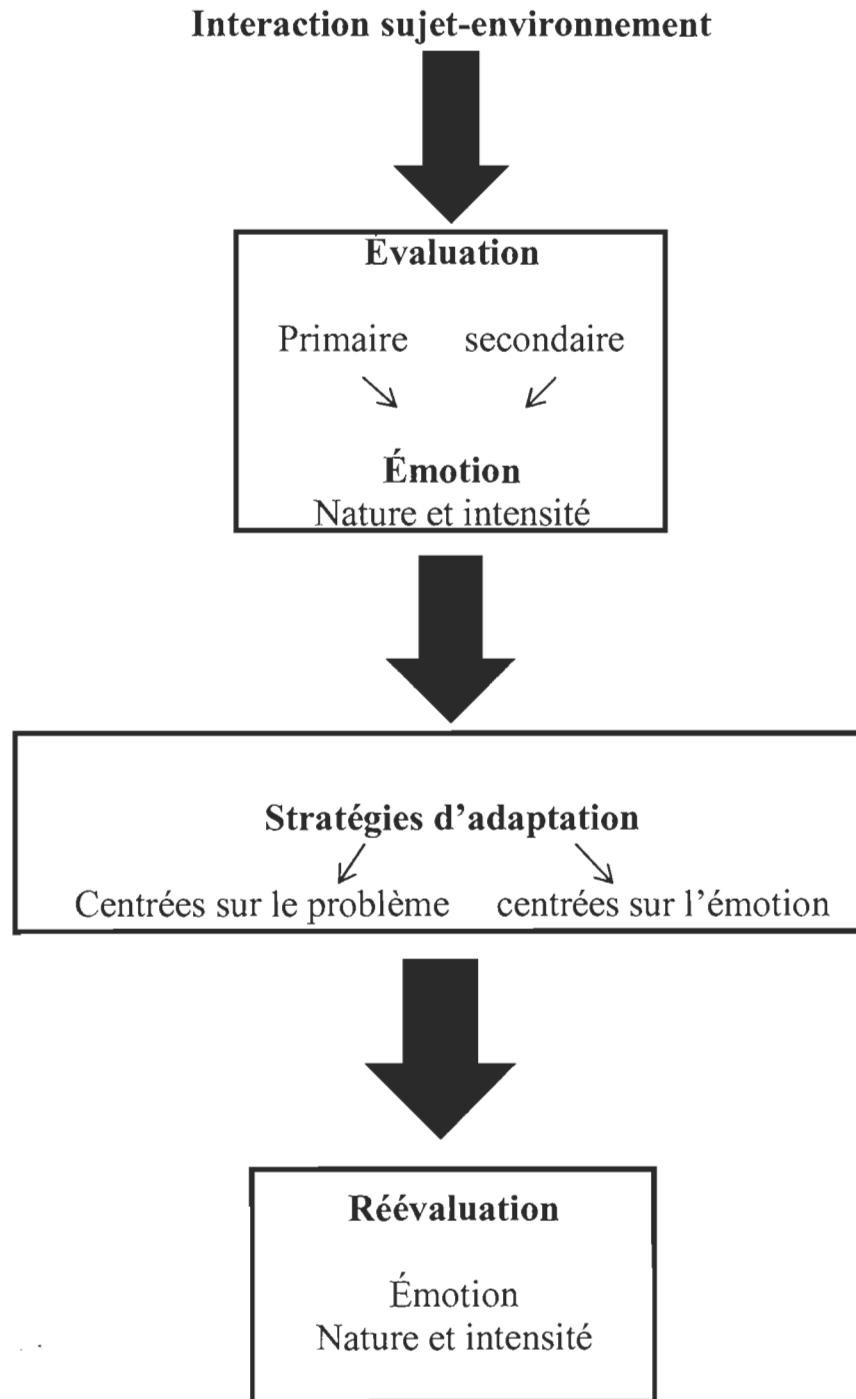


Figure 1. Schématisation du stress et de l'adaptation (Lazarus, & Folkman, 1984) et adaptation par Yanick Chrétien (2012).



*Figure 2. Schématisation du processus de coping (Lazarus, & Folkman, 1984) adaptation par Yanick Chrétien (2012).*

En bref, en prenant en considération l'aspect subjectif des individus, la théorie transactionnelle du stress aide à investiguer, empiriquement, les façons que ces personnes utilisent pour faire face aux situations problématiques et comment, la mise à jour constante du «*coping*» peut influencer leur acclimatation et leur santé mentale. Dans ce sens, il est donc possible de mieux comprendre l'adaptation des infirmières en approfondissant l'état des connaissances au niveau du stress vécu et des stratégies d'adaptation utilisées. Dans cette optique, cette théorie a donc été sélectionnée par l'auteur afin de servir de structure dans la mise en place (méthode), la réalisation (étude) et l'interprétation des résultats du projet SASSDY. Ses construits et son vocabulaire sont cohérent avec l'idée générale de la recherche.

## **Contexte théorique**

Ce segment du mémoire traite de différents aspects qui, individuellement ou collectivement, peuvent jouer un rôle au niveau de la condition mentale des jeunes infirmières. Dans la section qui suit (l'analyse), nous exposerons l'information théorique et empirique (éléments théoriques nécessaires à la compréhension du problème) recueillie pour définir cinq variables, soit, en introduction (les variables spécifiques à la population): 1- la génération Y et 2- l'exercice infirmier en général; suivra par la suite la description des variables théoriques de la problématique : 3- l'adaptation; 4- le soutien social et 5- la détresse psychologique. Conjointement, dans le but de saisir la portée des concepts en jeu et d'établir l'état des connaissances actuelles sur la détresse psychologique des jeunes infirmières, les résultats de différentes études empiriques récentes traitant de chacune des variables du projet SASSDY seront recensés, et ce, suite à chaque section de définition des termes (liaison de la recherche à l'état actuel des connaissances sur le sujet).

Les textes de l'ensemble des études retenues ont tous été lus de façon analytique afin d'en assurer la compréhension et d'en faire ressortir les éléments clés. L'extraction du contenu des articles a été faite en compilant les données dans des grilles comprenant: l'auteur, l'année et le lieu de la recherche, le but de la recherche primaire, le type de recherche, l'échantillon de la recherche, la méthode de collecte de données ainsi que les principaux résultats. Cette grille est une adaptation d'un outil fourni par la professeur Michelle Côté (UQTR) lors d'un cours de recherche à la maîtrise en sciences infirmières de 2010 (grille présentée à l'appendice A du mémoire). Aucune double vérification (professeur ou pair) des documents analysés avec l'aide de cet outil n'a été effectuée.

### **Variables de la population**

#### **L'infirmière et son exercice**

Cette première partie de la description du contexte théorique expose certains détails concernant la population à l'étude, soit les infirmières et leur exercice. De fait, cette variable sera ici décrite selon les différents auteurs et organismes qui s'y sont intéressés récemment (situation actuelle de l'état des connaissances sur la profession). Il est à spécifier que plusieurs études actuelles se sont intéressées à la profession infirmière, mais, la plupart du temps associée à d'autres variables comme le stress, l'adaptation, le soutien social. Dans ce sens, pour des besoins d'homogénéité dans le texte, ces études seront recensées, tout au long du chapitre, lors des passages relatifs à chacun des concepts qui composent le projet SASSDY.

Complexe et dynamique, l'exercice infirmier répond à l'évolution des besoins de santé et aux exigences variées d'un système de santé en constante mutation (OMS, 1996). Découlant de ces éléments, les infirmières ont donc parfois de la difficulté à définir et décrire leur fonction. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS); (1996), une définition du rôle de l'infirmière qui est intéressante serait celle donnée par Virginia Henderson :

Sans pareil, la fonction infirmière consiste à aider le malade ou le bien-portant dans l'accomplissement des activités qui contribuent à la santé ou à la guérison qu'il accomplirait seul s'il avait la force, la volonté ou les connaissances voulues, et cela dans un sens qui l'aide à recouvrer son autonomie au plus tôt. (p.4)

Cependant, cette vision des soins dite de mission ou encore de vocation semble de plus en plus révolue. En effet, Cohen (2000), dans ses écrits sur l'histoire des soins au Québec et leur évolution dans le temps, décrit l'infirmière des dernières décennies comme une femme ou un homme professionnel, qui a maintenant la possibilité d'expertise et donc le choix d'exercer son métier en faisant preuve d'autorité et d'indépendance dans son domaine de pratique. Néanmoins, la notion d'altruisme semble rester omniprésente et centrale dans les motivations intrinsèques des individus à vouloir exercer cette profession (Cohen, 2000; De Cooman, De Gieter, Pepermans, Dubois, Caers, & Jegers, 2008).

Pour sa part, l'OMS (1996) stipule que la mission des soins infirmiers dans la société est:

[...] d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. (p.5)

Parallèlement, l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIQ); (2012) définit l'infirmière comme étant celle qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en conformité avec l'exercice infirmier tel qu'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier; initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance; entreprendre des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique; effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance; effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance; déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des

téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent; appliquer des techniques invasives; contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal; effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes; administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance; procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique; mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance; décider de l'utilisation des mesures de contention. (Lois refondues du Québec, 2010)

Également, ces professionnelles de la santé évaluent l'état de santé des personnes, déterminent et assurent la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodiguent des soins infirmiers ainsi que des traitements médicaux (OIIQ, 2012). Toujours selon l'OIIQ (2012), l'infirmière planifie, dispense et évalue l'enseignement aux patients, à leurs proches et à des groupes de personnes. Finalement, elle accomplit des activités de promotion et de prévention de la santé.

### **La génération Y**

Les données recueillies afin de faire partie de cette revue systématique de la littérature du concept de la génération Y ont été recueillies dans la base de données «ERIC» via l'interface «EBSCOhost» (2011). Cette base de données est une référence en recherche documentaire reconnue et importante au niveau de la psychologie, de la sociologie, de la neuropsychologie et des sciences infirmières. Les mots clés utilisés afin

d'effectuer la recherche ont été trouvés à l'aide de l'outil (thesaurus) de cette base de données qui est disponible via l'intranet de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ces mots clés ont été : «*Y generation*» et «*work*». Également, les critères de sélection inscrits pour la recherche ont été «*full text*» et articles parus de janvier 2007 à août 2012 ainsi que «*peer reviewed*». Cette recherche a conduit le chercheur à conserver huit articles (études empiriques et revues systématiques) pour ce concept lié à la population du projet SASSDY. Il est à noter que beaucoup de références associées aux définitions du concept (abordé en deux temps, la génération et la génération Y) ont été tirées d'ouvrages non périodiques et périodiques consultés au cours des années 2011 et 2012.

Le dictionnaire de la langue française (Larousse, 2012) définit le terme génération comme étant «un ensemble, de personnes, ayant approximativement le même âge ou issues de la même époque». D'autre part, selon Allain (2005), les membres d'une génération donnée partagent une histoire et des valeurs communes. Conjointement, la durée d'une génération est délimitée, entre autres, en fonction du rythme selon lequel s'effectuent les changements sociologiques d'une société (Allain, 2005). Cependant, pour certains sociologues, le terme génération serait plus vaste (difficile de se rendre compte de son étendue en quelques lignes) et arborerait d'autres visages beaucoup plus complexes (Devriese, 1989). Par exemple, le pôle de la génération traité en psychologie par Piaget est fondé sur deux points essentiels du développement cognitif de l'enfant (Devriese, 1989). De fait, selon cet auteur, le côté psychosocial (ce que l'enfant apprend par transmission familiale, scolaire et éducation générale) ainsi que le côté inné de la

psychologie de l'enfant (développement cognitif spontané) jouent un rôle essentiel dans le fondement collectif des générations (Devriesse, 1989).

Découlant de ces éléments de définition, une nouvelle génération sociologique a su se distinguer des autres («X» et «*Baby-boomers*») depuis maintenant quelques années. Dans cette optique, la génération dite des «Y» fait ici l'objet d'une investigation documentaire, et ce, afin de faire ressortir ses principales caractéristiques et, par la suite, exposer les plus récentes études qui s'y sont intéressées. A priori, il est à noter qu'aucune génération n'est totalement homogène, même si elle présente des caractères dominants (Allain, 2005). Donc, il est important de préciser que la section qui suit tente d'exposer quelques particularités spécifiques à la génération Y sans pour autant faire une généralisation complète et inconditionnelle des individus qui la composent.

De fait, selon les écrits, la génération Y désigne les personnes nées entre 1978 et 1992 (Teuren & Anderson, 2010). En général, l'expression « Génération Y » désigne celle suivant la « Génération X » (individus nés approximativement entre 1965 et 1977). D'autres expressions sont couramment utilisées pour faire référence à cette génération. Les écrits parlent notamment des «Échos Boomers» lié au fait que beaucoup d'entre eux sont nés de parents bébé-boomers ou les «Enfants du millénaire» en lien avec le fait qu'ils ou elles soient nés à proximité de l'an 2000 et ont donc vécu avec l'avènement ainsi que l'accomplissement du changement de millénaire (Jamieson, 2009; Octobre, 2009). Selon Octobre (2009) l'expression « Digital Natives » est également utilisée, et ce, afin de cibler le fait que les jeunes de cette génération sont nés avec l'émergence des

nouvelles technologies. En effet, ils étaient assez jeunes lors de la sortie massive de l'informatique, de l'électronique portative ainsi que des réseaux sans fil (téléphonie mobile, photo numérique, GPS, ordinateur portable) pour en avoir acquis une maîtrise intuitive qui dépasse généralement les habiletés des autres générations (d'où le nom de « *Digital natives* ») (Octobre, 2009). Dans cette optique, considérés comme naturellement à l'aise avec l'informatique, les Y peuvent également être associés aux multiples outils de communication et aux applications liées au web (« Facebook », « Twitter », « YouTube », etc.). Ils sont également reconnus pour s'adapter très facilement aux nouvelles techniques en émergence dans les milieux de travail et académiques (Bennett, Maton, & Kervin, 2007; Dawson, Hamel, & Marcoux-Moisan, 2007; Nikirk, 2009).

Parallèlement, pour les membres de la génération Y, l'autorité ne rime pas toujours avec compétence et les compétences passent avant la hiérarchie. Ils réagissent avec colère et irritation aux baby-boomers qui revendiquent l'ancienneté et l'expérience (Zemke, Raines, & Filipzak, 2000; Pauget, & Dammak, 2012). De fait, en critiquant leurs aînés, ces jeunes adultes expriment également le besoin d'avoir de nouvelles certitudes (Pauget et al., 2012; Zemke et al., 2000). Contrairement à leurs parents, les jeunes de la génération Y ne placent pas le travail au premier plan. Ils recherchent l'équilibre entre le travail, la vie personnelle et la vie scolaire, revendiquant le droit de ne pas travailler lors des fêtes et les fins de semaine, voulant des congés afin de décompresser et des horaires flexibles (Jamieson, 2009), car la santé mentale et physique s'avère être leur priorité (Alain, 2005; Zemke et al., 2000). Également, dans un contexte

où la main-d'œuvre se fait rare (lié à la grande proportion de leurs parents à la retraite), leur arrivée dérange certains employeurs et collègues de travail plus âgés, car ils sont différents, de plus en plus nombreux et savent ce qu'ils valent et veulent (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2009; Lipscomb, 2010).

Le Tableau 1, tiré des écrits de Aubut (2011), décrit certaines caractéristiques fonctionnelles positives et négatives répertoriées pour chaque génération présentent dans la population (éléments de comparaison primordiaux afin de définir la génération Y). Ces générations représentent : les vétérans (1925-1945), les bébé-boomers (1946-1964), la génération X (1965-1981) et la génération Y ou du millénaire (1982-2000). Notons ici les divergences d'un auteur à l'autre au sujet des années délimitant les générations.

Tableau 1

*Les plus et les moins de chaque génération*

| Caractéristiques     | Vétérans   | Bébé-boomers  | Génération X   | Génération Y  |
|----------------------|--|---|--|---|
| Événements marquants | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerre et patriotisme</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospérité.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prépondérance des droits individuels;</li> <li>• Virage technologique;</li> <li>• Éclatement des familles.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internet;</li> <li>• Multiculturalisme</li> </ul>  |
| Avantages            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loyaux et stables.</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Axés sur le service</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souplesse;</li> <li>• Autonomie;</li> <li>• Créativité;</li> <li>• Nouvelles technologies.</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimiste;</li> <li>• Entreprenariat;</li> <li>• Ulratechnologiques;</li> <li>• Axés sur les réseaux.</li> </ul> |
| Inconvénients        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation plus difficile aux changements.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombrialisme;</li> <li>• Jugements de valeur rapides.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impatience;</li> <li>• Cynisme.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins de supervision et de structures;</li> <li>• Relations d'un à un plus rare (individualisme).</li> </ul>   |
| Messages porteurs    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous vous respectons.</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous êtes importants pour notre réussite.</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous avons toutes les nouveautés techniques.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous allez travailler avec des gens brillants et créatifs.</li> </ul>  |

Le segment qui suit relate certains écrits parus au cours des dernières années au sujet de la génération Y. Dans ce sens, des auteurs se sont intéressés à la génération Y, et ce, spécifiquement en lien avec le travail et les milieux académiques. Par exemple, pour Bennet et al., (2007), le fait de préconiser et de valoriser un virage technologique dans l'enseignement serait primordial pour la réussite scolaire des membres de la génération Y. Dans ce sens, ces natifs du numérique apprennent différemment par rapport aux générations passées d'étudiants. La revue systématique proposée par Bennet et al en 2007 conclut que l'avenir académique de cette génération d'étudiants dépend de l'apprentissage actif, des communications ainsi que des technologies qui leur permettent d'accéder à l'information et d'interagir avec les autres.

De plus, une étude effectuée par Lavoie-Tremblay, Paquet, Duchesne, Santo, Gavrancic, Courcy et Gagnon, en 2010, voulait examiner la perception du climat de travail chez trois générations de travailleurs de la santé (n=1376). Les résultats de cette étude amènent les auteurs à conclure que les stratégies se concentrant sur l'amélioration du climat de travail semblent bénéfiques pour toutes les générations de travailleurs de la santé (pas de différences, le climat de travail est important pour toutes les générations) (Lavoie-Tremblay et al., 2010). Néanmoins, les travailleurs de la génération Y semblent être à la recherche d'un milieu de travail qui fournit plus de possibilités de croissance dans leur environnement de travail, de développement professionnel et des défis actuels (différences identifiées par rapport aux autres) (Lavoie-Tremblay et al., 2010).

Également, une autre étude visait à savoir en quoi la génération Y est susceptible de modifier la gestion dans les organisations socio-sanitaires françaises. Ce projet, effectué auprès de 14 gestionnaires ayant eu à encadrer des jeunes de la génération Y dans le passé, apporte le fait que le conflit qui existe entre les générations (bébé-boomers et Y) pourrait mener à plusieurs sphères d'évolution au niveau de la gestion et de l'organisation en milieu de travail (Pauget, & Dammak, 2012). Par exemple, ces auteurs apportent le fait que l'adoption de nouvelles valeurs comme le bien-être et l'importance des interactions relationnelles pourrait aider à la croissance des relations intergénérationnelles et aider à susciter la contribution des professionnels de la santé à l'organisation (Pauget & Dammak, 2012).

Conjointement, pour Lower (2008), lors de sa revue systématique de la littérature sur les jeunes infirmières de la génération Y, les principaux facteurs de stress au travail chez les infirmières en immersion sont le manque d'expérience ainsi que le fait de devoir faire face à de nouvelles situations. De plus, plusieurs facteurs d'insatisfaction au travail semblent pousser ces jeunes à quitter leur emploi, soit : l'incompétence des collègues, les relations conflictuelles avec les autres professionnels comme les médecins, le manque d'opportunités de croissance et de reconnaissance dans la carrière, la grande responsabilité liée à leur tâche, le déséquilibre entre le travail, la vie personnelle et les horaires de travail difficiles (Lower, 2008). Une autre recherche concernant la motivation de 344 nouvelles diplômées en sciences infirmières belges, à leur travail, conclut que les nouvelles infirmières semblent conserver les mêmes motivations à la pratique infirmière que les anciennes générations. De fait, l'altruisme et le désir de

prendre soin restent les principales raisons de motivation des répondants dans leur choix de carrière (De Cooman et al., 2008). Cependant, certaines motivations n'ont pas ressorties comme étant les plus importantes, par exemple la conciliation travail-vie personnelle et les heures consacrées aux activités professionnelles (De Cooman et al., 2009). Ces auteurs notent néanmoins certaines tendances, qui seraient caractéristiques à la nouvelle génération d'infirmières, soit : les préoccupations pour la reconnaissance, la formation continue et les relations interpersonnelles

### **Variables théoriques**

#### **Le stress et l'adaptation**

Ce segment de la recension des écrits traite de deux concepts fusionnels, soit le stress et l'adaptation. Dans la première partie de cette section (la définition et la mise en contexte théorique des concepts), le texte a été rédigé avec le soutien d'ouvrages scientifiques non périodiques (livres, mémoires de maîtrise, thèses de doctorat). Ces écrits théoriques ont été trouvés et consultés par l'auteur avec l'aide de l'outil de découverte de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) de la période s'étendant du 6 septembre 2010 au 20 août 2012 inclusivement. Pour la deuxième portion (la recension des études traitant du stress et de l'adaptation), les recherches consultées et présentées proviennent de deux principales bases de données disponibles sur le site internet de la bibliothèque de l'UQTR et de l'interface EBSCO soit : PsycINFO et CINAHL. Ces bases de données sont reconnues et recommandées pour la recherche en sciences infirmières. L'auteur tient à préciser que les études traitant du stress en général

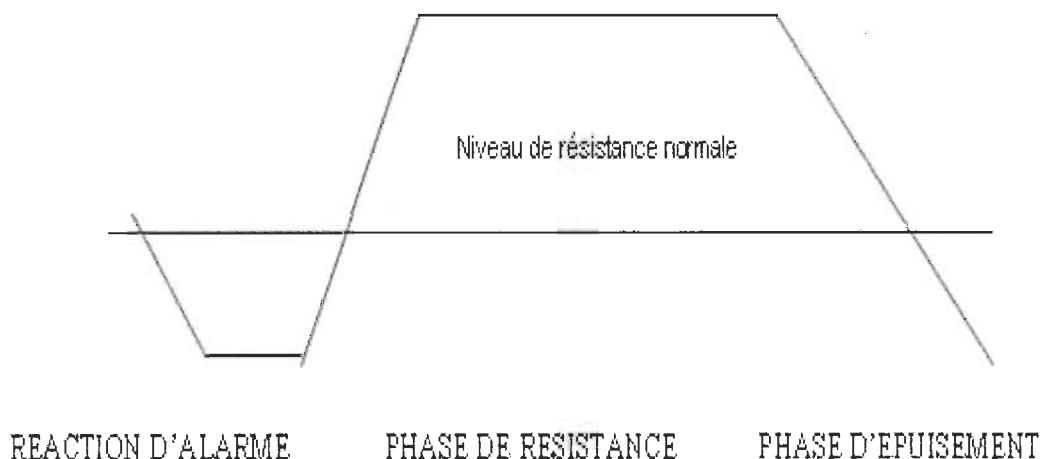
sont extrêmement nombreuses, alors, celles qui ont été retenues ont uniquement été les études récentes et pertinentes concernant le stress en lien avec l'adaptation «coping».

Les liens entre le stress et le travail des infirmières teintent également la recension.

Les investigations sur les deux bases de données (PsycINFO, CINAHL) ayant exposé des résultats similaires, seule la recherche sur CINHAL sera décrite ici. De fait, suite à une recherche avec les mots clés (trouvés à l'aide de l'outil : «*CINHAL headings*») : «*coping*», «*stress*» et «*work*», comprenant les demandes «*full text*», «*peer reviewed*», «*adult: 19-44 years*», anglais et français pour le langage ainsi que les études datant de janvier 2007 à août 2012, 77 documents périodiques ont été révélés par la base de données. De ces 77 articles, 66 ont été exclus après lecture analytique des textes ou des résumés, et ce, afin de laisser place à 11 ouvrages jugés pertinents dans la compréhension et la mise en place du projet SASSDY.

**Le stress.** Au cœur de sa vie, l'être humain est perpétuellement confronté à des situations et à des événements qui suscitent en lui diverses émotions (colère, peur, anxiété, tristesse, joie, amour, etc.) (Gramer et Saria, 2007). Ces événements peuvent être banals et quotidiens, comme des conflits familiaux, de la surcharge au travail, ou plus aigus et soudains, comme, par exemple, un diagnostic de cancer ou un accident (Gramer, & Berner, 2005). C'est lorsque ces divers bouleversements émotionnels sont perçus par l'individu comme menaçants pour son intégrité physique et psychique qu'on

peut alors parler de stress. De fait, la notion de stress émerge de façon concrète au cours des années 1930, et ce, à partir des travaux d'un physiologiste Hongrois, le docteur Hans Selye. Cet auteur, jette les premières bases dites physiologiques (volet fonctionnel du stress au niveau de l'organisme vivant) du syndrome général d'adaptation à la même époque où certains autres chercheurs tentent d'aborder la définition du stress d'une façon plus psychologique. Les phases du syndrome général d'adaptation (1- l'alarme; 2- la résistance et 3- l'épuisement) sont exposés à la figure 3. Selye, 1988, définit le stress comme étant une réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Toujours selon, Selye (1988), le stress vécu par un individu est l'état dans lequel se trouve son organisme et dont le bien-être est menacé et qui n'a pas de réponses immédiates pour réduire cette menace. Cette définition inclue les notions de stress physiologique, psychologique et social.



*Adaptation de Selye (1988)*

Figure 3. Schématisation du syndrome général d'adaptation

Parallèlement, le concept du stress s'est développé à travers l'histoire et la recherche et il s'est peu à peu éloigné des bases (considérées comme statique) dressées par Selye, et ce, pour faire place à une vision plus globale et plus mobile (biopsychosociale) du stress. En effet, pour des auteurs comme Lazarus et Folkman (1984) le stress est le produit d'une transaction entre la personne et son environnement. Dans ce sens, pour ces auteurs le stress psychologique correspond à une relation particulière entre la personne et l'environnement, qui est évaluée par la personne comme épuisant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être (Lazarus, & Folkman, 1984). Il s'agit dès lors de comprendre pourquoi un individu perçoit ou non un événement comme stressant et de quelle façon il s'y adapte. Dans ce sens, pour ces auteurs (Lazarus, & Folkman, 1984), le degré de stress ainsi que la santé psychologique semblent être liés à la façon dont les personnes s'adaptent (*coping*) aux situations ainsi qu'aux conséquences qu'ont certaines conditions (ex : travail) sur leur vie et leur santé mentale. Pour Lazarus et Folkman, (1984), le stress ne doit pas être vu de façon unidimensionnelle, mais plutôt comme un ensemble complexe de plusieurs variables et de processus qui sont en interaction constante.

De fait, une relation giratoire peut s'installer entre le stress perçu par un individu, l'anxiété développée ou non par celui-ci et le vécu émotionnel que cette relation engendre (Gramer, & Berner, 2005; Weinstein, & Quigley, 2006). Dans ce sens, les chercheurs avancent que l'évaluation cognitive du conflit ainsi que la recherche de

solutions auraient des impacts majeurs sur la résolution de problèmes ainsi que sur l'adaptation des sujets face à une situation problématique (Lazarus, & Folkman, 1984). D'autres écrits établissent un parallèle intéressant entre la notion de stress psychologique et le travail, définissant le stress vécu comme une réponse du travailleur devant des exigences d'un événement ou d'une situation pour lequel il doute de disposer des ressources nécessaires pour l'affronter. L'individu estime donc devoir faire face au problème (Hansez et al., 2003).

**L'adaptation (le «coping»).** Le «coping» semble découler de deux différentes approches théoriques (psychodynamique et contextuelle) qui ont grandi côte à côte au fil du temps et ont su, chacune à leur manière, ériger les bases fondamentales des théories de l'adaptation. Dans ce sens, selon la recension des écrits de Tétrault (2005), l'approche psychodynamique présente le «coping» comme étant un processus inconscient utilisé pour affronter les situations de stress. Les tenants de cette approche associent le «coping» aux mécanismes de défense et, pour ces théoriciens, l'utilisation des types de stratégies d'adaptation est une question de préférence personnelle (ex. : traits de personnalité). L'approche contextuelle pour sa part réfère à l'interaction entre les caractéristiques personnelles d'un individu et l'environnement physique et social dans lequel il évolue, «plaçant l'emphase» sur le choix de l'individu de faire face ou non à une situation (Dumont, 2001).

Dans cette vision théorique (approche contextuelle), on parle de stratégies d'adaptation «coping» pour désigner les réponses et les réactions que l'individu va développer pour

maîtriser, amoindrir ou tout simplement tolérer l'évènement que celui-ci doit surmonter (Lazarus, & Folkman, 1984). Selon ces auteurs, la capacité à faire face correspond à l'ensemble des pensées et des actes développés par le sujet pour résoudre les problèmes et réduire le stress que ceux-ci engendrent. Le «*coping*» vise donc la minimisation du lien stress-détresse et il est toujours présent lorsque l'individu perçoit une demande d'adaptation (adaptation psychosociale en période de stress); (Dumont, 2001). De plus, le «*coping*» présente également un caractère dynamique, et peut évoluer en même temps que la situation se modifie (Folkman, & Lazarus, 1988). Selon ces sources, les stratégies d'adaptations ne sont pas spécifiques, mais générales, car elles sont déterminées par certaines caractéristiques propres à chaque individu comme par exemple les traits de personnalité ou encore les ressources externes (entourage); (Lazarus, & Folkman, 1988).

Conjointement, des ouvrages récents ont traité des concepts de stress et d'adaptation, et ce, particulièrement en lien avec une vision dite contextuelle ou interactionniste. Dans ces approches, l'accent est placé sur la dimension cognitive entre le stimulus et la réponse, le stress ne peut pas être réduit par la source de stress et non plus par les composantes individuelles. De fait, pour Lecomte, Stip, Caron et Renaud (2007), l'adaptation est définie comme l'ajustement de l'individu entre deux aspects de sa vie: 1- la présence des habiletés nécessaires au fonctionnement social et 2- la performance dans les rôles sociaux. Il est à noter cependant que les résultats de leur étude effectuée auprès de 153 participants provenant de la clinique externe de psychiatrie du centre-ville de Montréal et de deux ressources communautaires d'hébergement et de réinsertion au travail, n'ont pas su soutenir les postulats de la théorie transactionnelle voulant que les

événements de vie et les tracas quotidiens influencent négativement l'adaptation et que les variables de l'adaptation médiatisent la relation entre les stresseurs et l'adaptation (Lecomte et al., 2007). Ces résultats (qui sont comparés à ceux du projet SASSDY au chapitre VI du présent mémoire) apportent une nuance à la théorie transactionnelle, en suggérant que les principes de l'adaptation et leur efficacité peuvent varier d'une population à l'autre (personnes atteintes de maladies mentales, travailleurs, etc.).

Au niveau du travail, une étude datant de 2009, effectuée auprès de 843 travailleurs et travailleuses (en entreprise) de Chine, montre que l'exposition aux facteurs élevés de stress est directement associée à des niveaux plus élevés de dépression (Chen, Siu, Lu, Cooper, & Phillips, 2009). Cependant, un soutien social perçu comme adéquat et de bonnes méthodes tampons (stratégies d'adaptation) semblent diminuer l'effet négatif du stress sur la dépression. Dans cette optique, une autre recherche exécutée chez 488 travailleurs (en entreprise de construction) japonais tend à démontrer que le fait d'utiliser des stratégies d'adaptation axées sur le problème et la détente peuvent réduire les réactions de stress (Shimazu & Schaufeli, 2007). De plus, la combinaison de ces deux facteurs est corrélée positivement au rendement au travail (Shimazu & al., 2007).

Dans un autre ordre d'idée, une étude effectuée chez 112 infirmières chinoises spécialisées en salle d'opération est parvenue à mettre en évidence l'importance qu'a l'environnement de travail et la perception individuelle des travailleuses de la santé sur le stress perçu (Chen, Lin, Wang, & Hou, 2009). Dans ce sens, les résultats de cette étude tendent à démontrer que le niveau de stress et la satisfaction au travail des

infirmières chinoises seraient directement liés au type d'hôpital dans lequel elles travaillent (environnement) et à la manière dont elles s'adaptent aux situations (stratégies destructrices ou constructives) (Chen et al., 2009). Également, une recherche effectuée auprès de 102 infirmières chinoises, travaillant dans le milieu des soins intensifs, montre que le sentiment de contrôle sur la situation est une des composantes majeures liées à une adaptation efficace lors d'une situation stressante (Li, & Lambert, 2008). Allant dans le sens d'une perspective dynamique entre les travailleurs et leur environnement, les résultats des études de Chen et al. (2009) et de Li et al. (2008) semblent aller beaucoup plus dans le sens d'une perspective transactionnelle du stress que celle de Lecomte et al., (2007).

Dans cette ligne d'idée, une étude effectuée par, Lim, Hepworth et Bogossian (2009) apporte une vision plus globale et mobile aux concepts de stress et d'adaptation. En effet, cette recherche réalisée auprès de 23 infirmières de Singapour (questionnaires électroniques) a su identifier d'autres dimensions à la problématique du stress au travail. Par exemple, ces infirmières ont elles-mêmes identifié certains aléas de la vie quotidienne dont les contraintes de temps et les rôles multiples comme étant des tracas à ne pas négliger au niveau du stress. Corrélativement, trois facteurs ont été identifiés par ces auteurs comme étant des moyens de faire face au stress vécu : prendre le temps, le soutien émotionnel et un fort système de valeurs (Lim et al., 2009). Ces auteurs apportent le fait que l'interaction entre la vie personnelle et professionnelle joue un rôle majeur au niveau de la fluctuation du stress vécu. Cependant, selon ces chercheurs, ce stress peut être amélioré grâce à une gestion efficace et un soutien adéquat.

Paradoxalement, les résultats d'une autre recherche voulant explorer les effets modérateurs du «coping» et du soutien social sur le stress et la dépression, effectuée chez 141 infirmières taiwanaises spécialisées en psychiatrie, tendent à dire, pour cet échantillon, que le fait de faire face n'est pas un modérateur significatif sur la relation entre le stress au travail et les scores de dépression (Lin, Probst, & Hsu, 2009).

Parallèlement, une étude (trois questionnaires standardisés) effectuée par Burgess, Irvine et Wallymahmed en 2010 auprès de 46 infirmières travaillant dans des unités de soins intensifs en Angleterre tend à démontrer que le niveau de stress perçu au travail n'est pas nécessairement lié à l'environnement de travail. En effet, selon ces résultats les infirmières de soins intensifs n'ont pas perçu leur lieu de travail (milieu aigue) comme un apport de stress supplémentaire (pour ces infirmières l'environnement semble moins important que la perception). Dans une autre optique, certains traits de personnalité comme l'ouverture, l'amabilité ainsi que l'adoption de stratégies d'adaptation telles que la planification active et le recadrage ont été associés par ces travailleuses de la santé à une bonne manière de résoudre les problèmes (Burgess et al., 2010).

De plus, une autre recherche, réalisée auprès de 135 infirmières de soins intensifs des États-Unis, a révélé que le stress perçu n'était pas nécessairement lié au fait qu'elles travaillaient dans un milieu de soins aigus (Hays, All, Mannahan, Cuaderes, & Wallace, 2009). Dans ce sens, les infirmières américaines ont, entre autres, souligné que le personnel infirmier incompétent, la prise de décisions difficiles et la prolongation inutile de la vie étaient des facteurs de l'environnement de travail importants dans

l'accroissement du stress qu'elles perçoivent comme nocif. Les stratégies d'adaptation qu'elles ont jugées comme étant les plus efficaces pour contrer le stress ont été la résolution de problèmes et la recherche de soutien social perçu comme adéquat et suffisant (Hays & al., 2009). Pour leur part, Andrews et Wan, selon les résultats de leur étude effectuée en 2009 (auprès de 1235 infirmières des États-Unis), tendent à soutenir le fait que les conséquences sur la santé du stress en milieu de travail sont modifiées par l'utilisation de stratégies d'adaptation active et semblent jouer un rôle bénéfique sur la santé mentale des infirmières en réduisant leur niveau de stress au travail.

### **Le soutien social**

Ce segment traite d'un concept de nature complexe de par sa constante mouvance : le soutien social. Cette notion est ici définie, en la situant historiquement dans le temps et en traitant des facteurs importants qui la caractérise généralement puis spécifiquement en lien au stress au travail vécu par les jeunes infirmières. Par la suite, une recension exhaustive de la littérature traitant de ce concept viendra clore cette partie du chapitre. Le matériel utilisé pour définir le soutien social a été recensé par l'auteur de la période s'étendant du mois de septembre 2011 à la fin août 2012. Les études consultées et présentées dans la recension concernant le soutien social proviennent, pour la majorité, d'une seule des bases de données disponibles sur le site internet de la bibliothèque de l'UQTR et de l'interface EBSCO soit : CINAHL. Cette base de données est un outil reconnu et recommandé pour la recherche en sciences infirmières. Dans cet ordre d'idée, suite à une recherche avec les mots clés (trouvés à l'aide de l'outil «*CINHAL*

*headings») : «social support», «work environment», comprenant les commandes «full text», «peer reviewed», «adult: 19-44 years», incluant les articles rédigés en anglais et en français ainsi que les études datant de janvier 2008 à août 2012, 27 documents périodiques ont été trouvés par la base de données. De ces 27 articles, 15 ont été exclus après lecture analytique des textes ou des résumés pour laisser place à 12 jugés pertinents et cohérents avec l'ensemble du mémoire.*

Certains auteurs ont tentés de définir le soutien social. Dans ce sens, ce concept, considéré comme étant extrêmement labile, est souvent défini comme la provision d'aide de différente nature qu'une personne peut recevoir ou fournir à une autre personne (Camirand & Dumitru, 2011; Cutrona & Russel, 1987; Tousignant, 1987). Cette définition découle de certaines études qui démontrent que l'environnement social (d'un individu) perturbé par une carence dans les groupes de soutien ou les réseaux de communication qui le compose est plus souvent associé à des problématiques de santé mentale (Tousignant, 1987). Parallèlement, selon Camirand et Dumitru (2011), le soutien social indique la dispensation de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des personnes considérées comme des non-professionnels ou des professionnels. Le soutien social, tel que défini par Camirand et al. (2011), se distingue cependant du concept de réseau social qui lui, ramène à l'ensemble des liens sociaux que peuvent entretenir les individus, des cognitions et des comportements qu'ils peuvent obtenir ou adopter dans la collectivité.

Également, le construit du soutien social est considéré comme un concept de nature multidimensionnelle, exerçant diverses fonctions, telles que le soutien émotif, la valorisation, la dispensation d'informations ou l'aide matérielle (Camirand et al., 2011). Dans cette optique, ce concept est également défini comme étant l'aide disponible, provenant du réseau social de la personne. Cette aide est apportée, lorsque nécessaire, et ce, en témoignant de l'intérêt à l'individu en lui conférant de la valeur, en lui prodiguant de l'affection ou en le conseillant (Cutrona & Russel, 1987). C'est également la satisfaction ressentie du soutien social reçu et la perception de sa valeur face aux autres individus et il est caractérisé par trois sous dimensions : les conseils, l'assurance en sa valeur et l'intégration sociale (Cutrona & Russel, 1987). Selon les écrits, le soutien social pourrait agir comme facteur de protection contre la détresse (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Cependant, selon ces sources, les types de soutien peuvent varier en fonction de la population (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Dans ce sens, les formes de soutien social associées à un faible niveau de détresse psychologique chez les femmes ne sont pas nécessairement des modérateurs significatifs de détresse chez les hommes (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Complémentairement, Lazarus et Folkman (1984) aborde la notion de soutien social comme étant une des trois variables importantes dans le cheminement de l'individu vers une adaptation efficace (notion incluse dans le modèle transactionnel comme étant un des concepts centraux de la théorie).

Conjointement, un autre auteur apporte le fait qu'une perturbation du soutien social pourrait avoir une relation avec des symptômes physiques et psychologiques de

dépression (Compas, 1987). Pour Cobb (1976), le soutien social représente la communication de l'affection et la mise en place d'un lien entre deux personnes, de même que l'équilibre ou la fréquence des rapports. Le soutien social peut se mesurer en fonction de la structure des relations interpersonnelles et de la source du soutien : le conjoint, la famille et les amis, par exemple (Cobb, 1976). De plus, le réseau de soutien d'une personne ne se limite pas seulement aux membres de la famille ou aux amis, mais inclut également le réseau informel qui peut être issu du voisinage, du milieu de travail et de la communauté en général (Caplan, 1988). Selon cet auteur, le système de soutien est primordial dans le maintien du bien-être des individus face aux exigences de la vie et aux situations de crise (Caplan, 1974). Également, le soutien social (de façon générale) influence la santé par le biais des émotions, des cognitions et des comportements de l'individu par rapport au groupe ou à la société (par Exemple, rendre un service) (Camirand et al., 2011).

Le soutien a également été observé et défini par des auteurs en regard à l'environnement de travail. Dans cette optique, dans sa revue de la littérature de 1999, Cossette associe le soutien social à l'insertion professionnelle des jeunes enseignants en début de carrière. De fait, il indique que l'intégration en milieu professionnel fait partie intégrante d'un processus de socialisation qui permet aux nouveaux arrivants d'acquérir et d'assimiler leur nouveau rôle de professionnel et de s'approprier la culture sociale de l'institution d'adoption (Cossette, 1999). Cet auteur, apporte le point que les jeunes travailleurs ne bénéficiant pas de soutien social, ressentent une plus grande détresse psychologique et un niveau d'épuisement plus élevé. De plus, selon Ruiller (2008), la

perception d'avoir du soutien de la part du supérieur hiérarchique (assistante, chef d'unité) serait un des éléments qui ajouterait à la construction de la confiance en un soutien social dit «organisationnel». L'engagement affectif de la personne envers son intuition d'appartenance serait même influencé par la manière dont elle perçoit sa propre valeur pour ses employeurs (Ruiller, 2008).

Un grand nombre d'études récentes se sont intéressées au soutien social en rapport au travail ou à la détresse psychologique. La revue des écrits concernant de concept relate certaines recherches qui sont nécessaires à la compréhension du rôle de cette variable dans la santé mentale au travail. Par exemple, l'étude de Chenot, Benton et Kim (2009), rapporte l'importance allouée au soutien fourni par les supérieurs ou les pairs en lien au niveau de rétention de personnel, et ce, auprès de 767 individus (groupes de jeunes employés qui ont été comparés aux travailleurs plus expérimentés) travaillant dans des services d'aide à l'enfance de Californie. Les principaux résultats de cette recherche révèlent que, pour cet échantillon, le facteur prédisant le mieux l'intention de rester au sein de l'organisation était le soutien apporté par le superviseur ou le supérieur immédiat (valorisation, conseil, soutien moral). Cependant, le soutien apporté par les pairs n'a pas été associé significativement à la rétention. Également, plus le répondant était expérimenté, moins il semble accorder d'importance au soutien accordé par les supérieurs dans leur décision de rester ou non à l'emploi de l'organisation (Chenot et al., 2009). Parallèlement, chez 168 enseignants et enseignantes du New Jersey aux États-Unis, le manque de soutien (valorisation, conseil) au travail prédit positivement l'anxiété et la dépression (Mahan, Mahan, Park, Shelton, Brown, & Weaver, 2010). En

d'autres termes, moins ces enseignants percevaient de soutien au travail, plus ils ressentaient de l'anxiété et des symptômes de dépression (Mahan et al., 2010).

Les résultats d'une autre étude, effectuée auprès de 422 employés de centre de santé du Mississippi, suggèrent que la présence de superviseurs et de mentors (prodiguant des conseil, de la valorisation active et favorisant l'intégration) en milieux de travail peut servir de ressources qui minimisent l'épuisement émotionnel des nouveaux travailleurs, et ce, grâce, à l'effet d'accroissement du sentiment d'intégration (Thomas & Lankau, 2009). Conjointement, une étude quasi-expérimentale concernant l'implantation de groupes d'entraide dans la prévention du stress et le «*burnout*» chez les professionnels de la santé ( $n = 660$ ) conclut que le soutien apporté par les pairs lors des groupes (utilisation d'une méthode d'adaptation fondée sur la résolution de problèmes) pourrait être un outil favorable pour contrer le stress au travail (Peterson, Bergström, Samuelsson, Marie Asberg, & Nygren, 2008). Cette étude a également révélé que plusieurs points émanant de ces groupes étaient perçus (par les participants) comme bénéfiques pour l'amélioration du bien-être et de la confiance en soi au travail. Par exemple : avoir l'impression de pouvoir échanger avec les autres dans une situation difficile; avoir la perception d'appartenir à un groupe; avoir le sentiment de pouvoir accroître sa confiance en soi avec l'aide de la valorisation du groupe; percevoir de l'encadrement et de la structure et sensation de soulagement des symptômes dû au stress (communication, ventilation); (Peterson et al., 2008).

Certains ouvrages ont tenté d'exposer les relations existantes entre le soutien social et le stress ou la détresse psychologique vécue au travail par les infirmières. Par exemple, la recherche de Negeliskii et Läutert (2011) visait à décrire les relations existantes entre le stress professionnel, le travail et le soutien social de 368 infirmières du Brésil. Les résultats émanant de cette étude tendent à soutenir le fait que le soutien social perçu comme adéquat (bonne intégration, sensation de pouvoir demander conseil, sentiment de compétence) a une influence positive considérable sur tous les groupes exposés au stress au travail (Negeliskii et al., 2011). Ces auteurs vont même jusqu'à affirmer que le soutien social peut être vu comme une action pouvant être utilisée afin de prévenir et de réduire le stress au travail. D'autres études soutiennent l'idée que le soutien inadéquat est positivement lié à la diminution du bien-être et à l'épuisement professionnel des infirmières (Hamaide, 2011; Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, & Lens, 2008). L'étude exploratoire de Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Linas, Desforges et Marchionni (2008), s'intéressant à la rétention des jeunes infirmières (n=1002) indique que l'amélioration du soutien social ainsi qu'une valorisation des capacités des jeunes travailleurs de la santé les poussent à rester fidèles à leur organisation.

Également, pour Underwood, Mowat, Meagher-Stewart, Deber, Baumann, MacDonald, Akhtar-Danesh, Schoenfeld, Ciliska, Blythe, Lavoie-Tremblay, Ehrlich, Knibbs & Munroe (2009), afin de pratiquer efficacement, les infirmières spécialisées en milieu communautaire ont besoin de bonnes relations d'équipe et d'un soutien efficace de leurs supérieurs. Dans cette optique, la plupart des 13 000 infirmières interrogées lors de l'enquête d'Underwood et al. (2009), étaient confiantes dans leurs relations avec les

autres infirmières et la plupart des autres professionnels avec lesquels collaboraient dans leur pratique. Cependant, les relations avec les cohortes de médecins ont ressorti comme étant plus difficiles que les autres et ont été identifiées comme un facteur important dans le soutien interdisciplinaire perçu (Underwood et al., 2009). Ces observations au niveau des relations infirmières-médecins ont également été perçues par des infirmières de la Jordanie. En effet, dans l'étude descriptive comparative de Mrayyan (2009), effectuée auprès de 463 infirmières au total (228 infirmières de soins intensifs et 235 d'unités de soins moins aigus), les infirmières ont identifié les conflits avec les médecins comme étant un facteur de stress très important dans leur emploi et perçoivent un manque de soutien de leur part.

### **La détresse psychologique**

Dans cette dernière portion de la recension, le concept de détresse psychologique sera défini, et ce, selon des écrits non périodiques (livres, mémoire ou thèses) et périodiques, consultés par le chercheur au cours des années 2010 à 2012. La manière dont les auteurs ont utilisé ce concept dans les études antérieures sera, suite à la définition du concept, exposée de façon exhaustive, et ce, à l'aide d'une revue de la littérature. Dans cette optique, les données utilisées pour approfondir la revue systématique de la littérature du concept de la détresse psychologique ont été recueillies dans «PsycINFO» via l'interface «EBSCOhost» (2011-2012) disponible à l'UQTR. Les mots clés utilisés pour la recherche ont été trouvés avec l'option «*Thesaurus*» de la base de données. Ces mots clés sont «*psychological distress*» et «*work environment*».

Dans le but de réduire le corpus d'études primaires, les commandes «*Linked Full Text*» et «*Peer Reviewed*» ont également fait partie de la recherche. De plus, seuls les articles (en anglais et en français) datant de janvier 2008 à août 2012 ont été préservés pour la recension. Dans cette ligne d'idées, au moment de l'investigation documentaire, neuf périodiques, comprenant tous les critères de sélection, ont été affichés par la base et consultés par l'auteur. Cinq de ces neuf documents ont été conservés pour le corpus final. Il est important de spécifier que d'autres ouvrages périodiques, cumulés lors de précédentes recherches, effectuées de 2010 à 2012, se sont greffés à cette revue de la littérature afin de pouvoir définir de façon complète la vaste notion de la détresse psychologique.

La détresse psychologique est un concept (émergence au cours des années 1970 et 1980) qui se veut complexe de par sa nature générale et son lien de globalité avec la santé mentale. Son évolution lente dans la science provient du fait, qu'encore aujourd'hui, peu d'études s'y sont intéressé. En effet, les auteurs se sont plutôt penchés sur des concepts plus connus et plus pointus tels que l'épuisement professionnel, l'anxiété, la dépression et le stress. Faire la distinction entre ces notions (de nature ciblée) et celle de la détresse psychologique (plus globale) s'avère être une manœuvre plutôt difficile puisqu'ils semblent tous s'orientés vers la même direction. C'est-à-dire, une description d'un déséquilibre ou d'une atteinte au niveau psychologique de l'individu qui est visible par l'expression de différents symptômes non spécifiques à une psychopathologie proprement dite (Marchand, 2004).

Néanmoins, certains écrits ont, à leur façon, su bien aborder la question de la détresse psychologique. En effet, selon Perrault (1987), la détresse est à l'ensemble de la santé mentale ce que l'hyperthermie est à la globalité des processus infectieux. De fait, ce concept est décrit par cet auteur comme étant un ensemble de symptômes pouvant être observés, un signe évident d'un problème auquel il se rattache. Cependant, contrairement à la fièvre, le seuil de détresse psychologique n'est pas connu et il n'est donc pas possible de déterminer les individus ayant un niveau pathologique de détresse psychologique (il y a néanmoins des normes populationnelles) (Perrault, 1987). La définition et la mesure de la détresse psychologique se veulent plus générales que les notions de stress ou d'épuisement professionnel, puisqu'elles englobent de nombreux signes et symptômes compris dans la définition de ces deux autres concepts (Illfeld, 1976). De plus, contrairement à l'épuisement professionnel, qui est associé à la situation de travail, la détresse psychologique ne s'applique pas à une situation ou à un lieu spécifique, elle est plutôt d'ordre général (l'antagoniste de la détresse psychologique est le bien-être psychologique ou simplement l'absence de détresse) (Deschesne, 1998).

Illfeld (1976) et Deschesnes (1998), incluent quatre composantes à la structure interne de ce concept : 1- la dépression; 2- l'anxiété; 3- les troubles cognitifs et 4- l'agressivité (irritabilité). Ces composantes se caractérisent par une panoplie de symptômes qui peuvent émerger à un stade prépathologique (par exemple : l'anxiété, l'attitude dépressive, la réduction des capacités cognitives, le manque d'énergie et l'insomnie); (Marchand, 2004). Conjointement, pour Camirand et Nanhou (2008), la détresse psychologique est la résultante d'un ensemble d'émotions négatives ressenties

par la personne qui, lorsqu'elles se prolongent dans le temps, peuvent mener à des symptômes de dépression et d'anxiété. Pour certains auteurs, la détresse psychologique au travail serait le produit, entre autres, de la pression exercée par l'environnement et par les exigences émotionnelles élevées du milieu (Dollard, & Bakker, 2010). Également, pour Peisaha, Latif, Wilhelma et William (2009) la combinaison de facteurs tels que l'insomnie, le stress élevé et constant et le manque de reconnaissance contribuent à rendre les travailleurs de la santé susceptibles de vivre, à un moment ou à un autre, de la détresse psychologique. De surcroît, Trudel, Vonarx, Simard, Freeman, Vézina, Brisson, Vinet, Bourbonnais et Dugas (2008), affirment que la détresse psychologique et le manque de reconnaissance au travail auraient un effet dévastateur sur l'identité même des individus.

De récentes études ont traitées du concept de la détresse psychologique au travail et plus spécifiquement dans le contexte infirmier ou médical. Ces recherches sont ici présentées sous forme de revue des écrits et leurs résultats et conclusions pourront servir de comparatif, lors de la discussion, aux résultats du projet SASSDY. Il est à noter que beaucoup d'études ont abordé la santé mentale au travail en rapport à l'épuisement professionnel et ont noté un lien direct entre le stress persistant, le manque de soutien, les problèmes de détresse soutenue et le développement d'un «burnout» ou d'une dépression (Baker, O'Brien, & Salahuddin, 2007; Ben-Zur, & Michael, 2007; Bogaert, 2011; Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, & Rolniak, 2007; Gray-Stanley, Muramatsu, Heller, Hughes, Johnson, & Ramirez-Valles, 2010; Harwood, Ridley, Wilson, & Laschinger, 2010; Kowalski, Ommen, Driller, Ernstmann, Wirtz, Köhler, &

Pfaff, 2010; O'Mahony, 2011; Peery, 2010; Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010; Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa & Nakagawa, 2009; Sherring & Night, 2009; Spence Laschinger, Leiter, Day & Gilin, 2009). Cependant, comme le projet SASSDY s'intéresse plutôt au concept général de la détresse psychologique, les études ciblant le concept plus spécifique du «burnout» (considéré comme une phase pathologique de la détresse psychologique) ne seront pas détaillées lors de cette recension.

De fait, pour Radzvin (2011), la détresse psychologique (ou morale) ressentie, de n=800 infirmières anesthésistes américaines, serait liée aux nombreuses décisions éthiques difficiles qu'elles doivent prendre constamment à leur travail. Les résultats de cette étude tendent à démontrer que la détresse psychologique ressentie pourrait augmenter la perception de surcharge de travail, apporter des sentiments de culpabilité, d'impuissance, de colère et de frustration et ainsi déclencher des symptômes physiques et psychologiques d'épuisement ou de dépression (Clerici Radzvin, 2011).

De plus, un autre projet de 2008, voulant examiner les dimensions psychosociales de l'environnement de travail qui pourraient influencer la santé psychologique des nouvelles générations d'infirmières, apporte une observation importante, soit que 43,4% de leur échantillon (n=309 infirmières du Québec), déclarait avoir un niveau élevé de détresse psychologique (Lavoie-Tremblay et al., 2008). Selon ces auteurs, les jeunes infirmières étaient significativement plus susceptibles de percevoir un déséquilibre entre

les efforts déployés au travail et les récompenses reçues, si elles éprouvaient de la détresse psychologique (Lavoie-Tremblay et al., 2008).

Parallèlement, dans un contexte connexe à la profession infirmière, une étude effectuée chez n=158 médecins d'Australie tend à démontrer que, plus ces travailleurs de la santé sont expérimentés dans leur pratique, moins ils rapportent de détresse psychologique (Peisah, Latif, Wilhelm, & Williams, 2009). Également, toujours chez les médecins, un autre projet de recherche comparant la pratique en milieu privé ou public de 2841 médecins finlandais, amène une conclusion liée au rôle particulier joué par l'environnement de travail sur la détresse psychologique. De fait, la grande majorité des omnipraticiens et spécialistes travaillant dans le milieu public ont signifié un niveau plus élevé de détresse psychologique que leur vis-à-vis oeuvrant en milieu privé (Kuusio, Heponiemi, Aalto, Sinervo, & Elovainio, 2010).

Une recherche, effectuée auprès de 2100 professionnels de la santé provenant de la Finlande, vient conforter l'idée que l'environnement psychosocial de travail aurait un rôle crucial dans le bien-être ou la détresse psychologique des travailleurs (Elovainio, Kuusio, Aalto, Sinervo, & Heponiemi, 2010). Dans ce sens, ces chercheurs apportent le fait que les horaires de travail difficiles (quarts) et le manque de soutien sont des facteurs importants dans la perception de détresse psychologique de l'échantillon (Elovainio et al., 2010). Les médiateurs de cette détresse seraient plutôt l'implication au travail, le soutien perçu comme adéquat et la perception de contrôle (Elovainio et al., 2009). Une étude de même nature que celle menée par Elovainio et al. (2011), mais effectuée auprès

d'un échantillon de 3574 travailleurs du Brésil (fonctionnaires), exprime les mêmes conclusions, c'est-à-dire qu'un faible soutien social au travail ainsi qu'un stress considéré comme élevé, à ce même travail, sont corrélés positivement aux symptômes de détresse psychologique (Lopes, Araya, Werneck, Char, & Faerstein, 2010).

La prochaine section du mémoire permet de mieux comprendre la méthode utilisée par l'auteur afin d'investiguer la situation psychologique des infirmières de la génération Y au travail. Dans ce sens, ces procédures ont pour but de décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les jeunes infirmières, de peindre le tableau de l'ampleur de la détresse psychologique vécue, d'explorer la perception qu'elles ont du soutien social reçu et de faire des liens entre ces variables.

## **Méthodologie**

Ce chapitre décrivant la méthodologie du projet SASSDY, est divisé en onze sections distinctes comprenant : 1- la définition opérationnelle des termes; 2- le type d'étude (devis) 3- la population cible et accessible 4- les critères d'inclusion et d'exclusion 5- les milieux; 6- la technique d'échantillonnage 7- le contrôle des variables internes et externes; 8- les instruments de mesure; 9- le déroulement des activités et de la collecte de données; 10- le plan d'analyse des données; 11- les considérations éthiques.

### **Type d'étude (devis)**

Le projet SASSDY est une étude de type descriptive corrélationnelle. Dans ce sens, ce niveau de recherche vise d'une part à décrire des concepts ou des phénomènes existants, mais également à s'appuyer sur des données déjà connues et bien documentées pour ainsi décrire ou établir des relations entre des concepts ou des variables (Fortin, 2010). Cette vision méthodologique concorde avec les buts fondamentaux (énumérés lors de la problématique) de l'étude: «Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique des infirmières de la génération Y».

## **Définition opérationnelle des termes**

### **Stratégies d'adaptation**

Elles représentent les moyens utilisés par une personne afin de faire face aux exigences du monde qui l'entoure. Ce sont des solutions recherchées en vue de contrôler une situation stressante, de réduire la menace et ses conséquences, et ce, sans en créer d'autres. Selon Lazarus et Folkman (1984), l'individu, suite à une évaluation cognitive de l'événement stressant, aurait la possibilité d'utiliser deux formes de stratégies d'adaptation : 1- les stratégies centrées sur le problème (perception de pouvoir changer la situation) et 2- celles centrées sur l'émotion (perception de ne pas pouvoir changer la situation, évitement de la situation). Ces stratégies sont mesurées à l'aide de l'échelle d'adaptation cybernétique (Edwards & Baglioni, 1993).

### **Soutien social**

Il est défini comme étant l'aide disponible, provenant du réseau social de la personne. Cette aide est donnée lorsque nécessaire et se manifeste en témoignant de l'intérêt à l'individu, en lui conférant de la valeur, en lui prodiguant de l'affection ou en le conseillant (Cutrona & Russel, 1987). C'est également la satisfaction ressentie du soutien social reçu et la perception de sa valeur face aux autres individus. Ce concept et les sous dimensions qui le caractérisent (les conseils, l'assurance en sa valeur et l'intégration sociale) sont mesurés à l'aide de l'échelle de provisions sociales (EPS); (Caron, 1996; Cutrona, & Russel, 1987).

## **Détresse psychologique**

Elle est définie comme étant un ensemble de symptômes pouvant être observés (dépression, anxiété, troubles cognitifs et agressivité), un signe évident d'un problème auquel il se rattache (Perrault, 1987). Le seuil de détresse psychologique n'est pas connu et il n'est donc pas possible de déterminer les individus ayant un niveau pathologique de détresse (Perrault, 1987). Bien qu'il ne permette pas de déterminer la prévalence des problèmes de santé mentale au sein d'une population, l'instrument *Indice de détresse psychologique* (PSI; Illfeld, 1976), donne néanmoins une appréciation de l'état de santé mentale d'une personne.

## **Infirmière diplômée**

Selon l'OIIQ (2012), une infirmière diplômée est une professionnelle de la santé qui, régit par le Code des professions, doit nécessairement être détentrice d'un permis valide d'exercice et être inscrite au tableau de l'OIIQ et ce, à chaque année de sa pratique professionnelle afin de pouvoir l'exercer en toute légalité.

### **Génération Y (expression sociologique)**

La génération X est la tranche de la population née, de parents *baby-boomers*, approximativement entre les années 1978 et 1992 (Alain, 2008). Ce sont les jeunes adultes âgés entre 20 et 34 ans. À l'aise avec les technologies et les communications, cette génération est définie par plusieurs auteurs comme une portion de la population actuelle arborant des caractéristiques et des valeurs propres qui la distingue des précédentes générations. Par exemple : la conciliation travail-vie personnelle-étude très importante pour eux, le questionnement facile ainsi que l'exigence de rapidité dans la réponse à leurs questionnements (Alain, 2008).

### **Population cible et accessible**

La population cible de cette étude représente l'ensemble des infirmières (graduées), travaillant dans diverses unités de soins depuis neuf ans et moins, faisant partie de la génération Y (nées entre 1978 et 1992) et répondant aux critères d'inclusion fixés par l'investigateur du projet (présentés à la section suivante). La population accessible pour cette recherche constitue les infirmières arborant les caractéristiques de la population cible et travaillant ou étudiant auprès d'établissements de santé et d'enseignement se situant dans la région de Trois-Rivières (Québec, Canada).

## **Critères d'inclusion et d'exclusion**

### **Critères d'inclusion**

- 1- Être une infirmière graduée depuis 9 ans (inclusivement) et moins;
- 2- Être sur le marché du travail au moment de la collecte des données;
- 3- Faire partie de la génération Y (naissance entre 1978 et 1992);
- 4- S'exprimer en français;
- 5- Aucune discrimination de genre n'a été effectuée.

### **Critère d'exclusion**

Parallèlement, comme seul critère d'exclusion, l'investigateur et son directeur de recherche ont déterminé que les infirmières en arrêt maladie ou n'ayant pas travaillé au cours de la dernière année (risque de rencontrer des répondants potentiels arborant ces caractéristiques à l'UQTR), ne sont pas éligibles à une participation au projet SASSDY. Cette mesure a été prise pour des fins de cohérence avec le but de la recherche, qui est d'évaluer une population de travailleurs de la santé occupant un emploi.

### **Milieux**

Deux sites ont été sélectionnés pour le recrutement des répondants: Le premier emplacement est le Centre de Santé et de Services Sociaux de Trois-Rivières volet Centre Hospitalier Régional (CSSSTR volet CHR, 2012) :

Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières est un centre de soins ainsi qu'une source de services médicaux et chirurgicaux généraux et spécialisés de courte durée. Il dispose de 473 lits de courte durée, dont 428 en santé physique et 45 en santé mentale, pour dispenser des services de deuxième et de troisième ligne, répondant aux problèmes complexes de santé qui nécessitent l'accès aux services ambulatoires spécialisés ou l'hospitalisation. De plus, le CSSSTR volet CHR possède une vocation régionale en cancérologie, en traumatologie (neurologie, neurochirurgie), en néphrologie, en infectiologie et en néonatalogie-pédiatrie, de même qu'une vocation sous-régionale pour certaines spécialités. Ces services spécialisés sont offerts et accessibles à la population des territoires de toute la région par la mise en place de corridors de services et la conclusion d'alliances avec les partenaires du réseau. Ce centre hospitalier possède également une mission d'enseignement. Les contrats d'association conclus avec des établissements d'enseignement universitaires et collégiaux permettent au CSSSTR volet CHR d'offrir aux résidents et aux autres étudiants du domaine de la santé des stages et de la formation pratique, favorisant le développement des compétences et des connaissances. Le CSSSTR volet CHR est accrédité par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. (récupéré via : <http://www.chrtr.qc.ca/chrtr/miss.html>)

Le deuxième site est l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), département des sciences infirmières. Cet établissement universitaire, créé en 1969, fait partie du réseau des Universités du Québec (U.Q.) L'UQTR valorise la formation, l'innovation scientifique, le goût de l'entreprenariat et le succès professionnel. Cette université accueille environ 14 000 étudiants, parmi lesquels près de 1 000 proviennent de 62 pays différents. Ce site d'enseignement universitaire offre plus de 165 programmes d'études, dont plusieurs sont exclusifs au Québec et au Canada (UQTR, 2012). Conjointement, le département des sciences infirmières est une des sphères d'enseignement et d'étude offertes par l'UQTR. Ce département comprend plusieurs programmes d'étude de premier et de deuxième cycle en sciences infirmières comme par exemple: le

baccalauréat de perfectionnement ainsi que la formule diplôme d'études collégiales et Baccalauréat (Dec-Bac).

L'auteur justifie ce choix de milieux par le fait que la population ciblée par le projet SASSDY (infirmière de la génération Y) y est très nombreuse. De plus, la réalité veut que l'investigateur entretienne des liens professionnels avec plusieurs dirigeants de ces structures organisationnelles. Finalement, la facilité d'accès (localisation) à ces centres d'investigations (pour l'auteur) est également un facteur facilitant pour la réalisation de l'étude.

### **Technique d'échantillonnage**

Dans le but de former un échantillon arborant les caractéristiques de la population cible (Fortin, 2012), la technique d'échantillonnage dite de convenance ou accidentelle est utilisée par le chercheur. Cette méthode d'échantillonnage se rapporte au processus de recrutement des participants qui découle d'une méthode non probabiliste (sans que les éléments qui composent l'échantillon ne soient obtenus de façon aléatoire). Ce type d'échantillonnage consiste à choisir les répondants selon leur accessibilité dans un lieu déterminé, à un moment précis et favorise la recherche de répondants volontaires (Fortin, 2010). Parallèlement, les critères d'inclusion et d'exclusion bien définis (critères de sélections précis) peuvent également rappeler certaines caractéristiques de la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (intentionnelle) qui est semblable, selon Fortin (2010), à la technique dite accidentelle, excluant le fait que cette méthode requiert le choix. De plus, il est à souligner que l'auteur n'a pas effectué d'analyses de puissance

pour établir la taille que devrait contenir l'échantillon. Cependant, des études aux devis similaires et arborant une taille d'échantillon semblable à celle souhaitée par le projet SASSDY, ont aidé l'auteur à déterminé le nombre de participants visés (par exemple : Michaud, 2001 et Tétrault, 2005).

### **Contrôle des variables internes et externes**

Dans un autre ordre d'idée, au niveau du contrôle des variables internes et externes, nous présumons deux principaux biais potentiels pouvant influencer les résultats du projet SASSDY. Premièrement, le fait que l'investigateur travaille au CHRTR volet CHR depuis neuf ans et étudie à l'UQTR, pourrait influencer les réponses de certains participants (visage connu, peur de se dévoiler à un collègue de travail ou d'étude). Deuxièmement, le questionnaire sociodémographique comprend des questions relatives à la consommation de tabac, d'alcool, de drogues ou de médicaments (questions 11, 12, 13 et 14 du questionnaire) qui pourraient apporter de l'inconfort à certains individus et ainsi modifier leurs réponses.

Afin de réduire au maximum la possibilité que ces facteurs nuisent à la validité des résultats, des stratégies alternatives sont mises en place par l'investigateur: 1- augmentation des mesures de confidentialité de l'étude (pas de nom sur les questionnaires, seuls des numéros distinguent la série de questionnaires); 2- les résultats ne sont pas associés aux sites participants (sites fantômes). 3- trois boîtes, fermées au regard, sont disposées aux deux sites participants, afin que les répondants déposent les enveloppes cachetées contenant les outils d'investigation dûment remplis (remises en

même temps que les questionnaires). Pour ce qui est de la crédibilité (parallèle avec d'autres études), de la fiabilité et de la fidélité de l'étude, les questionnaires utilisés (présenté à la section 4.10) ont tous été validés et traduits en français par des experts qualifiés comme Leclerc et Lecomte (1994) pour l'Échelle d'Adaptation Cybernétique, Caron (1996) pour l'Échelle de Provision Sociale et Préville (1994) pour l'indice de détresse psychologique. Il est à noter que la rigueur apportée par l'investigateur au respect des critères d'inclusion et d'exclusion des répondants et à la considération élevée dans le maintien de l'homogénéité de l'échantillon (réduisant la variabilité entre les répondants) est également une stratégie de contrôle des caractéristiques individuelles très importantes dans la validité de cette recherche (Fortin, 2010). Cependant, il est à noter que dans la réalité infirmière, les hommes ne constituent qu'une faible proportion de la population. Alors, il est difficile de tenir compte du caractère de genre dans la notion d'homogénéité de l'échantillon sélectionné (elle sera néanmoins homogène selon la population visée).

### **Instruments de collecte de données**

Trois instruments de mesure et un questionnaire sociodémographique ont été utilisés pour la collecte de données. Ces quatre instruments ont été choisis afin d'évaluer les caractéristiques sociodémographiques des participants, les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique. Ces outils d'investigation paraissent en versions originales et intégrales à l'appendice B du mémoire et sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

Le questionnaire sociodémographique comprend dix-neuf questions. Soit quatorze questions sociodémographiques relatives à l'âge, au sexe, à la scolarité, aux habitudes de consommation d'alcool, de tabac, de drogue et de médicaments (antidépresseur ou anxiolytique), au milieu de vie, au statut civil, à la paternité ou la maternité, au milieu de travail, au quart de travail, à l'unité de travail d'appartenance ainsi qu'aux années d'ancienneté ou d'expérience. Ce document comprend également cinq questions ouvertes de nature qualitative (exemple de question: «*Quelles sont vos principales sources de stress au travail?*»). Ce questionnaire a été élaboré par Monsieur Claude Leclerc, professeur au département des sciences infirmières à l'UQTR et Monsieur Yanick Chrétien, candidat à la maîtrise en sciences infirmières en 2011. Il n'y a pas eu de validation antérieure de cet outil d'investigation.

Le premier instrument de mesure est l'Échelle d'adaptation cybernétique ou le *Cybernetic Coping Scale* (CCS; version abrégée). Il évalue les stratégies d'adaptation utilisées par les répondants afin de faire face à des situations stressantes (*coping*) et est composé de vingt questions (items). Les réponses aux items sont cotées, par le participant, sur une échelle de fréquence en sept points allant de jamais à très souvent. Procédure: pour cette échelle, les répondantes doivent choisir une situation problématique qui leur apporte du stress au travail puis, en fonction de cette situation, ils doivent évaluer leur utilisation de différentes stratégies d'adaptation. Élaborée par Edwards et Baglioni (1993), cet outil a été traduit et validé en français par Leclerc et Leconte (1994). Même si cette échelle n'a pas été élaborée par Lazarus et Folkman, elle a été retenue car les sous-catégories de stratégies d'adaptation qui découlent du

regroupement des items s'apparentent à celles utilisées et décrites par ces auteurs dans la théorie transactionnelle du stress (orienté vers le problème ou l'émotion, par exemple). La version abrégée de 20 items est utilisée, car le coefficient de cohérence interne varie avec un indicateur de validité situé entre 0,779 et 0,945, et ce, autant et même davantage que la version originale de 40 items. Pour Edwards et Baglioni (1993), les stratégies d'adaptation sont les moyens que l'individu tente afin de réduire ou d'écartier les effets négatifs du stress sur son bien-être. Selon ces auteurs, cinq sous-catégories de stratégies d'adaptation découlent des regroupements d'items de l'échelle: 1- tenter de changer ou de modifier le problème (les items : 7, 11, 16, 19); 2- s'accommoder à la condition stressante (les items: 9, 12, 15, 20); 3- la dévaluation de la situation (les items : 2, 4, 8, 13); 4- la réduction des symptômes liés à l'événement (les items: 1, 6, 14, 18) et 5- l'évitement de la situation (les items: 3, 5, 10, 17). Suite à des analyses factorielles exploratoires, deux sous-catégories ont été maintenue soit : 1- éviter la situation, composée de quatre items (les items : 3, 5, 10, 17) et affichant un  $\alpha$  de 0,87 (exemple d'item : «J'essaie de m'empêcher de penser au problème.») et 2- changer la situation, de quatre items (les items : 7, 11, 16, 19) avec un  $\alpha$  de 0,80 (exemple d'item: «Je tente de modifier la situation afin d'obtenir ce que je désire.»). Les détails des analyses factorielles sont exposés dans la section «volet d'analyse de la structure factorielle des instruments» dans le chapitre concernant la présentation des résultats du mémoire.

Le deuxième instrument est l'Échelle de Provisions Sociales (EPS) qui évalue la perception du soutien social reçu. Elle comprend initialement 24 items mesurant six dimensions du soutien social. Chacun des items est mesuré selon une échelle à quatre

niveaux : vrai, un peu vrai, un peu faux et faux (Caron, 1996; Cutrona et Russel, 1987).

Les six sous-catégories de soutien social mesurées initialement par l'EPS sont; 1- le soutien émotionnel (les items: 11,17,21,2); 2- l'aide tangible et matérielle (les items: 1,10,18,23); 3- les conseils (les items: 3,12,16,19); 4- l'intégration sociale (les items: 5,8,14,22); 5- l'assurance en sa valeur (les items: 6,9,13,20) et 6- le besoin de se sentir utile (les items: 4,7,15,24). Cet outil a été validé et traduit en français par Caron (1996) et a été utilisé, entre autres, dans une étude effectuée auprès du corps de l'armée canadienne en lien avec le concept de la résilience des militaires (Duguay, 2011). Dans cette forme, sa cohérence interne varie de 0,85 à 0,92 et les sous-échelles vont de 0,64 à 0,76. Dans ce sens, lors de la validation québécoise de Caron (1996), un alpha de Cronbach de 0.88 a été obtenu pour l'échantillon de la population générale. Cependant, nous verrons, lors de la présentation des résultats, que des analyses statistiques plus élaborées (analyses factorielles confirmatoires avec le logiciel Mplus), ont menées le chercheur à éliminer certains items non corroborant et donc à réduire le nombre de sous-catégories associées au soutien social perçu. Les trois sous-catégories conservées sont: 1- les conseils, trois items (3,12,19) qui montrent un  $\alpha$  de 0,72 (ex d'item: «Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.»); 2- l'assurance en sa valeur conserve ses quatre items (6,9,13,20) et arbore un  $\alpha$  de 0,71 (exemple d'item: «Il y a des gens qui admirent mes talents et mes habiletés.»); et finalement l'intégration sociale, trois items (5, 8, 22), qui affiche un  $\alpha$  de 0.70 (exemple d'item: «Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations.»). Les indices de saturation et les détails de ces analyses sont présentés

à la section «volet d'analyse de la structure factorielle des instruments» dans le chapitre concernant la présentation des résultats du mémoire.

Le dernier instrument est l'Indice de Détresse Psychologique (PSI) version abrégée. Cet instrument de mesure de 14 items (mesurés à l'aide d'une échelle à quatre niveaux allant de jamais à très souvent) permet d'évaluer quatre symptômes de détresse psychologique : 1- la dépression (5 items,  $\alpha = 0,70$ ) (exemple d'item : «J'ai été désespéré en pensant à l'avenir.»); 2- l'anxiété (3 items  $\alpha = 0,75$ ) (exemple d'item : «J'ai été tendu ou sous pression.») 3- les troubles cognitifs (2 items,  $\alpha = 0,74$ ) (exemple d'item : «J'ai eu des blancs de mémoire.»); et 4- l'agressivité (4 items,  $\alpha = 0,85$ ) (exemple d'item : «J'ai été facilement contrarié.») (Illfeld, 1976). Traduit en français et validé lors de l'enquête pilote de santé Québec en 1983 par Kovess, la validité de construit de cet instrument a été démontrée et la fidélité test-retest varie entre 0.76 et 0.94 (Ilfed, 1976; Kovess, 1985; Préville, 1992). L'indice de cohérence interne de la version française abrégée ( $\alpha = .89$ ) est similaire à celui de la version originale de 24 items (Préville, 1994). Spécifions, que des analyses factorielles confirmatoires ont également été exécutées pour cet instrument, les détails de ces analyses multidimensionnelles sont exposés dans la présentation des résultats.

### **Déroulement des activités et collecte des données**

Suite à l'obtention des approbations éthiques et fonctionnelles des différentes instances des milieux d'investigation concernés, une boîte fermée au regard (pour le dépôt des questionnaires complétés) a été disposée au bureau de M. Jean Brodeur chef d'unité du programme de médecine et personnes âgées du CSSSTR volet CHR. M. Brodeur a également accepté que son bureau soit le centre névralgique de la réception des outils d'investigation pour le CSSSTR volet CHR. Deux autres boîtes ont été disposées au pavillon de la santé (département des sciences infirmières) de l'UQTR, la première boîte, sous clef et adressée au nom de Monsieur Yanick Chrétien, a été placée au 4ème étage du pavillon de la santé à l'UQTR et la deuxième a été laissée au bureau de Monsieur Claude Leclerc afin d'entreposer les questionnaires complétés à l'UQTR et au CSSSTR volet CHR.

La période de recrutement du projet SASSDY s'est déroulée du 23 janvier 2012 au 20 février 2012 inclusivement. L'affiche publicitaire utilisée pour le recrutement est présentée à l'Appendice C. Les premiers questionnaires et instruments de mesures, lettres d'information (voir l'Appendice D), formulaires de consentement (voir l'Appendice E) et enveloppes de retour ont été distribués sur diverses unités de soins du CSSSTR volet CHR par l'investigateur même. Conjointement, une vingtaine d'enveloppes contenant le matériel d'investigation ont été remis à Mme Hélène Laurent, chef d'unité aux soins intensifs du CSSSTR volet CHR, afin qu'elle les distribue aux membres de la génération Y de l'unité de soins qu'elle dirige. De plus, l'auteur a

participé à un kiosque lors de la semaine de prévention contre le suicide (en collaboration avec Mme Denise Gauvin infirmière conseillère en santé mentale) de 11heures à 18heures, le lundi six février, à la cafétéria du CSSSTR volet CHR du site Ste-Marie. Cette activité de promotion (avec affiche scientifique du projet SASSDY) a permis la distribution de plus d'une quinzaine d'enveloppes contenant le matériel de recherche.

Parallèlement, à l'UQTR, d'autres périodes de recrutement se sont déroulées auprès d'étudiantes diplômées (infirmières techniciennes et en formation DEC-BAC) de l'UQTR. De fait, lors de deux cours (1- le cours de soins critiques SOI1107-03, donné par Mme Julie Houle Ph. D., le mercredi 25 janvier et 2- le cours de soins critiques SOI1107-03, donné par Mme Mélanie Parenteau inf. étu. Ph. D., l'auteur a effectué deux présentations du projet. Suite à ces présentations, les questionnaires ont été distribués à la sortie des classes et, sur cette action, plus d'une soixantaine de répondants potentiels s'enquérir d'outils d'investigation.

Simultanément, la tâche des répondants à cette étude consistait à lire et parapher chacune des pages de la lettre d'information qui explique le but, le déroulement et les risques et bénéfices liés à la participation au projet SASSDY. L'approbation étique des organisations participantes y est également mentionnée. Suite à cette lecture, les participants devaient signer un formulaire de consentement broché à la fin de la lettre d'information. Par souci de confidentialité, les formulaires de consentement étaient dissociés manuellement des instruments de mesure lorsqu'ils avaient été signés par le

répondant. De plus, les participants étaient invités à répondre à une série de quatre questionnaires, présentés à la section précédente, et à les placer dans une enveloppe cachetée prévue à cet effet (sans identifier les questionnaires à leur nom, et ce, afin de préserver leur identité), pour finalement déposer l'enveloppe dans les boîtes de réception ou les remettre, en main propre, aux personnes impliquées dans le processus de recherche. Il est à noter que les outils d'investigation devaient être complétés et remis dans un délai de quatorze jours (mesure de contrôle). Les enveloppes remises suite à cet échéancier ont été exclues de la compilation des données.

### **Plan d'analyse des données**

Les données recueillies, tout au long du projet SASSDY, ont été compilées par le chercheur dans une base de données SPSS prévue à cet effet, et ce, au fur et à mesure que l'investigateur recevait les questionnaires complétés. La phase d'analyses statistiques (aide statistique de Mme Sarah-Geneviève Trépanier, étudiante au doctorat en psychologie profil recherche) s'est déroulée du 21 février au 28 mars 2012 inclusivement, et ce, par l'investigateur et son directeur de maîtrise. Les données recueillies avec les trois outils d'investigation (CCS, EPS et PSI) ainsi que celles amassées avec le questionnaire sociodémographique ont été traitées avec le logiciel SPSS 19 ou catégorisées et classées à la main (données qualitatives). Dans ce sens, la structure factorielle des trois instruments de mesures a fait l'objet d'un premier volet d'analyse, et ce, afin de s'assurer de la cohérence des sous-catégories qui les composent.

De plus, les données extraites, avec l'aide de ces instruments, ont fait l'objet de trois autres volets d'analyses, et ce, afin de répondre aux trois objectifs initiaux de l'étude.

### **Volet d'analyse de la structure factorielle des instruments**

Les facteurs composants les sous-catégories des trois instruments de mesure (CCS, PSI et EPS) ont été testés à l'aide d'analyses factorielles exploratoires et confirmatoires (type d'analyse multidimensionnelle), et ce, dans le but de s'assurer des meilleurs regroupements d'items. Pour ce faire, l'analyse consiste à examiner le poids factorielle et l'alignement visible de ces items avec les variables qui leurs sont associées. Les indices de saturation, la rotation des facteurs et les autres indices importants à la compréhension de ces analyses, sont présentés dans la première partie de la section «résultats» du mémoire.

### **Volet descriptif (objectif 1)**

Les données descriptives recueillies ont été utilisées pour dresser le portrait de l'échantillon et de ses habitudes de consommation d'alcool, de drogues et de médicaments ainsi que pour évaluer les trois dimensions d'intérêt soit : les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique. L'analyse de ces données a été réalisée à l'aide de statistiques descriptives comme des distributions de fréquence, des pourcentages et des moyennes. Également, il est à noter que certaines questions ouvertes ont été posées aux répondants, et ce, à la fin du questionnaire sociodémographique. Les réponses à ces questions n'ont fait l'objet d'aucun traitement à l'aide de logiciel statistique. Elles ont simplement été compilées à la main, par

l'investigateur, pour finalement être catégorisées et classées selon leur contenu, et ce, dans le but d'ajouter une dimension supplémentaire au volet descriptif de l'étude. Les réponses à ces questions sont présentées à la fin du volet descriptif, dans la section résultats.

### **Volet liens et différences sociodémographiques (objectif 2)**

Les données sociodémographiques recueillies ont également été utilisées afin d'évaluer l'existence de différences sociodémographiques et de liens par rapport au trois variables à l'étude. Dans ce sens, pour les variables sociodémographiques catégorielles (par exemple : le sexe ou le milieu de vie), des ANOVAS ont été utilisées. Le but de l'ANOVA est de vérifier si les moyennes des variables sociodémographiques catégorielles de l'échantillon sont significativement différentes par rapport au «coping», au soutien social et à la détresse psychologique. Parallèlement, des régressions linéaires ont été effectuées pour les variables sociodémographiques continues (par exemple : l'âge). Le but d'effectuer des régressions linéaires est de mettre de l'avant les liens significatifs entre les variables sociodémographiques continues et les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique.

### **Volet corrélationnel (objectif 3)**

La prédiction de la détresse psychologique par l'utilisation de stratégies d'adaptation ou la perception du soutien social adéquat a été analysée à l'aide de régressions linéaires, et ce, en prenant en considération les différences sociodémographiques trouvées lors du volet «liens et différences sociodémographique (objectif 2)». Ces analyses, sous forme

de tableaux en deux étapes (étape 1 = variables sociodémographiques, étape 2 = stratégies d'adaptation et soutien social), sont présentés à la fin du chapitre concernant les résultats de l'étude.

### **Considérations éthiques**

La lettre de présentation du projet, le formulaire de consentement, le protocole de recherche ainsi que les quatre outils d'investigations ont tous été présentés au comité d'éthique de la recherche sur des êtres humains de l'UQTR le 3 novembre 2011. Le certificat d'éthique portant le numéro CER-11-175-06.05 a été, par la suite, délivré en date du 6 janvier 2012. Parallèlement, une deuxième demande de certification éthique a été initiée en date du 2 décembre 2011 au CSSSTR volet CHR. Cette demande a été entendue et analysée lors d'une rencontre (présentation orale) entre l'investigateur de cette étude et les membres du comité d'éthique de cet établissement de santé, et ce, le 12 décembre 2011 à la salle U4-418 du pavillon de l'enseignement du CSSSTR volet CHR. Suite à cette rencontre, un deuxième certificat de numéro CÉR-2011-024-00 a été émis par le comité du CSSSTR volet CHR le 16 janvier 2012 (les certificats d'éthique sont disponibles à l'Appendice F).

Conjointement, chaque participant fut entièrement libre de participer à ce projet et aucune pression n'a été exercée sur eux. Également, suite aux explications exhaustives du projet et de la tâche (par l'investigateur), une lettre de présentation de l'étude a été remise, lue et paraphée (chacune des pages) par l'ensemble des répondants potentiels. Suite à la lecture de ce document, les répondants, éclairés face au sujet d'étude et à leur

tâche, ont été invités à signer un formulaire de consentement. La confidentialité des données recueillies a été assurée en préservant les documents sous clé, au local 4850 du pavillon de la Santé de l'UQTR (bureau du directeur) et ce, jusqu'à la fin du projet.

Le chapitre suivant présente les résultats qui proviennent de la réalisation de ce projet. L'aboutissement de la compilation des données recueillis auprès des 87 infirmières recrutées ainsi que le résultat des analyses statistiques effectuées sur ces mêmes données sont également exposés.

## Résultats

Cette partie du mémoire, divisée en quatre sections distinctes, présente les résultats du projet SASSDY. La première section décrit sommairement les analyses effectuées afin de vérifier la structure factorielle des instruments utilisés pour la collecte des données. La deuxième, présente les résultats descriptifs soit : la description de l'échantillon (caractéristiques sociodémographiques et habitudes de consommation), l'exposé des données descriptives pour les trois variables à l'étude ainsi que les réponses aux questions de nature qualitative (objectif 1). La troisième section expose les résultats des tests effectués (ANOVAS et régressions linéaires) sur les données sociodémographiques par rapport aux trois variables d'intérêt (objectif 2). Finalement la dernière section présente les résultats des analyses de régressions linéaires entre les variables prédictives et la détresse psychologique (objectif 3). Le chercheur tient cependant à mettre en garde le lecteur à l'effet que les résultats de cette étude se doivent d'être interprétés avec prudence étant donné la taille de l'échantillon, l'utilisation de certains outils d'investigation non normalisés comme le CCS et l'EPS et la valeur des  $R^2$  obtenus lors des régressions linéaires et des ANOVAS, qui n'expliquent qu'en partie la détresse psychologique de ces infirmières de la génération Y.

### **Volet d'analyse de la structure factorielle des instruments.**

Cette portion de la présentation des résultats expose les analyses qui ont été faits auprès des facteurs composant les outils d'investigation utilisés lors du projet SASSDY (CCS, EPS et PSI). Dans ce sens, suite à ces analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, certains sous-items et sous-catégories problématiques ont été retirés des instruments, et ce, afin d'engendrer les indicateurs de mesure, qui, dans les sections suivantes, feront l'objet d'analyse pour répondre aux trois objectifs initiaux du mémoire (Provost, Alain, Leroux, & Lussier, 2010). Le but de cette manœuvre est d'optimiser au maximum la validité des trois instruments.

Dans cette optiques, pour l'instrument, CCS, suite à des analyses factorielles exploratoires (avec SPSS 19) des facteurs et des variables le composant, deux sous-catégories ont été maintenues : 1- éviter la situation, de quatre items (les items : 3, 5, 10, 17) et 2- changer la situation, de quatre items (les items : 7, 11, 16, 19). La rotation demandée est de type Varimax, donc orthogonale, et ce, dans le but de mettre en évidence une structure simple. Dans le cas d'une rotation orthogonale les poids factoriels sont équivalents à des coefficients de corrélation entre les variables et les facteurs. Ces résultats suggèrent donc que chaque item sélectionné, s'allie de façon significative avec les facteurs correspondants («éviter» et «changer» la situation), et ce, avec des indices de saturation de 0,70 et plus. Le Tableau 2 présente les résultats de cette analyse à deux facteurs.

Tableau 2

*Résultat des analyses factorielles exploratoires (à deux facteurs) de l'échelle cybernétique de coping*

| Items | Sous-catégories     |                      |
|-------|---------------------|----------------------|
|       | Éviter la situation | Changer la situation |
| 3     | 0,83                |                      |
| 5     | 0,85                |                      |
| 10    | 0,85                |                      |
| 17    | 0,86                |                      |
| 7     |                     | 0,76                 |
| 11    |                     | 0,81                 |
| 16    |                     | 0,79                 |
| 19    |                     | 0,82                 |

Pour le deuxième instrument, l'ÉPS, l'adéquation des modèles a été évaluée à l'aide d'une modélisation par équations structurelles (SEM), et ce, avec le logiciel Mplus. Tous les modèles ont été testés avec des coefficients standardisés obtenus en utilisant l'estimation du maximum de vraisemblance. Pour vérifier l'ajustement du modèle, l'indice d'ajustement comparatif (CFI/TLI) ainsi que le «*root-mean-square error of approximation*» (RMSEA) ont été utilisés. La CFI et la TLI varient sur un continuum de 0 à 1, où une valeur supérieure à 0,90 indique un ajustement satisfaisant, et une valeur

supérieure à 0,95 est considérée idéale (Fernet, Austin, & Vallerand, 2012). Pour la RMSEA, une valeur en dessous de 0,05 indique un ajustement satisfaisant, tandis qu'une valeur allant jusqu'à 0,08 est tout de même acceptable (Fernet et al., 2012). Les résultats de cette analyse suggèrent de conserver trois groupes de facteur: 1- les conseils, trois items (3, 12, 19); 2- l'assurance en sa valeur qui conserve ses quatre items (6, 9, 13, 20) et finalement l'intégration sociale, trois items (5, 8, 22). Le Tableau 3 donne les détails des indices de saturation et d'adéquation de ces analyses factorielles.

Tableau 3

*Résultat des analyses factorielles confirmatoires (à trois facteurs) de l'échelle de provision sociale*

---

| Items | Sous-catégories |           |             |
|-------|-----------------|-----------|-------------|
|       | Conseils        | Assurance | Intégration |
| 3     | 0,62            |           |             |
| 12    | 0,56            |           |             |
| 19    | 0,77            |           |             |
| 6     |                 | 0,47      |             |
| 9     |                 | 0,84      |             |
| 13    |                 | 0,72      |             |
| 20    |                 | 0,43      |             |
| 5     |                 |           | 0,66        |
| 8     |                 |           | 0,63        |
| 22    |                 |           | 0,51        |

---

*Note.* ( $\chi^2(31) = 43,20$ , CFI = 0,93, TLI = 0,89, RMSEA = 0,07 [CI = 0,00, 0,11]).

Finalement, d'autres analyses factorielles confirmatoires, effectuées au niveau des items et des variables de la PSI, suggèrent de conserver les quatre sous-catégories de cet instrument de mesure soit: 1- la dépression (les items: 1,2,4,7,10); 2- l'anxiété (les items: 5,8,11); 3- les troubles cognitifs (les items: 3,9); et 4- l'agressivité (les items: 6,12,13,14). Ces sous-dimensions ont gardées la même forme pour l'analyse. Le Tableau 4 donne les détails des indices de saturation et d'adéquation de ces analyses à quatre facteurs.

Tableau 4

*Résultat des analyses factorielles confirmatoires (à quatre facteurs) de l'Indice de détresse psychologique*

---

| Items | Sous-catégories |         |                    |             |
|-------|-----------------|---------|--------------------|-------------|
|       | Dépression      | Anxiété | Troubles cognitifs | Agressivité |
| 1     | 0,67            |         |                    |             |
| 2     | 0,41            |         |                    |             |
| 4     | 0,73            |         |                    |             |
| 7     | 0,39            |         |                    |             |
| 10    | 0,66            |         |                    |             |
| 5     |                 | 0,78    |                    |             |
| 8     |                 | 0,72    |                    |             |
| 11    |                 | 0,64    |                    |             |
| 3     |                 |         | 0,90               |             |
| 9     |                 |         | 0,65               |             |
| 6     |                 |         |                    | 0,63        |
| 12    |                 |         |                    | 0,70        |
| 13    |                 |         |                    | 0,90        |
| 14    |                 |         |                    | 0,82        |

---

*Note.* ( $\chi^2(71) = 64,97$ , CFI = 1,0, TLI = 1,02, RMSEA = 0,04 [CI = 0,00, 0,05]).

### **Volet descriptif (objectif 1)**

Les statistiques descriptives présentées dans ce segment du chapitre cinq ont pour but de répondre à l'objectif 1 du mémoire, qui est de décrire l'échantillon du projet SASSDY, les stratégies d'adaptation, la perception du soutien social et l'ampleur de la détresse psychologique des infirmières de la génération Y. Dans ce sens, la présentation des résultats associés au volet descriptif comprend : 1- le portrait de l'échantillon (pourcentage), 2- les habitudes de consommation (pourcentage), 3- les statistiques descriptives liées à chaque variable (pourcentage, moyenne et écart-type) et 4- les réponses aux questions de nature qualitative (pourcentage).

#### **Portrait de l'échantillon et caractéristiques sociodémographiques**

Dans l'ensemble, 140 enveloppes, consentements, questionnaires et séries d'outils d'investigation ont été distribués lors de la période de recrutement du projet SASSDY. 90 enveloppes cachetées contenant les outils d'investigation complétés et les consentements ont été retournées au chercheur, et ce, selon le délai alloué et prédéterminé, soit 14 jours. De ces 90, trois répondants ont été exclus et 87 ont été conservés afin de compiler et d'analyser statistiquement leurs réponses. L'exclusion de trois sujets est justifiée comme suit: une des infirmières travaillait depuis plus de neuf ans et deux ne travaillaient pas au moment de la collecte des données.

L'échantillon final est donc constitué de 87 jeunes professionnels (infirmiers et infirmières) de la santé issus de la génération Y ( $n = 87$ ). Il s'agit ici de 80 infirmières (92 % de femmes) et de sept infirmiers (8 % d'hommes) provenant des deux sites

participants. L'âge moyen des répondants est de 26 ans. Le Tableau 2 présente en détail les caractéristiques sociodémographiques générales (variables catégorielles et continues) de cet échantillon.

Tableau 5

*Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (n = 87)*

| Variables                               | Catégories   | n  | %    |
|---|--------------|----|------|
| Genre                                   | Femme        | 80 | 92,0 |
|   | Homme        | 7  | 8,0  |
| Milieu de vie                           | Rural        | 23 | 26,4 |
|   | Urbain       | 64 | 73,6 |
| Enfant                                  | Oui          | 18 | 20,7 |
|   | Non          | 69 | 79,3 |
| Scolarité (dernier diplôme obtenu)      | DEC          | 71 | 81,6 |
|   | Certificat   | 3  | 3,5  |
|   | Baccalauréat | 12 | 13,8 |
|   | Maîtrise     | 1  | 1,1  |
| Années d'expérience                     | 0 à 1 an     | 20 | 23,0 |
|   | 2 à 4 ans    | 43 | 49,4 |
|   | 5 à 7 ans    | 15 | 17,2 |
|   | 8 à 9 ans    | 9  | 10,4 |
| Quart de travail<br>(le plus travaillé) | Nuit         | 33 | 38   |
|   | Jour         | 17 | 19,5 |
|   | Soir         | 37 | 42,5 |

|                             |                         |    |      |
|-----------------------------|-------------------------|----|------|
| Départements d'appartenance | Urgence                 | 19 | 21,8 |
|                             | Soins intensifs         | 16 | 18,4 |
|                             | Chirurgie               | 15 | 17,2 |
|                             | Médecine                | 13 | 15   |
|                             | Psychiatrie             | 5  | 5,8  |
|                             | Cardiologie             | 4  | 4,6  |
|                             | Gériatrie               | 4  | 4,6  |
|                             | Bloc et salle de réveil | 3  | 3,5  |
|                             | Pédiatrie               | 3  | 3,5  |
|                             | Équipe volante          | 2  | 2,3  |
|                             | Cliniques externes      | 1  | 1,1  |
|                             | Réadaptation            | 1  | 1,1  |
|                             | Hémodialyse             | 1  | 1,1  |

---

### **Habitudes de consommation (cigarette, alcool, médicaments, drogue)**

Certains points du questionnaire sociodémographique traitent des habitudes de consommation de cigarette, d'alcool, de médicaments et de drogue de répondants. De fait, de ces 87 infirmiers et infirmières, seul 9 % des répondants rapportent être fumeurs par rapport à 91 % de non-fumeurs. De plus, 9 % des participants ne consomment jamais d'alcool, 85 % en consomme à l'occasion et 6 % sont des consommateurs réguliers. Conjointement, 94 % des participants ne prennent aucun médicament anxiolytique ou antidépresseur et 6 % déclarent en prendre. Finalement, la majorité des répondants rapportent ne jamais prendre de drogue (94 %) et 6 % en consomme occasionnellement.

### Description des stratégies d'adaptation

Le CCS a été utilisé afin de récolter les données concernant les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières de la génération Y pour faire face au stress au travail (question de recherche associée: «1- *Quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par ces infirmières de la génération Y, afin de faire face au stress qu'elles doivent subir au quotidien dans leur milieu de travail respectif?*»). Deux sous-groupes de stratégies d'adaptation ont fait l'objet d'analyses pour n=87 infirmières, soit: 1- changer la situation. La moyenne (utilisation estimée des stratégies axées sur le problème) obtenue par l'échantillon pour cette première sous-catégorie est de 5,08 ( $\bar{E}T = 0,98$ ); (sur l'échelle: 5 = assez souvent). Les scores regroupés qui ont été obtenus à l'aide des échelles pour les stratégies axées sur le problème, sont présentés sous forme de pourcentage dans le tableau 6.

Tableau 6

*Proportion pour les stratégies axées sur le problème (n= 87)*

| Choix de réponse | n  | %    |
|------------------|----|------|
| Jamais           | 0  | 0,0  |
| Presque jamais   | 0  | 0,0  |
| À l'occasion     | 4  | 4,6  |
| Quelques fois    | 19 | 21,8 |
| Assez souvent    | 37 | 42,5 |
| Souvent          | 20 | 23,0 |
| Très souvent     | 7  | 8,0  |
| Total            | 87 | 100  |

2- Éviter la situation (axées sur l'émotion), avec une moyenne de 3,30 ( $\bar{E}T= 1,14$ ); (3 = à l'occasion). Les scores obtenus pour les stratégies axées sur l'émotion sont présentés sous forme de pourcentage au Tableau 7. Pour cet échantillon d'infirmières, les résultats tendent à dire que les stratégies adaptatives centrées sur le problème restent les plus utilisées en situation de stress au travail (42,5 % des répondants disent agir sur le problème assez souvent et 32,6 % évite le problème à l'occasion). Le Tableau 8 présente la description des moyennes et des écarts-types des variables sociodémographiques catégorielles en rapport au type d'adaptation utilisé par les infirmières de l'échantillon.

Tableau 7

*Proportion pour les stratégies axées sur l'émotion (n= 87)*

| Choix de réponse | n  | %    |
|------------------|----|------|
| Jamais           | 3  | 3,4  |
| Presque jamais   | 20 | 23,0 |
| À l'occasion     | 28 | 32,2 |
| Quelques fois    | 22 | 25,3 |
| Assez souvent    | 12 | 13,8 |
| Souvent          | 2  | 2,3  |
| Très souvent     | 0  | 0,0  |
| Total            | 87 | 100  |

### Description du soutien social

L'EPS (instrument de mesure utilisé pour la collecte des données liées à la perception du soutien social des infirmières de la génération Y) a permis de recueillir des données descriptives au niveau de trois sous-catégories de soutien social perçu (question de recherche associée : «2- *Quelles sont les perceptions de ces infirmières de la génération Y face à leur soutien social?*»). Les items de cet outil d'investigation sont évalués par les répondants sur des échelles à quatre niveaux. De fait, dans un premier temps, pour la sous-catégorie «conseil», la moyenne des réponses sur la perception de son importance équivaut à 1,30 ( $\bar{E}T = 0,63$ ).

Dans un deuxième temps, au niveau de la sous-catégorie «assurance en sa valeur», la moyenne des réponses est de 1,39 ( $\bar{E}T = 0,58$ ); (1 = vrai). Finalement, pour «intégration», la moyenne des réponses est de 1,26 ( $\bar{E}T = 0,52$  (1 = vrai). Le pourcentage des réponses obtenues pour chaque sous-catégorie est présenté dans le Tableau 8.

Tableau 8

*Proportion des sous-catégories de soutien social (n= 87)*

| Sous-catégories        | Choix de réponse | n  | %    |
|------------------------|------------------|----|------|
| Conseils               | Vrai             | 68 | 78,2 |
|                        | Un peu vrai      | 13 | 14,9 |
|                        | Un peu faux      | 5  | 5,7  |
|                        | Faux             | 1  | 1,1  |
| Assurance en sa valeur | Vrai             | 56 | 64,4 |
|                        | Un peu vrai      | 29 | 33,3 |
|                        | Un peu faux      | 1  | 1,1  |
|                        | Faux             | 1  | 1,1  |
| Intégration            | Vrai             | 67 | 77,0 |
|                        | Un peu vrai      | 17 | 19,5 |
|                        | Un peu faux      | 0  | 0    |
|                        | Faux             | 3  | 3,4  |

### Description de la détresse psychologique

L'Indice de Détresse Psychologique (PSI) a permis de décrire quatre sous-symptômes de détresse psychologique (anxiété, agressivité, dépression et troubles cognitifs) (question de recherche associée: «3- *Quelle est l'ampleur de la détresse psychologique de ces jeunes infirmières de la génération Y?*»). Les codes correspondant aux échelles et associés aux sous-échelles du PSI sont: 1 = jamais; 2 = de temps en temps; 3 = assez souvent et 4 = très souvent. Donc, pour le sous-symptôme «anxiété», la moyenne des réponses correspond à 2,09 ( $\bar{ET} = 0,62$ ); (de temps en temps). Pour «agressivité» la moyenne des réponses est 1,91 ( $\bar{ET} = 0,69$ ); (de jamais à de temps en temps). Au niveau des symptômes dépressifs, la moyenne équivaut à 1,83 ( $\bar{ET} = 0,61$ ); (de temps en

temps). Pour les troubles cognitifs la moyenne des réponses a été de 1,74 ( $\bar{E}T = 0,69$ ); (de temps en temps). L'auteur a également choisi de créer une sous-catégorie combinant les quatre sous-symptômes, et ce, afin de mieux exposer l'ampleur de la détresse psychologique des jeunes infirmières de la génération Y. Cette sous-catégorie est identifiée comme «détresse globale» dans les données SPSS. Selon les analyses statistiques effectuées sur les données, la moyenne des réponses pour la sous-catégorie «détresse globale» est de 1,87 ( $\bar{E}T = 0,57$ ); (de temps en temps). Dans ce sens, si l'on se fie aux résultats, l'auteur peut dire qu'en moyenne les répondants ont de temps en temps des symptômes de détresse psychologique. Comme pour les stratégies d'adaptation et le soutien social, les pourcentages de réponses obtenues auprès de l'échantillon pour la variable détresse psychologique sont présentés sous forme de tableau dans les tableaux 9 et 10.

Tableau 9

*Proportion des sous-symptômes de détresse psychologique*

| Sous-Symptômes     | Choix de réponse  | n  | %    |
|--------------------|-------------------|----|------|
| Anxiété            | Jamais            | 12 | 13,8 |
|                    | De temps en temps | 56 | 64,4 |
|                    | Assez souvent     | 18 | 20,7 |
|                    | Très souvent      | 1  | 1,1  |
| Dépression         | Jamais            | 25 | 28,7 |
|                    | De temps en temps | 52 | 59,8 |
|                    | Assez souvent     | 10 | 11,5 |
|                    | Très souvent      | 0  | 0    |
| Troubles cognitifs | Jamais            | 35 | 40,2 |
|                    | De temps en temps | 40 | 46,0 |
|                    | Assez souvent     | 12 | 13,8 |
|                    | Très souvent      | 0  | 0    |
| Agressivité        | Jamais            | 22 | 25,3 |
|                    | De temps en temps | 54 | 62,1 |
|                    | Assez souvent     | 8  | 9,2  |
|                    | Très souvent      | 3  | 3,4  |

Tableau 10  
*Proportion pour la sous-catégorie détresse globale (n= 87)*

| Sous-catégorie   | Choix de réponse  | n  | %    |
|------------------|-------------------|----|------|
| Détresse globale | Jamais            | 20 | 23,0 |
|                  | De temps en temps | 58 | 66,7 |
|                  | Assez souvent     | 9  | 10,3 |
|                  | Très souvent      | 0  | 0    |
|                  | Total             | 87 | 100  |

#### **Descriptions des réponses aux questions ouvertes de nature qualitative**

Cette dernière portion de la section descriptive relate les résultats obtenus auprès de l'échantillon (n=87) à l'aide de cinq questions ouvertes de nature qualitative retrouvées à la fin du questionnaire sociodémographique. Ces questions ont pour but de laisser s'exprimer les participants sur les sources de stress vécues à la maison et à leur travail ainsi que sur les moyens qu'ils utilisent pour les atténuer. Il est à spécifier que les réponses à ces cinq questions ont été classées et catégorisées par l'auteur et son directeur (questionnaire par questionnaire et à la main, les catégories ont été obtenues par consensus), et ce, afin de faciliter la compréhension des résultats obtenus. Les pourcentages représentants la proportion de réponses aux questions, et ce, pour chaque catégorie, sont présentés en ordre décroissant dans le texte (des catégories les plus populaires à celles qui ont le moins ressorties auprès de cet échantillon d'infirmières).

De fait, pour la première question (question 15 du questionnaire sociodémographique): «*Pour me détendre ou me changer les idées je (activités)?*», les réponses ont été classées en 23 catégories soit : l'entraînement (55%), écouter la télévision (40%), sortir avec des amis (34%), la lecture (29%), marcher (18%), randonnées (raquette et plein air) (16%), ordinateur (jeux, internet) (14%), écouter de la musique (13%), prendre un bain (11%), magasiner (11%), jouer avec ses enfants (8%), s'occuper de ses animaux (8%), cuisiner (6%), bricoler (5%), faire de l'arts (peinture, musique, danse) (5%), faire la sieste (5%), les massages (5%), les voyages (3%), le yoga (2%), prendre un verre (2%), le «*sudoku*» (1%), faire l'amour (1%) et ne rien faire (1%). Il est à noter que pour la majorité des répondants de cet échantillon l'entraînement est considéré comme un moyen efficace de se changer les idées et se détendre (plus de la moitié des répondants l'ont mentionné).

Parallèlement, pour la deuxième question (items 16 du questionnaire sociodémographique): «*Mes principales sources de stress au travail sont?*», les réponses ont été classées en quatre grandes catégories. En premier lieu, l'organisation du travail, comprenant 14 types de réponses différentes, soit: la surcharge de travail (41%), le temps supplémentaire obligatoire (26%), le manque de temps (25%), le manque de personnel (21%), la lourdeur de la clientèle (13%), la pression exercée par les gestionnaires (6%), la peur d'être transféré dans unité non appréciée (5%), le manque de soutien des supérieurs (5%), les horaires de travail difficiles (5%), les collègues incompétents (5%), la défectuosité ou le manque de matériel (5%), les exigences élevées des patients (3%), et le manque de reconnaissance des supérieurs (3%). En deuxième

lieu, la collaboration, comprenant six types de réponse, soit: les conflits avec collègues (11 %), la pression exercée par les pairs (5%), l'ambiance de travail difficile (5%), la pression exercée par les médecins (3%), le manque de considération des pairs (2%) et le manque de communication (1%). En troisième lieu, la formation, comprenant quatre types de réponse, soit: le manque de connaissances (10%), la pression de performance (11%), la complexité de la tâche (6%) et les comportements violents des patients (1%). Finalement, la catégorie «autre» dans laquelle 2% des répondants ont répondu ne pas avoir de stress au travail. Dans ce sens, pour les sources de stress au travail, une forte propension de réponses pour la catégorie organisation du travail semble être observée. De fait, les stresseurs les plus soulignés par les infirmières de l'échantillon sont la surcharge de travail, le temps supplémentaire obligatoire, le manque de temps et le manque de personnel.

Conjointement, pour la troisième question (question 17 du questionnaire sociodémographique): «*Mes principales sources de stress à la maison sont?*», 13 catégories de réponse ont été mis en évidence par les participants de l'étude, soit: la conciliation travail, famille, étude (32%), les finances (32%), le manque de temps en général (18%), les multiples tâches domestiques (15%), les conflits dans le couple (14%), aucune source de stress à la maison (11%), les enfants (8%), les conflits interpersonnels (7%), le manque de sommeil (6%), le manque de reconnaissance de la famille (1%), la maladie et les accidents (1%) et les imprévus de la vie (1%). Il est à noter que les réponses qui émergent de la majorité sont la conciliation travail, famille, études et les préoccupations liées aux finances.

Pour la quatrième question (question 18 du questionnaire sociodémographique): «*Mes principales sources d'aide au travail sont?*», neuf catégories de réponses ont été illustrées, soit: la collaboration entre collègues (75%), l'écoute du chef d'unité (14 %), aucune aide (9%), l'assistante infirmière chef (8%), les amis au travail (8%), le programme d'aide aux employés (6%), les collègues plus expérimentés (2%), le syndicat (1%) et la famille des patients (1%). Notons spécifiquement que 75% des répondants de l'échantillon ont souligné l'importance de la collaboration entre collègues dans les principales sources d'aide au travail.

Finalement, pour la dernière question (question 19 du questionnaire sociodémographique) «*Mes principales sources d'aide à la maison sont?*», sept catégories ont été mises en évidence par les infirmières, soit: le conjoint (63%), la famille en général (52%), les amis (29%), aucune aide (8%), les enfants (2%) ainsi que les animaux (2%). Le conjoint et la famille sont donc, pour la majorité de cet échantillon, la principale source d'aide à la maison.

### **Volet liens et différences sociodémographiques (objectif 2)**

Les résultats exposés au sein de cette section ont pour but de montrer l'existence de liens ou de différences entre certains aspects sociodémographiques de l'échantillon (n=87) et les stratégies d'adaptation utilisées, le soutien social et l'ampleur de la détresse psychologique de ces jeunes infirmières de la génération Y. Pour ce faire, deux types d'analyses ont été effectués, et ce, selon la nature des variables. Dans ce sens, lorsque la variable sociodémographique est catégorielle (homme, femme par exemple), des

ANOVAS sont utilisés afin d'exposer s'il y a des différences significatives au plan de la moyenne des stratégies d'adaptation selon les variables sociodémographiques. Parallèlement, lorsque la variable est continue (l'âge par exemple), des régressions linéaires sont effectuées.

Le Tableau 11 relate les résultats d'une ANOVA effectuée pour les variables sociodémographiques catégorielles (sex, milieu, enfant, scolarité, expérience, quart de travail, département, cigarette, alcool, médicament et drogue), et ce, par rapport au type de stratégies d'adaptation utilisées. Les résultats de cette ANOVA révèlent une différence significative concernant la stratégie évitement, et ce, selon le milieu de vie ( $F(1,58) = 4,50, p = 0,04$ ). En effet, les infirmières habitant dans un milieu rural ( $M = 3,36, ET = 0,76$ ) utilisent significativement plus la stratégie évitement que les infirmières habitant dans milieu urbain ( $M = 4,01, ET = 0,69$ ).

Tableau 11

*Différences au plan de la moyenne des stratégies d'adaptation selon les variables sociodémographiques catégorielles (n=87)*

| Sociodémographique |        | Centrées sur le problème<br>(changer la situation) |           | Centrées sur l'émotion<br>(éviter la situation) |           |
|--------------------|--------|--|-----------|---|-----------|
|                    |        | <i>M</i>   | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i> |
| Sexe               | Femme  | 4,92   | 0,56      | 3,61  | 0,66      |
|                    | Homme  | 4,59   | 0,74      | 3,76  | 0,87      |
| Milieu             | Rural  | 4,85   | 0,65      | 3,36  | 0,76      |
|                    | Urbain | 4,67   | 0,59      | 4,01*   | 0,69      |
| Enfant             | Oui    | 4,72   | 0,66      | 4,04  | 0,77      |
|                    | Non    | 4,80   | 0,60      | 3,34  | 0,71      |

|             |             |      |      |      |      |
|-------------|-------------|------|------|------|------|
| Scolarité   | DEC         | 4,56 | 0,50 | 3,62 | 0,58 |
|             | Certificat  | 5,69 | 0,88 | 4,84 | 1,04 |
|             | Bacc        | 4,66 | 0,62 | 2,93 | 0,72 |
|             | Maîtrise    | 4,12 | 1,20 | 3,36 | 1,41 |
| Département | Urgence     | 4,85 | 0,66 | 3,78 | 0,77 |
|             | S. I.       | 5,09 | 0,73 | 3,13 | 0,85 |
|             | Chirurgie   | 4,41 | 0,73 | 3,99 | 0,85 |
|             | Médecine    | 4,90 | 0,74 | 3,27 | 0,87 |
|             | Psychiatrie | 4,37 | 0,79 | 2,85 | 0,93 |
|             | Cardiologie | 5,71 | 0,83 | 4,30 | 0,97 |
|             | Gériatrie   | 4,96 | 0,80 | 4,10 | 0,93 |
|             | SOP         | 5,55 | 0,84 | 3,03 | 0,98 |
|             | Pédiatrie   | 4,29 | 0,87 | 4,65 | 1,03 |
|             | Éq. volante | 5,66 | 0,98 | 4,73 | 1,15 |
|             | C. externes | 5,47 | 1,23 | 4,72 | 1,44 |
|             | Réadapt.    | 2,89 | 1,37 | 1,35 | 1,61 |
|             | Hémo.       | 3,71 | 1,23 | 4,02 | 1,44 |
| Cigarette   | Fumeur      | 4,99 | 0,58 | 3,81 | 0,82 |
|             | Non-fumeur  | 4,53 | 0,70 | 3,56 | 0,68 |
| Alcool      | Jamais      | 4,53 | 0,73 | 3,64 | 0,86 |
|             | Occasionnel | 4,63 | 0,59 | 4,31 | 0,69 |
|             | Régulier    | 5,12 | 0,76 | 3,11 | 0,89 |
| Médicament  | Oui         | 4,99 | 0,78 | 3,00 | 0,92 |
|             | Non         | 4,53 | 0,52 | 3,38 | 0,61 |
| Drogue      | Jamais      | 5,08 | 0,56 | 3,31 | 0,65 |
|             | Occasionnel | 4,43 | 0,74 | 4,07 | 0,87 |

\*p < 0,05.

Des analyses de régressions linéaires ont été effectuées afin de voir si l'âge et le nombre d'heures travaillées par semaine étaient liés à l'utilisation de tel ou tel type de stratégies d'adaptation. Les résultats montrent que l'âge et le nombre d'heures n'ont pas de lien significatif avec le choix des deux types de stratégies d'adaptation. Le tableau 12 décrit les résultats de cette régression.

Tableau 12

*Régression linéaire des variables sociodémographiques continues  
sur l'adaptation (n=87)*

| Variables continues                        | Centrées sur l'émotion<br>(éviter la situation) | Centrées sur le problème<br>(changer la situation) |
|--|---|--|
|  | $\beta$   | $\beta$  |
| Âge  | -0,03   | -0,13  |
| Nombre d'heures<br>travaillées par semaine | 0,03  | 0,32   |
| $R^2$                                      | 0,00  | 0,06   |

Le Tableau 13 présente le résultat d'une ANOVA effectuée pour les variables sociodémographiques catégorielles (sex, milieu, enfant, scolarité, expérience, quart de travail, département, cigarette, alcool, médicament et drogue), et ce, par rapport au type de soutien social. Il faut savoir que pour l'ÉPS, plus les scores sur les échelles sont élevés, moins le répondant perçoit de soutien social. De fait, les résultats de cette ANOVA révèlent une différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs par rapport au trois types de soutien social soit : intégration ( $F(1,58) = 13,87, p < 0,001$ ), assurance en sa valeur ( $F(1,58) = 22,43, p < 0,001$ ) et conseil ( $F(1,58) = 7,35, p < 0,01$ ). Plus spécifiquement, les infirmières fumeuses perçoivent, en moyenne, significativement moins d'intégration ( $M = 2,23, ET = 0,34$ ), d'assurance en leur valeur ( $M = 2,37, ET = 0,31$ ) et de conseils ( $M = 2,12, ET = 0,40$ ) que les infirmières non-fumeuses. De plus,

les résultats suggèrent que les femmes perçoivent, en moyenne, significativement ( $F(1,58) = 4,43$ ,  $p = 0,04$ ), moins d'assurance en leur valeur ( $M = 2,15$ ,  $\bar{ET} = 0,33$ ) que les hommes ( $M = 1,68$ ,  $\bar{ET} = 0,25$ ). Cependant, les hommes perçoivent, en moyenne, significativement ( $F(1,58) = 4,79$ ,  $p = 0,03$ ), moins de conseils ( $M = 2,10$ ,  $\bar{ET} = 0,42$ ) que les femmes ( $M = 1,47$ ,  $\bar{ET} = 0,32$ ).

Tableau 13

*Différences au plan de la moyenne des types de soutien social selon les variables sociodémographiques catégorielles (n=87)*

|                    |        | Intégration |           | Assurance |           | Conseil  |           |
|--------------------|--------|-------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Sociodémographique |        | <i>M</i>    | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> |
| Sexe               | Femme  | 2,01        | 0,27      | 2,15*     | 0,33      | 1,47     | 0,32      |
|                    | Homme  | 1,67        | 0,36      | 1,68      | 0,25      | 2,10*    | 0,42      |
| Milieu             | Rural  | 1,84        | 0,32      | 1,93      | 0,29      | 1,80     | 0,37      |
|                    | Urbain | 1,83        | 0,29      | 1,91      | 0,26      | 1,77     | 0,33      |
| Enfant             | Oui    | 1,90        | 0,32      | 2,00      | 0,29      | 1,85     | 0,37      |
|                    | Non    | 1,78        | 0,29      | 1,83      | 0,27      | 1,71     | 0,34      |

|                  |             |         |      |         |      |        |      |
|------------------|-------------|---------|------|---------|------|--------|------|
| Scolarité        | DEC         | 1,60    | 0,24 | 1,83    | 0,22 | 1,69   | 0,28 |
|                  | Certificat  | 1,61    | 0,43 | 1,95    | 0,39 | 1,95   | 0,50 |
|                  | Bacc        | 1,64    | 0,30 | 1,85    | 0,27 | 1,86   | 0,35 |
|                  | Maîtrise    | 2,51    | 0,58 | 2,04    | 0,53 | 1,63   | 0,68 |
| Expérience       | 0-2ans      | 1,97    | 0,35 | 2,12    | 0,32 | 1,96   | 0,41 |
|                  | 2-5 ans     | 1,97    | 0,32 | 2,05    | 0,29 | 1,85   | 0,37 |
|                  | 5-8 ans     | 1,83    | 0,31 | 1,81    | 0,28 | 1,68   | 0,36 |
|                  | 8-9 ans     | 1,58    | 0,33 | 1,68    | 0,30 | 1,65   | 0,39 |
| Quart de travail | Nuit        | 1,85    | 0,31 | 1,93    | 0,28 | 1,83   | 0,36 |
|                  | Jour        | 1,78    | 0,33 | 1,84    | 0,30 | 1,78   | 0,38 |
|                  | Soir        | 1,88    | 0,30 | 1,97    | 0,28 | 1,74   | 0,36 |
| Département      | Urgence     | 1,70    | 0,32 | 1,80    | 0,29 | 1,74   | 0,37 |
|                  | S. I.       | 1,73    | 0,35 | 2,04    | 0,32 | 1,80   | 0,41 |
|                  | Chirurgie   | 1,80    | 0,35 | 1,88    | 0,32 | 1,91   | 0,41 |
|                  | Médecine    | 1,96    | 0,36 | 2,03    | 0,33 | 1,72   | 0,42 |
|                  | Psychiatrie | 1,70    | 0,38 | 2,01    | 0,35 | 1,73   | 0,45 |
|                  | Cardiologie | 1,97    | 0,40 | 2,07    | 0,37 | 2,34   | 0,47 |
|                  | Gériatrie   | 1,70    | 0,39 | 1,54    | 0,35 | 1,45   | 0,45 |
|                  | SOP         | 1,88    | 0,41 | 1,99    | 0,37 | 1,49   | 0,48 |
|                  | Pédiatrie   | 2,03    | 0,42 | 2,26    | 0,39 | 2,19   | 0,50 |
|                  | Éq. volante | 2,26    | 0,48 | 1,85    | 0,43 | 2,18   | 0,56 |
|                  | C. externes | 1,85    | 0,60 | 2,07    | 0,55 | 2,39   | 0,70 |
|                  | Réadapt.    | 1,33    | 0,66 | 1,54    | 0,61 | 0,92   | 0,78 |
|                  | Hémo.       | 1,99    | 0,60 | 1,81    | 0,54 | 1,33   | 0,70 |
| Cigarette        | Fumeur      | 2,23*** | 0,34 | 2,37*** | 0,31 | 2,12** | 0,40 |
|                  | Non-fumeur  | 1,45    | 0,28 | 1,47    | 0,26 | 1,45   | 0,33 |
| Alcool           | Jamais      | 1,86    | 0,36 | 2,03    | 0,33 | 2,31   | 0,42 |
|                  | Occasionnel | 1,96    | 0,29 | 2,02    | 0,26 | 1,80   | 0,34 |
|                  | Régulier    | 1,70    | 0,37 | 1,70    | 0,34 | 1,24   | 0,43 |
| Médicament       | Oui         | 1,83    | 0,38 | 1,87    | 0,35 | 1,77   | 0,45 |
|                  | Non         | 1,79    | 0,37 | 1,96    | 0,32 | 1,81   | 0,30 |
| Drogue           | Jamais      | 1,94    | 0,27 | 1,84    | 0,25 | 1,83   | 0,32 |
|                  | Occasionnel | 1,74    | 0,36 | 1,97    | 0,33 | 1,74   | 0,42 |

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

Des analyses de régression linéaires ont été effectuées afin de voir si l'âge et le nombre d'heures travaillées par semaine étaient liés aux trois types de soutien social. Les résultats montrent que l'âge et le nombre d'heures n'ont pas de lien significatif avec le choix des deux types de stratégies d'adaptation. Le tableau 12 décrit les résultats de cette régression.

Tableau 14

*Régression linéaire des variables sociodémographiques continues  
sur le soutien social (n=87)*

| Variables continues                     | Conseil | Assurance en sa valeur | Intégration |
|---|---------|------------------------|-------------|
|   | $\beta$ | $\beta$                | $\beta$     |
| Âge                                     | -0,10   | -0,13                  | 0,05        |
| Nombre d'heures travaillées par semaine | 0,22    | 0,27                   | 0,09        |
| $R^2$                                   | 0,03    | 0,04                   | 0,02        |

Les résultats d'une autre ANOVA, effectuée pour les variables sociodémographiques catégorielles, et ce, par rapport aux sous-symptômes de détresse psychologique, suggèrent des différences de moyennes significatives, entre les fumeurs et les non-fumeurs et les variables anxiété ( $F(1,58) = 4,21, p = 0,05$ ) et agressivité ( $F(1,58) = 6,63, p = 0,01$ ). Dans cet optique, les fumeurs ressentent en moyenne et de façon significative plus de symptômes d'anxiété ( $M = 2,04, \bar{ET} = 0,45$ ) et d'agressivité ( $M = 2,90, \bar{ET} = 0,49$ ) que les non-fumeurs (anxiété,  $M = 1,47, \bar{ET} = 0,37$ ; agressivité,  $M = 2,13, \bar{ET} = 0,41$ ). De plus, les résultats montrent une différence significative entre les moyennes du sous-symptôme «troubles cognitifs» ( $F(1,58) = 5,07, p = 0,03$ ) des gens qui consomment de la drogue occasionnellement ( $M = 3,11, \bar{ET} = 0,51$ ) et ceux qui n'en consomment jamais ( $M = 2,34, \bar{ET} = 0,38$ ). Les gens qui consomment de la drogue occasionnellement ont significativement coté plus haut pour le sous-symptôme «troubles-cognitifs». Finalement, les résultats suggèrent une différence significative de moyenne ( $F(1,58) = 6,22, p = 0,02$ ) entre les répondant ayant des enfants ( $M = 2,82, \bar{ET} = 0,46$ ) et ceux qui n'en n'ont pas ( $M = 2,22, \bar{ET} = 0,42$ ), et ce, pour les symptômes d'agressivité.

Tableau 15

*Différences au plan de la moyenne des sous-symptômes de détresse psychologique selon les variables sociodémographiques catégorielles (n=87)*

| Sociodémographique |       | Anxiété  |           | Dépression |           | Troubles cognitifs |           | Agressivité |           |
|--------------------|-------|----------|-----------|------------|-----------|--------------------|-----------|-------------|-----------|
|                    |       | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i>   | <i>ÉT</i> | <i>M</i>           | <i>ÉT</i> | <i>M</i>    | <i>ÉT</i> |
| Sexe               | Femme | 1,58     | 0,48      | 1,32       | 0,36      | 2,95               | 0,39      | 2,80        | 0,52      |
|                    | Homme | 1,90     | 0,36      | 1,75       | 0,47      | 2,50               | 0,51      | 2,23        | 0,40      |

|                  |             |       |      |      |      |       |       |       |      |
|------------------|-------------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|------|
| Milieu           | Rural       | 1,79  | 0,42 | 1,61 | 0,41 | 2,86  | 0,45  | 2,50  | 0,46 |
|                  | Urbain      | 1,71  | 0,38 | 1,46 | 0,37 | 2,59  | 0,41  | 2,54  | 0,41 |
| Enfant           | Oui         | 1,68  | 0,42 | 1,59 | 0,42 | 2,70  | 0,45  | 2,82* | 0,46 |
|                  | Non         | 1,82  | 0,39 | 1,48 | 0,38 | 2,75  | 0,41  | 2,22  | 0,42 |
| Scolarité        | DEC         | 2,27  | 0,32 | 1,77 | 0,32 | 2,88  | 0,34  | 2,70  | 0,35 |
|                  | Certificat  | 1,68  | 0,57 | 1,68 | 0,56 | 3,05  | 0,61  | 2,67  | 0,62 |
|                  | Bacc        | 2,17  | 0,40 | 1,86 | 0,39 | 2,89  | 0,43  | 2,70  | 0,43 |
|                  | Maîtrise    | 0,89  | 0,77 | 0,83 | 0,76 | 2,08  | 0,83  | 2,00  | 0,84 |
| Expérience       | 0-2 ans     | 1,65  | 0,46 | 1,33 | 0,46 | 2,51  | 0,49  | 2,65  | 0,50 |
|                  | 2-5 ans     | 1,88  | 0,42 | 1,70 | 0,42 | 2,60  | 0,45  | 2,85  | 0,46 |
|                  | 5-8 ans     | 1,58  | 0,41 | 1,29 | 0,41 | 2,75  | 0,44  | 2,23  | 0,45 |
|                  | 8-9 ans     | 1,90  | 0,44 | 1,82 | 0,44 | 3,04  | 0,47  | 2,34  | 0,48 |
| Quart de travail | Nuit        | 1,90  | 0,41 | 1,74 | 0,43 | 2,67  | 0,44  | 2,41  | 0,45 |
|                  | Jour        | 1,66  | 0,43 | 1,25 | 0,40 | 2,81  | 0,47  | 2,57  | 0,47 |
|                  | Soir        | 1,70  | 0,40 | 1,62 | 0,40 | 2,71  | 0,43  | 2,57  | 0,44 |
| Département      | Urgence     | 1,81  | 0,42 | 1,32 | 0,42 | 2,47  | 0,45  | 2,69  | 0,46 |
|                  | S. I.       | 1,56  | 0,47 | 1,41 | 0,46 | 2,40  | 0,50  | 2,83  | 0,51 |
|                  | Chirurgie   | 1,83  | 0,47 | 1,61 | 0,46 | 2,95  | 0,50  | 2,68  | 0,51 |
|                  | Médecine    | 1,59  | 0,48 | 1,61 | 0,47 | 2,63  | 0,51  | 2,67  | 0,52 |
|                  | Psychiatrie | 1,99  | 0,51 | 1,91 | 0,50 | 2,85  | 0,55  | 2,44  | 0,56 |
|                  | Cardiologie | 1,58  | 0,53 | 1,94 | 0,53 | 2,12  | 0,57  | 2,97  | 0,58 |
|                  | Gériatrie   | 1,33  | 0,51 | 1,26 | 0,51 | 2,38  | 0,55  | 2,20  | 0,56 |
|                  | SOP         | 1,86  | 0,54 | 1,68 | 0,53 | 2,56  | 0,58  | 1,85  | 0,59 |
|                  | Pédiatrie   | 1,41  | 0,56 | 1,47 | 0,56 | 3,21  | 0,60  | 2,47  | 0,61 |
|                  | Éq. volante | 1,44  | 0,63 | 1,75 | 0,62 | 3,38  | 0,68  | 2,78  | 0,69 |
|                  | C. externes | 2,50  | 0,79 | 2,54 | 0,78 | 2,72  | 0,85  | 2,27  | 0,86 |
|                  | Réadapt.    | 2,61  | 0,88 | 1,53 | 0,87 | 2,42  | 0,95  | 2,98  | 0,96 |
|                  | Hémo.       | 1,22  | 0,79 | 1,93 | 0,78 | 3,37  | 0,85  | 1,86  | 0,86 |
| Cigarette        | Non-fumeur  | 1,47  | 0,37 | 1,33 | 0,37 | 2,53  | 0,40  | 2,13  | 0,41 |
|                  | Fumeur      | 2,04* | 0,45 | 1,74 | 0,47 | 2,92  | 0,48  | 2,90* | 0,49 |
| Alcool           | Jamais      | 1,93  | 0,47 | 1,55 | 0,47 | 2,56  | 0,51  | 2,83  | 0,52 |
|                  | Occasionnel | 1,54  | 0,38 | 1,64 | 0,38 | 2,65  | 0,41  | 2,59  | 0,41 |
|                  | Régulier    | 1,79  | 0,49 | 1,41 | 0,48 | 2,97  | 0,52  | 2,13  | 0,53 |
| Médicament       | Oui         | 1,79  | 0,51 | 1,24 | 0,50 | 2,89  | 0,54  | 2,75  | 0,55 |
|                  | Non         | 1,72  | 0,34 | 1,83 | 0,33 | 2,56  | 0,36  | 2,28  | 0,37 |
| Drogue           | Jamais      | 1,91  | 0,36 | 1,62 | 0,35 | 2,34  | 0,38  | 0,32  | 0,39 |
|                  | Occasionnel | 1,59  | 0,48 | 1,45 | 0,47 | 3,11* | 0,51* | 2,71  | 0,52 |

\*p &lt; 0,05.

Le résultat de l'analyse de régression linéaire effectuée pour les variables de l'âge et de l'anxiété ainsi que celle réalisée pour le nombre d'heures travaillées par semaine et l'anxiété ont ressorties comme étant significatives (voir Tableau 16). Le résultat du  $R^2$  de cette régression linéaire indique que les deux variables indépendantes expliquent 7,3% de la variance du modèle. Conjointement, pour la première variable indépendante soit l'âge, les résultats tendent à dire que l'âge des répondants prédit négativement l'anxiété ( $\beta = -0,34$ ,  $p = 0,02$ ). Parallèlement, pour le nombre d'heures travaillées par semaine, le résultat de la régression suggère un lien positif entre les heures travaillées par semaines et l'anxiété ( $\beta = 0,30$ ,  $p = 0,034$ ).

Tableau 16

*Régression linéaire des variables sociodémographiques continues  
sur la détresse psychologique (n=87)*

| Variables continues                     | Anxiété | Dépression | Troubles cognitifs | Agressivité |
|---|---------|------------|--------------------|-------------|
|   | $\beta$ | $\beta$    | $\beta$            | $\beta$     |
| Âge                                     | -0,34*  | -0,05      | 0,12               | -0,12       |
| Nombre d'heures travaillées par semaine | 0,30*   | 0,13       | -0,33              | 0,20        |
| $R^2$                                   | 0,73    | 0,01       | 0,01               | 0,02        |

*Note.*  $R^2 = 0,73$ ,  $F(2,84) = 3,31$ ,  $p = 0,04$ .

\* $p < 0,05$ .

### Volet corrélationnel (objectif 3)

Les statistiques illustrées dans la partie qui suit ont pour objectif principale d'exposer la valence et la force de corrélations discernées entre le type d'adaptation, le soutien social et l'ampleur de la détresse psychologique des jeunes infirmières de la génération Y (prédition de la détresse psychologique par les variables d'intérêt). Conjointement, notons que, dans la section concernant l'objectif 2 du mémoire, certaines variables sociodémographiques ont ressorties comme étant associées de manière significative à la détresse psychologique. En lien à cette situation et dans un souci de cohérence avec les autres objectifs du mémoire, l'auteur, dans ses analyses de régressions linéaires, a donc considéré ces variables sociodémographiques. Dans cette optique, les tableaux exposant les régressions sont présentés en deux étapes (étape un = variables sociodémographiques, étape deux = stratégies d'adaptation ou soutien social).

Le résultat de la régression linéaire exposée dans le Tableau 17 suggère que le type de stratégies d'adaptation utilisée pour faire face au stress au travail est significativement associé aux sous-symptômes de détresse psychologique des infirmières de l'échantillon. Dans ce sens, tout en considérant les variable sociodémographiques (âge, heures travaillées par semaine et fumeur), les résultats montrent que le «*coping*» contribue significativement à la variance expliquée du sous-symptôme «anxiété» ( $F(5,81) = 7,1$ ,  $p = 0,001$ ). Spécifiquement, les résultats suggèrent que les stratégies d'adaptation centrées sur le problème prédisent significativement le sous-symptôme «anxiété» ( $\beta = -0,34$ ,  $p = 0,001$ ), alors les stratégies d'évitement ne le

prédisent pas significativement ( $\beta = 0,13$ ,  $p = 0,18$ ). De plus, le «*coping*» contribue significativement à la variance expliquée du sous-symptôme «dépression» ( $F(5,81) = 4,16$ ,  $p = 0,002$ ). Dans ce sens, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème prédisent significativement le sous-symptôme «dépression» ( $\beta = -0,35$ ,  $p = 0,001$ ), alors que les stratégies d'évitement ne le prédisent pas significativement ( $\beta = 0,01$ ,  $p = 0,96$ ). Également, le «*coping*» contribue significativement à la variance expliquée du sous-symptôme «trouble cognitif» ( $F(5,81) = 2,60$ ,  $p < 0,031$ ). De fait, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème prédisent significativement le sous-symptôme «trouble cognitif» ( $\beta = -0,32$ ,  $p = 0,004$ ), alors les stratégies d'évitement ne le prédisent pas significativement ( $\beta = 0,09$ ,  $p = 0,41$ ). Finalement, le «*coping*» contribue significativement à la variance expliquée du sous symptôme «agressivité» ( $F(5,81) = 5,27$ ,  $p < 0,001$ ). Dans ce sens, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème ( $\beta = -0,35$ ,  $p = 0,001$ ) et les stratégies d'évitement ( $\beta = 0,20$ ,  $p = 0,04$ ) prédisent significativement le sous-symptôme «agressivité».

Les  $R^2$  associés à ces régressions linéaires indiquent cependant que l'adaptation n'explique qu'une petite partie de la détresse psychologique vécue au travail, soit 31% du modèle pour l'anxiété, 20% pour la dépression, 14% pour les troubles cognitifs et 25% pour l'agressivité. Néanmoins, combiné avec le  $R^2$  des variables sociodémographiques, l'explication de la variance du modèle s'accroît à 49% pour l'anxiété, 29% pour la dépression, 18% pour les troubles cognitifs et à 35% pour l'agressivité. Il faut donc interpréter ces résultats avec prudence et comprendre que

d'autres facteurs influencent la condition psychologique des travailleurs, par exemple le soutien social, la génétique et les aléas de la vie quotidienne.

Tableau 17

*Régression linéaire des variables sociodémographiques et du type de stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique (n=87)*

|                             | Anxiété      | Dépression | Trouble cognitif | Agressivité |              |         |              |          |
|-----------------------------|--------------|------------|------------------|-------------|--------------|---------|--------------|----------|
| Variables prédictives       | $\Delta R^2$ | $\beta$    | $\Delta R^2$     | $\beta$     | $\Delta R^2$ | $\beta$ | $\Delta R^2$ | $\beta$  |
| <b>Étape 1</b>              |              |            |                  |             |              |         |              |          |
| <b>Sociodémographique</b>   | 0,18***      |            | 0,09*            |             | 0,04         |         | 0,10*        |          |
| Age                         |              | -0,45***   |                  | -0,14       |              | 0,08    |              | -0,20    |
| Heures travaillées          |              | 0,29*      |                  | 0,12        |              | -0,04   |              | 0,19     |
| Fumer                       |              | 0,35***    |                  | 0,30**      |              | 0,17    |              | 0,30**   |
| <b>Étape 2</b>              |              |            |                  |             |              |         |              |          |
| <b>Adaptation</b>           | 0,31***      |            | 0,20**           |             | 0,14*        |         | 0,25***      |          |
| Éviter                      |              | 0,13       |                  | 0,01        |              | 0,09    |              | 0,20*    |
| Changer                     |              | -0,34***   |                  | -0,35***    |              | -0,32** |              | -0,33*** |
| <i>R</i> <sup>2</sup> total |              | 0,49***    |                  | 0,29**      |              | 0,18*   |              | 0,35***  |
| <i>n</i>                    | 87           |            | 87               |             | 87           |         | 87           |          |

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

Le Tableau 18 exprime le résultat d'une régression linéaire visant à prédire la détresse psychologique avec les trois sous-catégories de soutien social (conseil, assurance en sa valeur et intégration). Le résultat de cette analyse montre que certains types de soutien social perçu au travail sont significativement associés aux sous-symptômes de détresse psychologique des infirmières de l'échantillon. Dans ce sens, tout en considérant les variables sociodémographiques (âge, heures travaillées par semaine et fumeur), les résultats montrent que le soutien social contribue significativement à la variance expliquée du sous-symptôme «dépression» ( $F(6,80) = 3,48$ ,  $p = 0,004$ ). Spécifiquement, les résultats suggèrent que la sous-catégorie «assurance en sa valeur» prédit significativement le sous-symptôme «dépression» ( $\beta = -0,36$ ,  $p = 0,02$ ) alors les sous-catégories «conseil» et intégration de le prédisent pas significativement. Parallèlement, le soutien social contribue significativement à la variance expliquée du sous-symptôme «agressivité» ( $F(6,80) = 2,76$ ,  $p = 0,02$ ). Dans ce sens, l'assurance en sa valeur prédit significativement le sous-symptôme «agressivité» ( $\beta = -0,30$ ,  $p = 0,049$ ) alors que les deux autres sous-catégories ne le prédisent pas significativement.

Les  $R^2$  associés à ces régressions linéaires indiquent cependant que l'assurance en sa valeur n'explique qu'une petite partie de la détresse psychologique vécue au travail, soit 21% du modèle pour la dépression et 17% pour l'agressivité. Néanmoins, combiné avec les  $R^2$  des variables sociodémographiques, l'explication de la variance du modèle s'accroît à 30% pour la dépression et à 35% pour l'agressivité.

Tableau 18

*Régression linéaire des variables sociodémographiques et du type de soutien social sur la détresse psychologique*

|                             | Anxiété      | Dépression | Trouble cognitif | Agressivité |              |         |              |         |
|-----------------------------|--------------|------------|------------------|-------------|--------------|---------|--------------|---------|
| Variables prédictives       | $\Delta R^2$ | $\beta$    | $\Delta R^2$     | $\beta$     | $\Delta R^2$ | $\beta$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ |
| <b>Étape 1</b>              |              |            |                  |             |              |         |              |         |
| <b>Sociodémographique</b>   | 0,18***      |            | 0,09*            |             | 0,04         |         | 0,10*        |         |
| Age                         |              | 0,45**     |                  | -0,14       |              | 0,08    |              | -0,20   |
| Heures travaillées          |              | 0,29*      |                  | 0,12        |              | -0,04   |              | 0,19    |
| Fumer                       |              | 0,35**     |                  | 0,30**      |              | 0,17    |              | 0,30**  |
| <b>Étape 2</b>              |              |            |                  |             |              |         |              |         |
| <b>Adaptation</b>           | 0,19**       |            | 0,21**           |             | 0,04*        |         | 0,17*        |         |
| Conseil                     |              | -0,09      |                  | -0,03       |              | -0,08   |              | -0,06   |
| Intégration                 |              | -0,02      |                  | -0,08       |              | 0,08    |              | 0,06    |
| Assurance                   |              | 0,10       |                  | -0,36*      |              | -0,03   |              | -0,30*  |
| <i>R</i> <sup>2</sup> total |              | 0,37**     |                  | 0,30**      |              | 0,08*   |              | 0,35*   |
| <i>n</i>                    | 87           |            | 87               |             | 87           |         | 87           |         |

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

Dans la prochaine partie du mémoire, la discussion, l'auteur tentera de nuancer, d'affirmer ou d'infirmer les résultats présentés précédemment, et ce, en les comparants avec la littérature. Ce qui permettra de placer le projet SASSDY dans une perspective plus objective et ainsi pouvoir le regarder sous tous ses angles, et ce, tout en s'aventurant dans l'élaboration de quelques recommandations pour la pratique et la recherche en sciences infirmières.

## **Discussion**

Les principaux objectifs de ce mémoire de maîtrise sont, dans un premier temps, d'enrichir l'éventail des connaissances au niveau des stratégies d'adaptation, de la perception du soutien social ainsi que de l'ampleur de la détresse psychologique des infirmières de la génération Y. Dans un deuxième temps, l'auteur veut apporter une description exhaustive des relations et des différences qui peuvent exister entre certaines caractéristiques sociodémographiques de ces infirmières (n=87) et la détresse psychologique vécue, les stratégies d'adaptation et le soutien social. Le dernier objectif de l'étude est d'exposer la valence et la force de relations existantes entre le type d'adaptation, le soutien social et l'ampleur de la détresse psychologique de ces jeunes infirmières (tenter de prédire la détresse psychologique avec les variables d'intérêt).

Dans cette dernière portion du mémoire (la discussion), les résultats présentés au cours du chapitre précédent (la présentation des résultats) sont interprétés, mis en lien avec la théorie et abordés de façon analytique. Il s'agit ici de savoir, dans quelle mesure les résultats soutiennent ou contredisent les fondements théoriques sur lesquels s'appuient la recherche, et ce, par rapport aux questions et aux hypothèses de recherche (Fortin, 2010). Par la suite, l'auteur émet quelques recommandations en lien avec la pratique et la recherche en science infirmière, pour ensuite effectuer une courte analyse critique des forces et des limites de l'étude. Finalement, le chapitre se termine sur une section concernant la diffusion des résultats du projet SASSDY et les retombées attendues.

## Interprétation des données et liens avec la théorie

### L'adaptation, la théorie transactionnelle et la détresse psychologique

En lever de rideau, l'auteur veut connaître les principales sources de stress au travail pouvant être perçues comme des catalyseurs dans la perturbation de la santé mentale de l'échantillon et ainsi savoir quelles situations peuvent induire le «*coping*» chez les jeunes infirmières de la génération Y. Pour ce faire, la question ouverte de nature qualitative: «*Mes principales sources de stress au travail sont?*», a été proposée aux répondants, et ce, à la fin du questionnaire sociodémographique. Découlant de ce questionnement, les facteurs les plus nommés par n=87 ont été: la surcharge de travail (41%), le temps supplémentaire obligatoire (26%), le manque de temps (25%), le manque de personnel (21%), la lourdeur de la clientèle (13%) et les horaires de travail difficiles (5%). Il est à spécifier que ces éléments ont été classés par l'auteur dans la catégorie organisation du travail.

Ces réponses sont très similaires à celles obtenues lors d'autres études traitant des sources de stress, du «*burnout*» ou de la détresse psychologique des infirmières en milieu de travail. Par exemple: Baker et al., 2007; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Radzvin, 2011; Statistique Canada, 2005 et bien d'autres, ont tous fait ressortir, à un moment ou à un autre dans leurs recherches respectives, ces sources de stress (irritants). Dans cette optique, cette constatation pourrait bien apporter une certaine notion de transférabilité à cette partie des résultats. Ce constat tend à démontrer que ces sources de stress sont bien présentes, qu'elles dérangent et pourraient être des facteurs majeurs dans

la détresse psychologique des infirmières. Cependant, le chercheur reste prudent, car cette réalité, qui peut être perçue comme stressante dans un milieu donné, peut très bien ne pas l'être dans d'autres environnements. Par exemple, les pays comme la Suisse et la France, qui ne connaissent pas la notion de temps supplémentaire obligatoire, ne peuvent pas la percevoir comme une source de stress.

Une autre observation intéressante, mais cette fois-ci liée à la théorie transactionnelle du stress, est l'isolement et la conservation de deux sous-dimensions de l'Échelle Cybernétique de Coping de «*coping*» qui, originellement en contenait cinq. Dans ce sens, le fait que l'analyse factorielle exploratoire est clairement mis en évidence que les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et centrées sur l'émotion soient les deux principales formes de «*coping*» à considérer dans les items du CCS, ramènent aux bases de la théorie transactionnelle telles que décrite par Lazarus et Folkman (1984). Ce résultat, bien qu'un peu conflictuel avec la structure première du CCS et de ces sous-échelles, met de l'avant la force et l'exhaustivité de la théorie élaborée par Lazarus et Folkman et aide à justifier (en partie) l'utilisation de ce cadre théorique dans cette étude.

Dans un autre ordre d'idée, concernant l'aspect descriptif de l'étude (objectif 1), qui voulait examiner l'adaptation des infirmières de la génération Y au stress en milieu de travail, l'auteur désire répondre à la question générale : «*Quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières de la génération Y, afin de faire face au stress au travail?*». Dans cette optique, suite aux analyses statistiques descriptives exécutées sur les données recueillies auprès de n=87 infirmières, il s'est avéré que les stratégies

centrées sur le problème étaient plus utilisées en milieu de travail que les stratégies centrées sur l'émotion. En effet, la proportion la plus élevée des réponses (sur l'échelle à sept niveaux) des répondants pour l'utilisation du «*coping*» actif est: «assez souvent», à 42% et pour les stratégies d'évitement, la proportion la plus élevée de réponses sur l'échelle est: «à l'occasion», à 32,2%.

Selon les items de l'Échelle cybernétique de coping, ces stratégies axées sur la résolution de problème sont, par exemple: tenter d'analyser la situation (respecter ses limites); appliquer les connaissances apprises lors d'expériences antérieures, parler à une personne qui pourrait avoir un impact direct au niveau de la situation (Edwards et al., 1993; Leclerc et al., 1994). Ces résultats soutiennent la littérature, car la majorité des écrits s'étant intéressés à la description du «*coping*» en milieu de travail, semblent comparables aux résultats du projet SASSDY. De fait, pour Shimazu et al. (2007) les stratégies d'adaptation axées sur le problème sont perçues comme étant les plus efficaces (pour les travailleurs japonais), et ce, afin de réduire le stress. Également, l'étude exploratoire de Li et al. (2008) conclue que le sentiment de contrôle sur la situation stressante est perçu par les infirmières chinoises comme une des composantes majeures de l'adaptation efficace au stress au travail. De surcroît, pour d'autres auteurs, la planification active et le recadrage sont associés, par les infirmières de soins intensifs, à des manières efficaces de résoudre les problèmes (Burgess et al., 2010).

L'auteur tient à souligner (illustré dans le paragraphe traitant du volet corrélationnel), que ce penchant des jeunes infirmières pour l'emploi de stratégies d'adaptation actives

(perception de contrôle) plutôt que pour celles favorisant l'évitement, et ce, lors d'événements stressants au travail, semble être une bonne chose en soi. Dans ce sens, ces stratégies s'avèrent avoir un effet directe sur la détresse psychologique ou, du moins, un effet tampon, comme l'indique la littérature. En effet, pour Browning et al. (2007), la perception de contrôle (souvent induit par les stratégies d'adaptation centrées sur le problème) joue un rôle crucial dans la réduction de la détresse psychologique ou de l'épuisement professionnel.

Pour ce qui est du volet corrélational (objectif 3) relatif à l'adaptation et la détresse psychologique, l'auteur a émis l'hypothèse que «*les infirmières de la génération Y présentent davantage de détresse psychologique si elles utilisent moins de stratégies adaptatives*». Dans ce sens, les résultats obtenus lors de l'analyse des données recueillies lors projet SASSDY tendent à soutenir partiellement cette hypothèse qui est d'ordre plutôt général. De fait, cet énoncé a été érigé dans le but d'aller dans le sens de la théorie transactionnelle, qui veut qu'il n'y ait pas de stratégies qui soient fondamentalement bonnes ou mauvaises, et ce, afin de s'adapter à une situation de stress et que ce soient plutôt les événements qui déterminent la nature de la stratégie ainsi que son utilisation opportune (Lasarus & Folkman, 1984). Cependant, si l'on met cette hypothèse face à une perspective de stress au travail (comme lors du projet SASSDY), on remarque une différence importante entre le «*coping*» actif (l'agir) et le «*coping*» plus passif (l'évitement).

Cette première hypothèse, pour être soutenue de façon plus complète, aurait donc pu être davantage dirigée vers une nature plus spécifique, liée au fait, qu'au travail, les deux formes d'adaptation (active et passive) ne semblent pas avoir la même efficacité sur l'ampleur de la détresse psychologique. En effet, selon les résultats obtenus auprès de l'échantillon d'infirmières, l'utilisation de stratégies d'adaptation (changer la situation) semble avoir un effet de prévention de la détresse psychologique des jeunes infirmières, considérant que cette utilisation prédit négativement et significativement tous les sous-symptômes évalués par la PSI. Parallèlement, ces mêmes résultats tendent à dire que les infirmières utilisant plus les stratégies d'adaptation axées sur l'émotion (lors de stress au travail) sont davantage enclines à percevoir une augmentation des sous-symptômes de détresse psychologique.

Au niveau de la littérature, l'étude de Lecomte et al. (2007), effectuée chez une population de personnes atteintes de schizophrénie, ne soutient pas les postulats de la théorie transactionnelle qui veulent que l'environnement quotidien de la vie influence négativement l'adaptation et que les variables contenues dans les principes de base de l'adaptation joue un rôle d'amoindrissement du stress perçu. De plus, l'étude de Lin et al. (2009) nous indique que, pour les infirmières taiwanaises spécialisées en psychiatrie, le fait de faire face n'est pas un modérateur significatif sur la relation entre le stress au travail et les scores de dépression. La réflexion qui peut émaner de ces résultats, qui se veulent paradoxaux comparés à ceux obtenus lors du projet SASSDY, est que la condition mentale des participants, la nature de l'événement vécu comme stressant, l'environnement dans lequel le répondant évolue ainsi que les mœurs et la culture des

participants, pourraient tous avoir un impact sur la stratégie qui est perçue efficace dans la régulation du stress et la prévention de la détresse psychologique.

En effet, si l'on revient à des contextes d'investigations plus proches du projet SASSDY (infirmières ou travailleurs de la santé), par exemple, les études de Shimazu et al. (2007) (s'intéressant au stress de travailleurs en entreprise), de Chen et al. (2009) (ciblant une population d'infirmières), de Li et al. (2008) (effectuée chez des infirmières attitrées aux soins intensifs), de Burgess et al. (2010) (infirmières travaillant aux soins intensifs) et de Hays et al. (2009) (infirmière évoluant aux soins intensifs), appuient tous les résultats du projet SASSDY, c'est-à-dire que l'utilisation de stratégies d'adaptation actives semble prévenir la détresse psychologique.

Il semble donc très important, pour la clarté et l'exhaustivité d'une recherche, que le cadre théorique choisi tienne fortement compte de tous les facteurs qui pourraient influencer l'individu dans son choix d'adaptation, car ces autres éléments pourraient bien faire diverger les résultats ou, du moins, les nuancer de façon importante. Cette observation pousse le chercheur à se questionner sur la raison qui expliquerait les faibles r-carré (0, 2 et moins) des régressions linéaires effectués pour ces variables (détresse et adaptation). Dans ce sens, il paraît probable que ces faibles résultats de r-carré sont attribuables au fait que le type de «*coping*» utilisé afin de faire face ne soit pas le seul facteur en cause dans l'explication de la détresse ou le bien-être psychologique de ces infirmières en situation de travail. Dans ce sens, une partie de la solution réside dans les réponses aux questions de nature qualitatives et dans le volet sociodémographique de

l'étude. Dans ce sens, ces résultats suggèrent une panoplie impressionnante de facteurs pouvant entrer en jeux dans la prévention de la détresse psychologique.

Dans l'optique de vouloir préciser les hypothèses, la théorie de l'autodétermination, qui veut que l'individu soit foncièrement porté vers l'action, la motivation, la curiosité et qu'il aspire ardemment à réussir, lié au fait que la réussite est perçue comme fondamentalement gratifiante (Deci & Ryan, 2008), aurait très bien pu servir de base théorique complémentaire à cette étude et donc à l'élaboration des hypothèses plus ciblées. De fait, ce cadre théorique, explorée, par exemple, par des auteurs tels que : Fernet, Gagné et Austin (2010) ainsi que par Lavoie-Tremblay et al. (2010), se serait très bien insérée dans le projet et aurait même bonifié le noyau théorique de l'étude, et ce, afin d'y introduire cet aspect modérateur plus spécifique à la perception de contrôle induit par l'agir, le sens du changement et du défi ainsi que la proactivité (centrer l'adaptation sur le problème).

Dans une perspective plus générationnelle, la prévention de la détresse psychologique au travail des infirmières du projet SASSDY qui, semble être liée à la perception de pouvoir changer les choses (agir), paraît être corroborée avec les résultats de certaines études récentes. De fait, pour Lavoie-Tremblay et al. (2010), la possibilité de croissance (perception d'avoir le pouvoir sur son avenir et son développement professionnel) ainsi que le fait d'avoir la capacité et la chance de relever des défis serait un indicateur de bien-être au travail pour les jeunes infirmières en immersion. L'introduction de ces éléments contribuant à la perception de contrôle dans le milieu de travail peut même

aider à susciter la participation active des jeunes travailleurs de la santé au sein de leur organisme d'appartenance (Pauget et al., 2012) et ainsi diminuer la possibilité de départ prématuré de la profession (Lower, 2008). Une question peut être posée suite à cet argumentaire, soit: les inducteurs de bien-être et de motivation au, par exemple la perception de contrôle, le sens du défi et la perception de pouvoir le relever, sont-ils essentiellement le propre des infirmières de la génération Y ou, au contraire, sont-ils répandus à toutes les générations de travailleurs actuelles? Cette question serait un bon point de départ pour d'autres projets d'études qui voudraient tenter de démystifier cette ambiguïté.

### **Le soutien social et la détresse psychologique**

Dans l'optique de décrire le concept du soutien social chez les infirmières de la génération Y, un des buts de la recherche est de répondre à la question: «*Quelles sont les perceptions de ces infirmières de la génération Y face à leur soutien social?*». Dans un premier temps, l'échantillon semble avoir considéré cette variable de deux façons. En effet, dépendamment de l'angle que les répondants l'ont abordé, le soutien social peut être perçu d'un côté comme une source de stress au travail ou, de l'autre, comme une stratégie d'adaptation très efficace contre le stress.

Par exemple, comme sources de stress à leur travail, les répondants énumèrent: la pression exercée par les gestionnaires; le manque de soutien et le manque de reconnaissance des supérieurs; les conflits avec les collègues; la pression exercée par les pairs et leur manque de considération; la pression exercée par les médecins ainsi que

l'absence totale de soutien de la part de l'ensemble de la communauté hospitalière. Parallèlement, le soutien social a été perçu comme une source d'aide au travail. Par exemple: la collaboration entre collègues (qui a été cité par la majorité des infirmières); l'écoute du chef d'unité; le soutien de l'assistante infirmière-chef; les amis au travail; les programmes d'aide aux employés; le mentorat des collègues plus expérimentés ont tous été décrits comme d'importantes sources de soutien positif au travail. De pair avec ces observations, les résultats des analyses statistiques descriptives effectuées sur les données concernant le soutien social tendent à dire que les trois sous-catégories de soutien social (les conseils; l'assurance en sa valeur et l'intégration) sont toutes très importantes pour les 87 infirmières ayant participé à l'étude.

Ces constats font paraître, selon l'auteur, un aspect du soutien social qui mérite d'être souligné. De fait, si l'on part du point de vue que le stress soutenu est la prémissse au développement de la détresse psychologique chez la personne et que le soutien social perçu comme insuffisant est, en soit, une source de stress importante pour l'échantillon et bien, hypothétiquement, la carence en soutien social adéquat peut très bien être à l'origine d'un déséquilibre au niveau de la santé mentale de ces travailleuses de la santé. Ce qui ramène à nouveau à Lazarus et Folkman (1984) qui placent l'environnement (comprend le climat et le milieu) au centre de la théorie transactionnelle du stress.

Corrélativement, les résultats de l'étude descriptive du soutien social perçu au travail par les 87 infirmières, étayent la littérature traitant de sujets similaires. Par exemple, on peut faire le lien entre ces résultats et les écrits de Lazarus et Folkman (1984) qui

intègrent la notion de soutien social comme une partie essentielle du processus de «*coping*» (tout comme les répondants de l'étude de Hays et al., 2009) ou encore Lecomte et al. (2007) qui eux, définissent l'adaptation par son côté social. Il y a également, Cutrana et al. (1987) qui décrivent l'importance d'une bonne perception de sa propre valeur pour le maintien d'une psyché équilibrée.

Le soutien social a-t-il réellement un rôle à jouer dans la détresse psychologique des jeunes infirmières? L'hypothèse: «*les infirmières de la génération Y présenteront davantage de détresse psychologique si elles reçoivent moins de soutien social*» (émise par le chercheur) présumait que oui, est-ce vraiment le cas? Eh bien, les résultats des tests de régressions linéaires effectués sur les scores de l'Échelle de provision sociale tendent à soutenir partiellement cette extrapolation. En effet, la sous-catégorie assurance en sa valeur prédit négativement certains sous-symptômes de détresse psychologique des infirmières de l'échantillon, allant dans le sens de l'hypothèse et de la littérature traitant de la reconnaissance et de l'assurance en sa valeur. Par exemple, la théorie avance que tous les humains ont besoin de se sentir compétents, autonomes et reliés à leurs pairs (Chen et al., 2009; De Cooman et al., 2009), ce qui augmente leur sentiment d'auto-efficacité, d'assurance en leur valeur et l'aspect motivationnel dans leur travail (Deci & Ryan, 2008).

Cependant, la faible significativité des liens entre l'assurance et les deux sous-symptômes de détresse psychologique (dépression et agressivité) pousse l'auteur à ne soutenir que partiellement l'hypothèse concernant le soutien social. Néanmoins, comme

mentionné auparavant dans le texte, ces jeunes infirmières semblent considérer de manière importante leur intégration au sein du groupe, les conseils de leurs pairs ainsi que ceux procurés par leurs supérieurs, l'appui de leurs collègues, leur écoute et les recommandations. Ces facettes du soutien ont toutes été perçues comme une source d'aide décisive pour les répondants. L'auteur croit qu'il ne faut pas placer ces deux sous-catégories de soutien social à l'arrière-plan, mais plutôt les reconSIDéRer avec d'autres perspectives. Dans ce sens, comme pour Chenot et al. (2009), il aurait été intéressant de cadrer la vision de rétention et de sentiment d'appartenance avec la perception que ces jeunes infirmières ont des conseils et de l'intégration.

### **L'ampleur de la détresse psychologique**

Concernant l'ampleur de la détresse psychologique pour ces jeunes infirmières de la génération Y, les données recueillies pour répondre à la question «*Quelle est l'ampleur de la détresse psychologique de ces jeunes infirmières de la génération Y?*», tendent à démontrer qu'il y a effectivement une perception non négligeable de détresse ressentie par l'échantillon (66 % de n=87 ont perçu assez souvent un ou plusieurs des symptômes de détresse psychologique). Cependant, il semble clair que l'utilisation ou non de stratégies d'adaptation dans le milieu de travail et la perception d'un soutien social perçu comme adéquat ou non, n'explique pas à eux seuls cette détresse. Car, malgré le fait que les répondants utilisent beaucoup des deux types de stratégies d'adaptation et perçoivent tout de même du soutien social adéquat, et ce, autant au travail, qu'à la maison, ils déclarent néanmoins percevoir de la détresse.

La question qui rassemble toutes les autres et qui se pose ici est : quels sont les facteurs qui influencent ou prédisent les autres aspects de la détresse des infirmières? Car les autres auteurs sont unanimes, ils y en a d'autres et ils sont nombreux, par exemple : les décisions éthiques difficiles; l'environnement perçu comme stressant (Radzvin, 2011); la complexité de la vie personnelle et psychosociale actuelle (Lavoie-Tremblay et al., 2008), etc. Mais, ces facteurs ne sont peut-être pas le propre d'une seule génération d'infirmières ou même de la profession infirmière? De cette autre interrogation, l'auteur apporte donc le point que pour vraiment détacher les facteurs qui accentuent ou diminuent la détresse d'une génération donnée d'infirmières: il faut comprendre ceux identifiés par les générations parallèles et les comparer.

### **Les ajouts et les nouveautés**

Un constat intéressant émerge des résultats statistiques liés aux deux questions de l'objectif 2 du mémoire soit : 1- «*les variables sociodémographiques sont-elles liées au «coping», au soutien social et à la détresse psychologique des infirmières de la génération Y?*» et 2- «*Existe-t-il des différences sociodémographiques par rapport au «coping», au soutien social et à la détresse psychologique des infirmières de la génération Y?*». En effet, des différences dans les moyennes des sous-symptômes de détresse psychologique «agressivité» et «anxiété», des sous-catégories de soutien social «intégration» et «assurance en sa valeur» ainsi que dans la sous-catégorie de stratégies d'adaptation «évitement», ont ressorties comme significatives entre les fumeurs et les non-fumeurs. Dans ce sens, les fumeurs ont obtenu des moyennes plus élevé sur les

échelles de fréquence que les non-fumeurs, et ce, dans toutes ces sous-catégories de soutien social, de détresse psychologique ou de stratégies d'adaptation. Notons cependant que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car les fumeurs ne représentent que 9% de l'échantillon. De plus, les études sur l'adaptation et le stress des infirmières ne font pas état du rôle spécifique que peut jouer le tabagisme sur la détresse psychologique au travail ou dans le profil psychosocial de ces travailleuses de la santé. Néanmoins, le fait que ce genre de dépendance soit considéré comme une stratégie d'adaptation dit d'évitement, pourrait corroborer avec d'autres résultats du projet SASSDY qui suggèrent que certaines stratégies centrées sur l'émotion ne sont pas efficace dans la prévention ou la réduction de la détresse et la perception de soutien adéquat. Ces résultats pourraient également être expliqués par les écrits concernant la dépendance à la cigarette qui suggèrent que l'anxiété et l'agressivité peuvent être associée à l'état de manque et que l'isolement social des fumeurs peut-être lié aux lois antitabac (Leung, Gartner, Dobson, Lucke, & Hall, 2011; McClave, McKnight-Eily, Davis, & Dubé, 2010).

### **Recommandations en lien avec la pratique**

Pour les employeurs comme pour les employés, il apparaît primordial de promouvoir des conditions de vie optimales au travail. Les milieux voulant atteindre une stabilité de leurs ressources humaines et un climat de travail favorable pourraient s'inspirer de modèles organisationnels qui favorisent les stratégies d'adaptation actives (apporter le sens du défi, favoriser le changement, valoriser les initiatives) et le soutien au travail

(mentorat, coaching) chez les jeunes infirmières. En effet, les résultats du projet SASSDY tendent à démontrer (comme discuté à la section 6.1) que les jeunes infirmières qui adoptent des stratégies d'adaptation axées sur la résolution de problèmes (actives), qui ont de l'assurance en leur valeur et qui ressentent un soutien perçu comme adéquat au travail sont moins enclines à ressentir les symptômes de détresse psychologique. Dans cet ordre d'idée, il serait donc intéressant de viser, un jour, une méthode de suivi des infirmières en immersion qui prônerait l'intégration, la valorisation ainsi que les stratégies personnelles centrées sur la résolution de problèmes par l'agir. Par exemple, les programmes de formation destinés au personnel d'encadrement pourraient bénéficier d'une portion complète concernant la motivation au travail, le climat positif au travail, la valorisation et le leadership. De plus, le fait d'initier d'autres sphères de l'organisation, les chefs d'unités, par exemple, à ces notions, pourrait également être un moyen d'élargir la portée de cette action. Dans ce sens, l'intégration des dirigeants de l'hôpital à ce type d'intervention pourrait faciliter son implantation dans les valeurs de l'organisation.

D'ici la réalisation de tels projets, l'auteur se permet de proposer d'autres formules de recherche de description du phénomène du bien-être au travail, et ce, afin de pouvoir bien camper la situation et ouvrir la voie à une structure d'intervention ou d'apprentissage qui serait réalisable. Dans ce sens, d'autres études, de plus grandes envergures que le projet SASSDY, pourraient s'intéresser aux facteurs motivationnels au travail et à leur impact, d'un point de vue intergénérationnel, sur le bien-être au travail (ressources qui minimiseraient la détresse perçue), et ce, pour chaque génération active

d'infirmières. Ce genre d'études (tentant de décrire le profil motivationnel de plusieurs générations d'infirmières, et ce, en lien avec la théorie de l'autodétermination), serait très novatrices et d'actualité, étant donné le faible nombre de projets qui ont tenté cette expérience. De plus, la nécessité de changement, liée à la hausse fulgurante des départs prématurés de la profession infirmière ainsi que des arrêts maladie liés aux troubles de santé mentale pourrait bien être d'autres facteurs justifiant ce genre de projet.

Dans le futur, le chercheur, propose, une thèse comportant trois articles. Dans un premier, l'auteur réalisera une étude descriptive traitant de la détresse psychologique et de ses corrélats, et ce, perçu par les infirmières de différentes générations actives en milieu de travail, soit: la génération Y, la génération X et les baby-boomers. Dans un second article, l'auteur proposera et testera un modèle motivationnel, par le biais d'une étude transversale. Ce modèle vise à mieux comprendre la notion d'adéquation entre les ressources motivationnelles des infirmières et les ressources de l'organisation du travail afin de prédire leur niveau de détresse psychologique, et ce, tout en considérant les différences intergénérationnelles. Finalement, dans le cadre d'une étude longitudinale, le troisième article examinera la validité du modèle dans une perspective temporelle. Ces trois études s'inspirent de la théorie de l'autodétermination et des écrits scientifiques portant sur les différences intergénérationnelles. Cette thèse, pourra donc être cohérente avec la notion de continuité prônée par le projet SASSDY et donc, ajouter une dimension supplémentaire à la problématique de la détresse psychologique des infirmières.

### Forces et limites de l'étude

Cette étude arbore plusieurs forces qui, liées ensemble, s'inscrivent dans la perspective de «*l'evidence-based practice* », c'est-à-dire que les jeunes infirmières ayant participé au projet SASSDY dépeignent elles-mêmes la réalité dans laquelle elles évoluent quotidiennement: l'auteur parle ici d'associations directes entre la recherche et la pratique. Dans cette optique, les données et les résultats amassés au cours de l'étude «les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique des infirmières de la génération Y», contribuent, dans un sens, à définir certains traits caractéristiques de l'identité disciplinaire de ces jeunes infirmières, ce qui, selon Fortin (2010), constitue une force en soi. De fait, selon cet auteur, les connaissances d'une discipline donnée doivent être fondées sur la recherche (Fortin, 2010). Conjointement, la délimitation et la classification précises (portrait des concepts à l'étude) des particularités de l'échantillon (par exemple: le type de stratégies utilisées comme modérateurs potentiels à la détresse psychologique) sont des forces pour l'auteur, car ces informations apportent des bases et des connaissances importantes pour des projets de recherche plus appliqués (notion de continuité et d'utilisation).

De plus, le fait que cet ouvrage s'inscrive dans le courant de nombreuses études actuelles s'étant intéressées à la génération Y et à la santé mentale au travail rajoute des propriétés, à cette vague de projets, qui sont très intéressantes en recherche, soit: la possibilité de «généralisation» et de «transférabilité» des résultats (Fortin, 2010). Dans cette optique, l'importance d'une possible généralisation (étendre les résultats, à la

population cible) de certains résultats de cette étude réside avant tous dans l'évidence du cycle répétitif du jeune travailleur en immersion et de sa santé mentale. Ce qui pourrait permettre d'envisager une vaste portée potentielle associée aux résultats de cette recherche.

Dans un autre ordre d'idée, le projet comporte cependant quelques limites. En effet, l'utilisation d'échelles de mesure non normalisées (aucune étude de standardisation de l'échelle dans les dernières années), telle que l'Échelle de détresse psychologique, est une limite à prendre en considération, car l'actualité et la précision des résultats d'un projet dépendent indéniablement de la cohérence des outils d'investigation, et ce, en lien avec ces utilisations lors d'études récentes (Fortin, 2010). De cet emploi d'échelle non normalisée découle une autre limite, c'est-à-dire que certaines failles dans la cohérence interne des sous-échelles ont été décelées. En soi, cette limite semble jeter un voile sur la validité de certains items présents dans la version originale de l'Échelle de provision sociale et de l'Échelle cybernétique de coping, mais, plus largement, l'élimination des sous-catégories de faible indices de saturation consolide et appuie les liens théoriques importants existant dans les fondations de la théorie transactionnelle du stress (tel que discuté à la section «liens avec la théorie»).

De plus, l'utilisation d'une technique d'échantillonnage non probabiliste (de convenance) peut réduire la représentativité et la fiabilité des résultats obtenus, en effet, l'impossibilité d'évaluer l'erreur d'échantillonnage (amener par cette technique non randomisée), induit souvent une généralisation difficile des résultats (impossibilité de

créer l'équivalence initiale entre les sujets et les groupes) (Fortin, 2010). La taille de l'échantillon (relativement petit, n=87, seulement deux sites de recrutement) pourrait également avoir un effet réducteur sur la représentativité des résultats (risque de biais d'échantillonnage).

Également, le fait que le chercheur soit une figure connue des deux milieux d'investigation (UQTR et CSSSTR volet CHR) pourrait avoir introduit des biais au niveau du recrutement et de la véracité de certaines réponses données par les participants. Dans ce sens, bien que les mesures de contrôle et d'éthique telles que la confidentialité et le libre arbitre aient été très rigoureuses, le statut particulier de l'auteur auprès des deux organisations pourrait avoir facilité l'avènement de biais dans l'intention de participation des répondants potentiels et nuancé les réponses à certaines questions plus pointues (consommation de drogue, d'alcool ou prise de médication). Finalement, l'absence de données comparatives avec les autres générations d'infirmières qui sont présentement sur le marché du travail, limite et nuance les conclusions de l'étude, car, sans comparatif, l'auteur ne peut pas les associer uniquement à la génération Y (pertinence d'effectuer un projet futur qui serait d'ordre multi-générationnel).

### **Retombées attendues et diffusion des résultats**

Bien que le projet SASSDY comporte quelques limitations méthodologiques (échantillonnage de convenance, n=87) ces résultats risquent d'avoir tout de même certaines retombées au niveau du savoir infirmier. Dans ce sens, selon Fortin (2010), pour qu'une étude puisse apporter sa pleine contribution (aboutissement, information et

retombées) au champ de connaissances d'une pratique données, ces résultats doivent être diffusés de façon considérable, devant les pairs et la communauté scientifique, et ce, dans l'optique d'être examinée, critiquée et comparée (écho dans la communauté scientifique, transfert et utilisation des données probantes). Dans ce sens, le projet SASSDY a été et sera présenté à plusieurs reprises par son auteur au cours des années 2011, 2012 et 2013, et ce, afin de répondre à sa mission d'ordre descriptive et exploratoire. De fait, l'auteur a eu l'honneur de présenter par affiche, le devis de recherche de l'étude, au concours d'affiches scientifique de l'UQTR en mars 2011, au 30ème colloque de l'Association Québécoise des Infirmiers et Infirmière en Santé Mentale (AQIISM) en juin 2011 et lors d'un kiosque au CSSSTR volet CHRTR au cours de la semaine de prévention contre le suicide, le 6 février 2012. Toujours par le biais d'affiche scientifique, les résultats préliminaires de recherche ont été exposés au concours d'affiches scientifiques de l'UQTR, les 27 et 28 mars 2012 ainsi qu'au colloque du Secrétariat International Des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone (SIDIEF) à Genève le 24 mai 2012.

Le projet SASSDY a été et sera également exposé par voie orale, et ce, lors de plusieurs événements professionnels ou scientifiques. Dans ce sens, le devis de recherche a été présenté oralement au 12ème colloque des études supérieures à l'Université du Québec à Rimouski au campus de Lévis en avril 2011, au comité d'éthique du CSSSTR volet CHR en décembre 2011, lors de deux cours au baccalauréat en sciences infirmières (en janvier 2012) ainsi qu'au comité de coordination de la direction des soins infirmiers du CSSSTR volet CHR en janvier 2012. Conjointement,

les résultats ont été présentés au colloque de la maîtrise réseau à l'UQAC (Université du Québec à Chicoutimi) le 2 mai 2012 et seront présentés lors d'une conférence de 60 minutes au CSSSTR volet CHR à l'automne 2012, lors du cours de séminaire de planification de professeur Guy Bélanger le 1 octobre 2012 en vidéoconférence sur le réseau UQ et finalement, au congrès de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIQ) les 29 et 30 octobre 2012 (l'affiche présentant le projet SASSDY est disponible à l'Appendice G du mémoire).

Parallèlement, certains résumés et résultats de l'étude SASSDY ont été publiés dans des programmes de colloque et des revues de vulgarisation scientifiques. Par exemple : résumé du mémoire de maîtrise dans le programme officiel du SIDII EF 2012, résumé du mémoire de maîtrise dans le programme officiel du colloque de la maîtrise réseau à l'UQAC en 2012, présentation de l'affiche scientifique des résultats du projet SASSDY sur le site officiel du SIDII EF, résumé et acte de colloque dans le programme officiel du congrès de l'OIQ 2012 et parution d'un article exposant certains résultats de cette recherche dans le numéro de janvier 2013 de la revue «vision infirmière en santé mentale» de l'AQIISM.

## **Conclusion**

Arborant les caractéristiques du vaste courant stress/détresse de la théorie transactionnelle, cette recherche s'est intéressée spécifiquement à l'ampleur de la détresse psychologique des jeunes infirmières de la génération Y au travail, et ce, en lien avec les stratégies d'adaptation et le soutien social. Les résultats qui ont émané de cette étude ont en grande partie répondu aux objectifs initiaux du projet SASSDY qui étaient d'effectuer des descriptions simples et d'association des variables à l'étude.

Dans ce sens, les résultats obtenus par cette étude de type descriptive corrélationnelle ont su mettre en évidence le fait que les infirmières de la génération Y vivent bel et bien de la détresse psychologique. De fait, dans le but de réduire les conséquences néfastes de cette détresse et ou de l'éviter, ces jeunes professionnels de la santé sont appelées à utiliser des méthodes dites «d'adaptation» au stress («*coping*» et soutien social). Les résultats du projet SASSDY tendent à dire que, non seulement ces infirmières utilisent ces stratégies de réduction de la tension, mais elles en utilisent beaucoup et dans toutes les sphères de leur vie. Alors pourquoi ressentent-elles encore de la détresse? Certains éléments de réponses à cette question ont su ressortir du volet corrélationnel de l'étude. En fait, il semblerait que les infirmières qui utilisent l'adaptation centrée sur l'agir (la proactivité, par exemple) et ont de l'assurance en leur valeur sont moins enclines à ressentir des symptômes de détresse psychologiques que celles qui axent plus l'adaptation sur l'évitement et qui n'ont pas de valorisation à leur travail.

Ces éléments ne diffèrent pas de ce que le chercheur a pu retrouver dans la littérature concernant le stress, la détresse psychologique, le soutien social et l'adaptation au stress au travail. De fait, la majorité des écrits recensés à ce sujet sont unanimes: l'avenir pour arborer une bonne santé mentale au travail (pour les travailleurs évoluant dans le réseau de la santé), semble résider dans la compréhension des mécanismes d'adaptation au stress et dans l'ajustement du réseau au besoin de ses employés. Un des apports du projet SASSDY dans cette vision déjà bien établie, réside dans sa perspective générationnelle (étude de la génération Y) et donc très actuelle. Ces résultats, prudents, mais qui tendent à la validité, ont cependant su faire paraître de nouvelles interrogations qui pourront-être explorées dans le futur. Dans ce sens, l'auteur a soulevé, à de nombreuses reprises au cours du mémoire, le fait que, jusqu'à maintenant, peu d'études se sont risquées à visiter la vision multi-générationnelle de l'infirmière face à la détresse psychologique. Ce genre d'investigation apporterait peut-être les réponses à des questions telles que : Y a-t-il vraiment des différences entre la détresse psychologique vécue par les différentes générations d'infirmières actives sur le marché du travail actuel? S'adaptent-elles de la même manière au stress et les principes prônés (sens du défi, sens du changement; la proactivité) par la théorie de l'autodétermination sont-ils autant importants pour les X, les Y et les «*baby-boomers*»?

En définitive, la contribution singulière du projet SASSDY est d'ajouter des données probantes importantes à celles déjà existantes au sein de la profession infirmière et auxquelles les autres chercheurs et experts cliniques s'intéressant aux nouvelles générations d'infirmières devront s'attarder afin de pouvoir développer leurs

connaissances ainsi qu'un champ d'action efficace. Par exemple, le fait de mieux connaître et comprendre les différents aspects expliquant la détresse psychologique au travail et les facteurs à privilégier (stratégies d'adaptation centrées sur le problème, assurance en sa valeur, etc.) afin de la réduire, est un atout dans le développement de futures interventions « terrain » qui pourraient être développées. De fait, cet ouvrage pourrait encourager l'élaboration d'une intervention auprès des jeunes infirmières débutant dans leur pratique et qui viserait à les outiller convenablement au niveau de la gestion de problème et du stress (prévention). Dans ce sens, cette étude s'avère très intéressante d'un point de vue clinique, puisque les aspects les plus significatifs liés à l'adaptation et au soutien social sont justement les cibles les plus propices à l'intervention, c'est-à-dire le développement de stratégies qui seraient plus adaptées à l'optimisation du bien-être au travail, à la confiance en soi et, par le fait même, à de meilleures performances cliniques.

Cette idée d'intervention pourrait être une bonne occasion de faire collaborer les représentants du milieu scientifique et ceux du terrain (milieu clinique). Cette association entre chercheurs et cliniciens serait donc l'occasion de baser leur pratique respective sur «*l'evidence-based practice*» et ainsi harmoniser l'apprentissage et la cohésion des nouvelles connaissances.

## Références

- Allain, C., (2008). *Génération Y : qui sont-ils, comment les aborder? : un regard sur le choc des générations.* (2e éd.). Montréal : Éditions Logiques.
- Andrews, D. R., & Wan, T. T. H. (2009). The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence-guided approach to improve retention. *Journal of Nursing Management*, 17 (3), 340-351.
- Aubut, J. (2011). Différences intergénérationnelles: au-delà des X et des Y. *Le Médecin du Québec*, 46(4), 57-61.
- Edwards, J. R., & Baglioni, A. J., Jr. (1993). The measurement of coping with stress: Construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale. *Work & Stress*, 7, 17-31.
- Elovainio, M., Kuusio, H., Aalto, A., Sinervo, T., & Heponiemi, T. (2010). Insecurity and shiftwork as characteristics of negative work environment: psychosocial and behavioural mediators. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1080-1091.
- Baker, L. M., O'Brien, K. M., & Salahuddin, N. M. (2007). Are shelter workers burned out? : An examination of stress, social support, and coping. *Journal of Family Violence*, 22(6), 465-474.
- Bennett, S., Maton, K., & Kervin, L. (2008). The "Digital Natives" Debate: A Critical Review of the Evidence. *British Journal of Educational Technology*, 39(5), 775-786.
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: the role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63-82.
- Bogaert, V. (2011). Commentary on Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz M, Ko" hler T & Pfaff H (2010) Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1654–1663.

- Browning, L., Ryan, C., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2): 248 – 254.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140.
- Camirand, J., & Dumitru, V. (2011). [Format PDF]. Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise: Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Institut de la statistique du Québec, Zoom santé*, 29, 1-16. Document récupéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom\\_sante\\_no29.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom_sante_no29.pdf).
- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005: Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Institut de la statistique du Québec, Zoom santé*, 1-4.
- Caplan, G. (1974). *Support systems*. In G. Caplan (Ed.), *Support System and Community Mental Health*. New York, États-Unies : Behavioral Publication.
- Caron, J. (1996). L'échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé Mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR) (2012). *Mission*. Récupéré à <http://www.chrtr.qc.ca/chrtr/miss.html>.
- Cossette, F. (1999). *Les sources de stress, le stress ressenti et le soutien social chez les enseignants en début de carrière*. Montréal, Canada : Université du Québec à Montréal (UQAM) en association avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).
- Chen, C., Lin, C., Wang, S., & Hou, T. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 17 (3), 199-211.
- Chen, W., Siu, O., Lu, J., Cooper, C. L., & Phillips, D. R. (2009). Work stress and depression: the direct and moderating effects of informal social support and coping. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(5), 431-443.
- Chenot, D., Benton, A. D., & Kim, H. (2009). The influence of supervisor support, peer support, and organizational culture among early career social workers in child welfare services. *Child Welfare*, 88(5), 129-147.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator to life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, Y. (2000). [Format PDF]. *Profession infirmières, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal. Les presses de l'Université de Montréal.  
Document récupéré à  
<http://site.ebrary.com/lib/uqtr/docDetail.action?docID=10176911>.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescent. *Psychological bulletin*, 101(3), 393-403.
- Cutrona, C. E., & Russell., D. W. (1987), The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, 49(1), 24–34.
- De Cooman, R., De Gieter, S., Pepermans, R., Du Bois, C., Caers, R., & Jegers, M. (2008). Freshmen in nursing: job motives and work values of a new generation. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 56-64.
- Deschesnes, M. (1998). Étude de la validité de l'indice de détresse psychologique de Santé Québec, chez une population adolescente. *Psychological canadian*, 39(4), 288-298.
- Devriese M. (1989). [Format PDF]. Approche sociologique de la génération, in: Vingtième Siècle. *Revue d'histoire*, 22. pp. 11-16. Récupéré à  
[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/xxs\\_0294-1759\\_1989\\_num\\_22\\_1\\_2123](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/xxs_0294-1759_1989_num_22_1_2123)
- Dolan S., & Arsenault A. (2009). *Stress, Estime de Soi, Santé et Travail*. Montréal, Canada : Presse de l'Université du Québec.
- Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 579-599.
- Dawson C., Hamel J., & Marcoux-Moisan M. (2007). La “technique et la science comme idéologie” ? Le discours des dirigeants de l'enseignement collégial et universitaire au regard de l'insertion de la génération numérique. *Education et sociétés*, 19(1), p. 161-176.

- Duguay, G. (2011). *Étude de la corrélation entre le soutien social et la résilience de militaires canadiens-français au retour d'une zone de conflits*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Trois-Rivières, Canada : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Dumont, M., & Plancerel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Fernet, C., Austin, S., & Vallerand, R. J. (2012). The effects of work motivation on employee exhaustion and commitment: An extension of the JD-R model, *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 26(3), 213-229.
- Fernet, C., Gagné, M., & Austin, S. (2009). When does quality of relationships with coworkers predict burnout over time? The moderating role of work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 1163-1180.
- Fortin, M. F., & Gagnon, G. (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche, méthode quantitatives et qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Les Éditions Chenalier éducation.
- Gramer, M., & Berner, M. (2005). Effects of trait dominance on psychological and cardiovascular responses to social influence attempts: the role of gender and partner dominance. *International Journal Of Psychophysiology: Official Journal Of The International Organization Of Psychophysiology*, 55(3), 279-289.
- Gramer, M., & Saria, K. (2007). Effects of social anxiety and evaluative threat on cardiovascular responses to active performance situations. *Biological Psychology*, 74(1), 67-74.
- Gray-Stanley, J. A., Muramatsu, N., Heller, T., Hughes, S., Johnson, T. P. & Ramirez-Valles, J. (2010). Work stress and depression among direct support professionals: the role of work support and locus of control. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), 749-761.
- Graziani, P., & Swendsen J. D. (2004). *Le stress: Émotions et stratégies d'adaptation*. Paris, France : Nathan.
- Hansez, I., & De Keyser, V. (2003). [Format PDF]. *Job control in changing work environments*. Document récupéré à <http://www.psytrav.ulg.ac.be/WOCCQ/download/publications/Guerini2003.doc.pdf>.

- Hamaideh, S. H. (2011). Burnout, Social Support, and Job Satisfaction among Jordanian Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4), 234-242.
- Harwood, L., Ridley, J., Wilson, B., & Laschinger, H. K. (2010). Workplace empowerment and burnout in Canadian nephrology nurses. *CANN Journal*, 20(2), 12-17.
- Hays, M. A., All, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, E., & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Institut canadien d'information sur la santé (2012). [Format PDF]. *Le rôle du soutien social dans l'atténuation de la détresse psychologique*. Document récupéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/AiB\\_ReducingPsychological%20DistressFR-web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_ReducingPsychological%20DistressFR-web.pdf).
- Jamieson, I. (2009). Generation Y -- why nursing must retain this workforce. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 15(7), 18-20.
- Kovess, V. (1985). « Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski », Tomes I et II, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.
- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M. A., Köhler, T., & Pfaff, H. (2010). Burnout in nurses: the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1654-1663.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A. M., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2012). Differences in well-being between GPS, medical specialists, and private physicians: The role of psychosocial factors. *Health Services Research*, 47(1, Pt1), 68-85.
- Larousse, (2012). Dictionnaire en ligne, définition de génération. Document récupéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires>.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Duchesne, M., Santo, A., Gavrancic, A., Courcy, F., & Gagnon, S. (2010). Retaining Nurses and Other Hospital Workers: An Intergenerational Perspective of the Work Climate. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 414-422.

- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gelinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Leclerc, C., Lecomte, T. (1994). *L'échelle de coping cybernétique*. Document non publié.
- Leclerc, C., Lesage A., & Ricard N., (1997). La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 1997, p. 233-256. Document consulté de <http://www.erudit.org/revue/SMQ/1997/v22/n2/032424ar.pdf>.
- Lecomte, Y., Stip, E., Caron, J., & Renaud S., (2007). Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 2007, p. 137-158.
- Leung, J., Gartner, C., Dobson, A., Lucke, J., & Hall, W. (2011). Psychological distress is associated with tobacco smoking and quitting behaviour in the Australian population: evidence from national cross-sectional surveys. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(2), 170-178.
- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *International Nursing Review*, 55(1), 34-39.
- Lim, J., Hepworth, J., & Bogossian, F. (2011). A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1022-1033.
- Lin, H., Probst, J. C., & Hsu, Y. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2342-2354.
- Lipscomb, V. (2010). Intergenerational issues in nursing: learning from each generation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 267-269.

- Lois et Règlements du Québec (LRQ) (2010). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Document récupéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=I\\_8/J8.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=I_8/J8.html).
- Lower, J. (2008). Brace yourself: here comes Generation Y. *Critical Care Nurse*, 28(5), 80.
- Mahan, P. L., Mahan, M. P., Park, N., Shelton, C., Brown, K. C., & Weaver, M. T. (2010). Work environment stressors, social support, anxiety, and depression among secondary school teachers. *AAOHN Journal*, 58(5), 197-205.
- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale: une perspective multilinéaire des déterminants de la détresse psychologique*. Montréal, Canada: Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- McClave, A. K., McKnight-Eily, L. R., Davis, S. P., & Dubé, S. R. (2010). Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2464-2472.
- Michaud, J. (2001). *Stress, soutien social, sentiment d'auto-efficacité et Stratégies adaptatives à l'adolescence*. Trois-Rivières, Canada : Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).
- Mrayyan, M. T. (2009). Job stressors and social support behaviors: comparing intensive care units to wards in Jordan. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 31(2), 163-175.
- Negeliskii, C., & Lautert, L. (2011). Occupational Stress and Work Capacity of Nurses of a Hospital Group. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 19(3), 606-613.
- Nikirk, M. (2009). Today's Millennial Generation: A Look Ahead to the Future They Create. *Techniques: Connecting Education and Careers*, 84(5), 20-23.
- Octobre, S. (2009). Pratiques culturelles chez les jeunes et institutions de transmission : un choc de cultures ? *Culture prospective*, 1(1), p. 1-8.
- O'Mahony, N. (2011). Nurse burnout and the working environment. *Emergency nurse*, 19(5), 30-37.

Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIIQ) (2007). *Une nouvelle approche des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence! Mémoire déposé à la table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de main-d'oeuvre en soins infirmiers*. Récupéré à <http://aeesicq.org/pdf/memoire-planif-eff.pdf>.

Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIIQ) (2012). *Champ d'exercice et activités réservées*. Document consulté à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activites-reservees>.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1996). [Format PDF]. *La pratique infirmière, rapport d'un comité d'expert de l'OMS*. Document électronique récupéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38194/1/WHO\\_TRS\\_860\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38194/1/WHO_TRS_860_fre.pdf).

Pauget B., & Dammak A. (2012). L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises? *Recherche originale*, 43(1), 25-33.

Peery, A. I. (2010). Caring and burnout in registered nurses: what's the connection? *International Journal for Human Caring*, 14(2), 53-60.

Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging & Mental Health*, 13(2), 300-307.

Perreault, C. (1987). *Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Cahier technique 87-06, Santé Québec, Montréal, 33 pages.

Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, A. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506-516.

Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33, 288-298.

Preville, M. (1994). *Étude de la fidelite et de la validite de la mesure de la detresse psychologique utilisee dans l'enquête Santé Québec*. These de doctoral en Santé communautaire Département de Médecine sociale et préventive. Montréal, Canada: Université de Montréal.

- Provost, M. A., Alain M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2010). *Normes de présentation de présentation d'un travail de recherche* (4<sup>e</sup> éd.). Trois-Rivières, QC: les Éditions SMG.
- Radzvin, L. C. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal*, 79(1), 39-45.
- Ruiller, C. (2008). [Format PDF]. *Le soutien social au travail: conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle: L'étude d'un cas hospitalier*. Document récupéré de <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/52/34/68/PDF/TheseCRuiller.pdf>.
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17 (3), 359-365.
- Selye, H. (1988). L'évolution du concept de stress. Stress sans détresse. 36-65. Ottawa, Canada : Les éditions Lacombe ltée.
- Sherring, S., & Knight, D. (2009). An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing (BJN)*, 18(20), 1234-1240.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : profils provinciaux. Statistiques Canada, 11,621-MIF au catalogue, article 052. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-621-m/11-621-m2006052-fra.pdf>.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2007). Does distraction facilitate problem-focused coping with job stress? A 1 year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 423-434.
- Shimazu, A., Shimazu, M., & Odara, T. (2005). Divergent effects of active coping on psychological distress in the context of the job demands-control-support model: the roles of job control and social support. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(3), 192-198.
- Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A., & Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 302-311.
- Steiler, D. (2010). *Prévenir le stress au travail : de l'évaluation à l'intervention*. Paris, France : Éditions Retz.

- Tétreault, K. (2005). [Format PDF]. *Les stratégies d'adaptation en lien avec la détresse psychologique chez les adolescents*. Document récupéré à <http://www.uqtr.ca/biblio/notice/document/24265393D.pdf>.
- Thomas, C. H., & Lankau, M. J. (2009). Preventing burnout: the effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*, 48(3), 417-432.
- Tousignant, M. (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. État de la question et propositions d'action*. Québec: Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux. Gouvernement du Québec, Québec : Les Publications du Québec.
- Treuren, G., & Anderson, K. (2010). The Employment Expectations of Different Age Cohorts: Is Generation Y Really that Different? *Australian Journal of Career Development*, 19(2), 49-61
- Trudel, L., Vonarx, N., Simard, C., Freeman, A., Vézina, M., Brisson, C., & Dugas, N. (2009). The adverse effects of psychosocial constraints at work: A participatory study to orient prevention to mitigate psychological distress. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 34(3), 345-357.
- Underwood, J. M., Mowat, D. L., Meagher-Stewart, D. M., Deber, R. B., Baumann, A. O., MacDonald, M. B., & Munroe, V. J. (2009). Building community and public health nursing capacity: a synthesis report of the National Community Health Nursing Study. *Canadian Journal of Public Health*, 100(5), 11-11.
- Université de Sherbrooke (2012). *Le site francophone le plus complet sur SPSS 17*. Document consulté à <http://pages.usherbrooke.ca/spss/>.
- Université du Québec à Trois-Rivières (2012). *Savoir. Surprendre*. Document consulté à <http://www.uqtr.ca/informationgenerale/historique.shtml>.
- Van Bogaert, P. (2011). Commentary on kowalski c, ommen o, driller e, ernstmann n, wirtz m, köhler t & pfaff h (2010) burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1654-1663. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5/6), 913-914.
- Weinstein, S. E., & Quigley, K. S. (2006). Locus of control predicts appraisals and cardiovascular reactivity to a novel active coping task. *Journal Of Personality*, 74(3), 911-931.

Williams, C., (2003, Juin). [Format PDF]. Le stress au travail. Statistique canada, 4, 6, article 75-001-XIF au catalogue. Récupéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2003002/article/6621-fra.pdf>.

Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (1999). [Format PDF]. *Generations at work: Managing the clash of veterans, boomers, Xers, and nexters in your workplace*. Document consulté sur [http://www.amazon.com/Generations-Work-Managing-Veterans-Workplace/dp/0814404804#reader\\_0814404804](http://www.amazon.com/Generations-Work-Managing-Veterans-Workplace/dp/0814404804#reader_0814404804).

## **Appendice A**

### Grille de recension

### Grille d'analyse pour documents périodique

| Auteur/Année/lieu de la recherche | But de la recherche primaire | Type de la recherche primaire | Échantillon de la recherche primaire | Méthode de collecte de données | Principaux résultats en lien avec votre question ou problème de recherche |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---|
|                                   |                              |                               |                                      |                                |   |
|                                   |                              |                               |                                      |                                |   |
|                                   |                              |                               |                                      |                                |   |
|                                   |                              |                               |                                      |                                |   |
|                                   |                              |                               |                                      |                                |   |

Adapté du document de Mme Michelle Côté inf PhD / Yanick Chrétien Printemps 2012

## **Appendice B**

Instruments de collecte des données



Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

## Questions sociodémographiques

**Cochez votre réponse :**

1. Je suis :

- Une femme  
 Un homme

**Complétez :**

2. Je suis né en (année de naissance): \_\_\_\_\_

**Cochez votre réponse :**

3. J'habite dans un milieu :

- Rural  
 Urbain

4. Mon statut civil est :

- Marié  
 Conjoint de fait  
 Célibataire

5. J'ai des enfants:

- Oui  
 Non



Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

6. À titre d'infirmier (ère), le dernier diplôme que j'ai obtenu est de niveau:

- Collégial (DEC)
- Universitaire (Certificat)
- Universitaire (Baccalauréat)
- Universitaire (Maîtrise)
- Universitaire (Doctorat)

7. J'exerce la profession d'infirmière depuis :

- 0 à 1 ans
- 2 à 4 ans
- 5 à 7 ans
- 8 à 9 ans

8. Je travaille sur le quart de :

- Nuit
- Jour
- Soir

**Complétez :**

9. Mon secteur de pratique habituel est (département) \_\_\_\_\_

10. Je travaille environ \_\_\_\_\_ heures par semaine.



Université du Québec  
à Trois-Rivières

Se voir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



**Cochez votre réponse :**

11. Je suis :

- Non-fumeur
- Fumeur

12. Je consomme de l'alcool :

- Jamais
- Occasionnellement
- Régulièrement

13. J'ai présentement un traitement de pharmacothérapie (dépression, anxiété) :

- Oui
- Non

14. Je consomme des substances illicites (drogues) :

- Jamais
- Occasionnellement
- Régulièrement

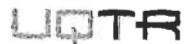
**Complétez :**

15. Pour me détendre ou me changer les idées je (activités):

---

---

---



Université du Québec  
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



16. Mes principales sources de stress au travail sont :

---

---

---

17. Mes principales sources de stress à la maison sont :

---

---

---

18. Mes principales sources d'aide au travail :

---

---

---

19. Mes principales sources d'aide à la maison :

---

---

---



Université du Québec  
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



**EDWARDS- THE CYBERNETIC COPING SCALE- ADAPTATION CYBERNÉTIQUE**

(version abrégée) 20 items

Traduction de Leclerc, C. et Lecomte, T. (1994)

Lorsqu'un problème survient dans votre vie, utilisez-vous un des moyens suivants?

**1.- J'essaie de laisser sortir la pression**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**2.- J'essaie de me convaincre que le problème n'est pas si important après tout**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**3.- J'essaie de m'empêcher de penser au problème**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**4.- Je me dis que le problème n'est pas important**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**5.- J'essaie de ne pas porter mon attention sur le problème**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**6.- J'essaie de me soulager de ma tension d'une manière ou d'une autre**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**7.- Je tente de modifier la situation afin d'obtenir ce que je désire**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
jamais fois souvent souvent

**8.-Je me dis qu'après tout, le problème n'est pas aussi grave**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**9.-Je fais un effort afin de modifier mes attentes**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**10.-Je refuse de penser au problème**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**11.-Je concentre mes efforts pour changer la situation**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**12.-J'essaie de me convaincre que les choses sont, en fait, acceptables comme elles sont**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**13.-Je me dis que le problème n'est pas une si grosse affaire**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**14.-J'essaie simplement de me débarrasser de ce que j'ai sur le coeur**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**15.-Je tente d'adapter mes attentes pour qu'elles soient en accord avec la situation**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

**16.-Je travaille à changer la situation afin d'obtenir ce que je désire**

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

UQTR

Université du Québec  
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

## 17.-J'essaie d'éviter de penser au problème

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

## 18.-J'essaie simplement de relaxer

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

## 19.-J'essaie d'arranger ce qui ne va pas dans la situation

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent

## 20.-J'essaie d'adapter mes propres exigences

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I  
 Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très  
 jamais fois souvent souvent



Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

### ÉCHELLE DE PROVISIONS SOCIALES (EPS),

Traduction par J. Caron (UQAT)

Nous aimerais que vous répondiez le plus honnêtement possible à une série de questions portant sur votre réseau social. Lorsque vous répondez, essayez de penser aux gens qui vous entourent.

| VRAI | UN PEU VRAI | UN PEU FAUX | FAUX |
|------|-------------|-------------|------|
| 1    | 2           | 3           | 4    |

1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin. \_\_\_\_\_
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres. \_\_\_\_\_
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress. \_\_\_\_\_
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide. \_\_\_\_\_
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi. \_\_\_\_\_
6. Les autres ne me considèrent pas compétent. \_\_\_\_\_
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne. \_\_\_\_\_
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances. \_\_\_\_\_
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et mes habiletés. \_\_\_\_\_
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide. \_\_\_\_\_



Université du Québec  
à Trois-Rivières  
Savoir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

| VRAI<br>1 | UN PEU VRAI<br>2 | UN PEU FAUX<br>3 | FAUX<br>4 |
|-----------|------------------|------------------|-----------|
|-----------|------------------|------------------|-----------|

11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être. \_\_\_\_\_
12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie. \_\_\_\_\_
13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire. \_\_\_\_\_
14. Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations. \_\_\_\_\_
15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi. \_\_\_\_\_
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes. \_\_\_\_\_
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une personne \_\_\_\_\_
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide Si je suis réellement dans le besoin. \_\_\_\_\_
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes. \_\_\_\_\_
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés. \_\_\_\_\_
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un. \_\_\_\_\_
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi. \_\_\_\_\_
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence. \_\_\_\_\_
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais. \_\_\_\_\_



Université du Québec  
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

### ÉCHELLE DE DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE

*Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé. La façon dont vous vous êtes sentis (es) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes sentis (es) l'année passée.*

| Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :         | COCHEZ VOS RÉPONSES |                   |               |              |
|---|---------------------|-------------------|---------------|--------------|
|   | Jamais              | De temps en temps | Assez souvent | Très souvent |
| 1. Vous êtes-vous sentis(es) désespérés(es) en pensant à l'avenir?                    |                     |                   |               |              |
| 2. Vous êtes-vous sentis (es) seuls (es)?   |                     |                   |               |              |
| 3. Avez-vous eu des blancs de mémoire?  |                     |                   |               |              |
| 4. Vous êtes-vous sentis (es) découragés (es) ou avez-vous eu les « bleus »?          |                     |                   |               |              |
| 5. Vous êtes-vous sentis (es) tendus(es) ou sous pression?                            |                     |                   |               |              |
| 6. Vous êtes vous laissés(es) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?             |                     |                   |               |              |
| 7. Vous êtes-vous sentis(es) ennuyés (es) ou peu intéressés(es) par les choses?       |                     |                   |               |              |
| 8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?                                      |                     |                   |               |              |
| 9. Avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir des choses?                          |                     |                   |               |              |
| 10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous sentis(es) sur le point de pleurer? |                     |                   |               |              |
| 11. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux (ses) intérieurement?                 |                     |                   |               |              |
| 12. Vous êtes-vous sentis(es) négatif (ves) envers les autres?                        |                     |                   |               |              |



Université du Québec  
à Trois-Rivières

Savoir. Surprendre.

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Vous êtes-vous sentis(es) facilement contrariés(es)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vous êtes-vous fâchés(es) pour des choses sans importance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu par « de temps en temps (2) », « assez souvent (3) » ou « très souvent (4) » à l'une des questions précédentes (1 à 14 inclusivement), répondez aux questions suivantes:

**COCHEZ VOS RÉPONSES**

**OUI**      **NON**

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 15. Au cours des six (6) derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Au cours des six (6) derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre vos études?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Au cours des six (6) derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreints (es) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **Appendice C**

Affiche publicitaire de recrutements

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION,  
LE SOUTIEN SOCIAL ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE  
DES INFIRMIÈRES DE LA GÉNÉRATION Y

## Projet SASSDY

Vous êtes *infirmier/infirmière* depuis moins de 9 ans

Et

Vous êtes de la **Génération Y** (nés entre 1978 et 1992).

**Vous désirez contribuer à l'amélioration de votre qualité de vie au travail!**

Vous êtes disponible pour répondre à quatre questionnaires.

Le fait de mieux comprendre la santé mentale des infirmières de la génération Y ainsi que les facteurs qui l'influencent pourrait être un atout majeur pour l'avenir de la profession, elles sont maintenant nombreuses, actives et omniprésentes : il faut les considérer.

# **Pour en savoir plus!!!**

Contactez :

Yanick Chrétien infirmier M.Sc (cand.) au [yanick.chretien@uqtr.ca](mailto:yanick.chretien@uqtr.ca)

Ou

Certains professeurs et chargés de cours du département des sciences infirmières de l'UQTR tel que : Claude Leclerc, Julie Houle, Patricia Germain et Mélanie Parenteau

## **Appendice D**

Lettre d'information

|   |   |  |
|---|---|--|
|    | <p>Centre de santé et de services sociaux<br/>de Trois-Rivières<br/>Centre hospitalier affilié universitaire régional</p> | <p><b>UQTR</b><br/>Université du Québec<br/>à Trois-Rivières<br/>Savoir. Surprendre.</p> |
| <p><b>LETTER D'INFORMATION</b></p>  |   |  |
| <p><b>Invitation à participer au projet de recherche : Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y</b></p>  |   |  |
| <p>Par Yanick Chrétien, étudiant à la maîtrise en sciences infirmières.<br/>Projet de mémoire effectué sous la direction de<br/>Monsieur Claude Leclerc inf. PHD.</p>   |   |  |
| <p>Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la santé mentale des infirmières de la génération Y (nées entre 1978 et 1992), serait grandement appréciée.</p>  |   |  |
| <p><b>Objectifs</b></p>   |   |  |
| <p>Les objectifs de ce projet de recherche sont, dans un premier temps, de décrire et de comprendre les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières de la génération Y et d'approfondir les notions de soutien social et de détresse psychologique. Dans un deuxième temps, nous vérifierons l'existence de relations entre l'utilisation de stratégies d'adaptation, la détresse psychologique ainsi que le soutien social de ces jeunes infirmières. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.</p>   |   |  |
| <p><b>Tâche</b></p>   |   |  |
| <p>Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter une série de quatre questionnaires : 1-questionnaire sociodémographique (Yanick Chrétien &amp; Claude Leclerc, 2011), 2- l'échelle d'adaptation cybernétique (Edwards &amp; Baglioni, 1993) qui étudie les stratégies d'adaptation, 3-l'échelle de provisions sociales (Cutrona, Russel, 1987; Caron, 1996) qui évalue la perception du soutien social reçu et finalement 4- l'indice de détresse psychologique (Illfeld, 1976) qui permet d'évaluer la détresse psychologique. Ces questionnaires vous seront remis, advenant votre acceptation de participation, lors de rencontre au début des quarts de travail pour le Centre de Santé et de Services Sociaux de Trois-Rivières volet Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional (CSSSTR-CHAUR) ou au commencement des cours pour l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Pour votre confort et relié aux horaires chargés</p> |   |  |
| <p>Version datée du 12 janvier 2012</p>   |   | <p>Initiales du répondant : _____</p>  |
| <p>Page 1 sur 5</p>   |   |  |

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



Savoir. Surprendre.

qu'exige votre profession, les questionnaires (qui, au global, prennent environ une vingtaine de minutes à remplir) vous seront remis pour une période de temps allouée de deux semaines. Votre responsabilité par la suite sera de placer les 4 questionnaires, dûment remplis dans une enveloppe cachetée qui vous sera fournie. Vous placerez ensuite cette enveloppe dans des boîtes, fermées au regard, qui seront disposées sur vos unités de soins respectifs (pour le CSSSTR-CHAUR) et au pavillon de la santé au département des sciences infirmières (pour l'UQTR). Vous pourrez déposer votre enveloppe en tout temps dans les boîtes au cours des deux semaines qui vous seront allouées.

#### Risques, inconvénients, inconforts

Risque : au cours de cette investigation, les questions demandées par certains de nos outils d'enquête pourraient révéler à certains répondants qu'ils ou elles vivent de la détresse psychologique ou que leur soutien social respectif est inadéquat. Néanmoins, lié au fait que l'anonymat complet des répondants est exigé par les barèmes éthiques du projet et que, d'aucune façon, les investigateurs ne pourront associer les questionnaires complétés aux répondants, nous vous fournirons les coordonnées de programmes d'aide psychologique, spécifiques à chaque organisation (UQTR, CSSSTR-CHAUR), afin que les répondants qui en ressentent le besoin puissent avoir accès à du soutien en tout temps. La durée consacrée au projet, soit environ 20 minutes au maximum, constitue un autre inconvénient. Toutefois, il convient de mentionner que ces risques sont minimes.

#### Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des stratégies d'adaptation, du soutien social et de la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

#### Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'anonymat complet des répondants et répondantes (pas de nom sur les questionnaires et dépôt de ces questionnaires dans des boîtes prévues à cet effet). De plus, les résultats ne seront pas associés aux sites participants. Les données recueillies au cours de ce projet de recherche, qui pourront être diffusées sous forme d'affiche scientifique, de mémoire et de communications orales ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé au bureau du directeur de mémoire à l'UQTR et les seules personnes qui y auront accès seront l'investigateur, Yanick Chrétien, et son directeur, Claude Leclerc. Elles seront détruites lors du dépôt du

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



mémoire de maîtrise en octobre 2012 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

#### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

#### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Yanick Chrétien, par téléphone, au 819-375-1580 (maison) ainsi qu'au 819-269-6536 (cellulaire) ou par courriel au [yanick.chretien@uqtr.ca](mailto:yanick.chretien@uqtr.ca).

#### **Services d'aide psychologique**

##### **UQTR**

Pour les étudiants et étudiantes de l'UQTR : si vous ressentez le besoin de parler ou d'obtenir de l'aide psychologique suite à l'investigation, vous pouvez contacter Mme Marie-Claude Charbonneau (psychologue) au 819-376-5011 poste 2520 et au poste 6056 ou au bureau 1261 au pavillon Albert-Tessier de l'UQTR, de 8 heures à 16 heures les jours de semaines.

##### **CSSSTR-CHAUR**

Pour le CSSSTR-CHAUR, les employés (es) qui en ressentent le besoin peuvent rejoindre IMPACT Mauricie au 819-370-3187, situé aux 800, place Bouland, Trois-Rivières QC. Ce programme d'aide psychologique est affilié au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières.

#### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-11-175-06.05 a été émis le 6 janvier 2012. Cette étude est également approuvée par le comité d'éthique du CSSSTR.

##### **UQTR**

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

#### **CSSSTR-CHAUR**

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, madame Doris Johnston, au numéro suivant : 819-370-2200 poste 42210.

Le comité d'éthique de la recherche du CSSSTR a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute question reliée à l'éthique, concernant vos droits et/ou concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à cette étude, vous pouvez communiquer avec : monsieur François Lemire, président du comité d'éthique de la recherche au numéro de téléphone: 819-697-3333, poste 64399.

## **Appendice E**

Formulaire de consentement

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional



UQTR



Université du Québec  
à Trois-Rivières  
Savoir. Surprendre.

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



#### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Yanick Chrétien, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

#### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet : **Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y.** J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

#### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| Participante ou participant: | Chercheuse ou chercheur : |
| Signature :                  | Signature :               |
| Nom :                        | Nom :                     |
| Date :                       | Date :                    |

## **Appendice F**

Certificats d'éthique de l'UQTR et du CHRT

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

Trois-Rivières, le 16 janvier 2012

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

1001, boul. du Carmel, bureau U2-213  
Trois-Rivières (Québec) G6Z 3R9  
Téléphone : 819-697-3333 poste 64398  
Télécopieur : 819-378-9543  
Courriel : [Dachir\\_recherche@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Dachir_recherche@ssss.gouv.qc.ca)

Monsieur Yanick Chrétien  
24 A, rue Saint-Alphonse  
Trois-Rivières (Québec)  
G8T 7R4

**Objet :** Acceptation finale du projet de recherche : «Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y»

Monsieur,

Par la présente, je désire vous annoncer que votre projet de recherche cité en rubrique, a été étudié par le comité d'éthique de la recherche lors de sa réunion du 12 décembre 2011. Suite à cette étude, le projet a été approuvé à l'unanimité conditionnellement à ce que des modifications soient apportées aux documents à l'étude, tel que mentionné dans notre correspondance datée du 22 décembre dernier.

Après réception des documents modifiés et conformes, un certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières portant le numéro CÉR-2011-024-00 vous a été émis. L'étude peut donc débuter au sein de notre établissement avec les versions des documents mentionnées sur le certificat d'approbation ainsi que le formulaire d'information et de consentement sur lequel le sceau de notre CÉR a été apposé.

L'acceptation de ce protocole est d'une durée d'un an, soit jusqu'au 16 janvier 2013. À ce moment, vous devrez soumettre une nouvelle demande pour la reconduction de l'étude. Cette demande devra contenir un rapport d'évolution de la recherche (en incluant le nombre de patients recrutés jusqu'à maintenant).

En cours d'année, vous devrez nous faire part des nouveaux amendements portant sur les conditions de recrutement, les modifications au formulaire de consentement éclairé ainsi que les événements graves ou inattendus survenus en cours d'étude. Vous devez aussi nous informer de la clôture ou de la suspension de la recherche, des décisions significatives prises par d'autres comités d'éthique et le résumé du rapport final s'il y a lieu.

De plus, tel que stipulé dans la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, vous devrez tenir un registre des participants à ce projet de recherche et veiller à ce que les informations qui y sont contenues soient régulièrement mises à jour. Vous devrez être en mesure de nous fournir la liste, sur demande, en tout temps.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agrémenter, Monsieur, mes salutations distinguées.

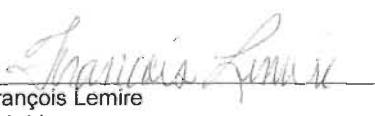
*François Lemire*  
François Lemire

Président du comité d'éthique de la recherche

FL/jg

p.j. - Certificat d'approbation d'un projet de recherche (CÉR-2011-024-00)  
- Formulaire d'information et de consentement avec sceau du CÉR du CSSSTR

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre St-Joseph<br>(centre administratif)<br>819 370-2100 | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement<br>Louis-Dénecourt<br>819 376-2566 | <input type="checkbox"/> Centre Ste-Geneviève<br>819 370-2100,<br>poste 46101 | <input type="checkbox"/> Centre de prêt<br>d'équipement<br>819 370-2100 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Centre hospitalier régional<br>819 697-3333     | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Cooke<br>819 370-2100              | <input type="checkbox"/> Centre Accès en Ciel<br>819 374-6291                 | <input type="checkbox"/> Centre de l'Heilage<br>819 370-2100            |
| <input type="checkbox"/> Centre Cloutier-du Rivage<br>819 370-2100                  | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement Roland-Léclerc<br>819 370-2100     | <input type="checkbox"/> Centre Les Forges<br>819 379-5650                    | <a href="http://www.cssstr.qc.ca">www.cssstr.qc.ca</a>                  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Centre de santé et de services sociaux<br>de Trois-Rivières<br>Centre hospitalier affilié universitaire régional  | <b>COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE</b><br>Téléphone : 819-672-3333 poste 64399<br>Télécopieur : 819-378-9543<br>Courriel : <a href="mailto:Chercheur_recherche@crts3.gouv.qc.ca">Chercheur_recherche@crts3.gouv.qc.ca</a> | No d'approbation éthique CHRTR : <b>CÉR-2011-024-00</b>                               |
| <b>APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE</b>   |  |   |
| <b>DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE :</b><br><b>Titre :</b> «Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y»<br><b>Chercheur :</b> Monsieur Yanick Chrétien<br><b>Provenance des fonds :</b> Aucun   |  |   |
| <b>DOCUMENTS APPROUVÉS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE À UTILISER POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de certification éthique – étudiant, datée du 24 décembre 2011;</li> <li>• Lettre d'information et formulaire de consentement, version datée du 12 janvier 2012;</li> <li>• Questionnaire sociodémographique, non-daté;</li> <li>• Questionnaire Edwards – The cybernetic coping scale – Adaptation cybernétique, version abrégée datée de 1994;</li> <li>• Échelle de provisions sociales (EPS), non-datée;</li> <li>• Échelle de détresse émotionnelle, non-datée.</li> </ul> |  |   |
| <b>APPROBATION ÉTHIQUE :</b><br><b>Étude initiale</b><br><b>du projet par le comité :</b> 12 décembre 2011  |  |   |
| <b>Raison de l'émission du présent certificat :</b> Acceptation finale  |  |   |
| <b>Période de validité du présent certificat :</b> du 16 janvier 2012 au 16 janvier 2013  |  |   |
| <br>François Lemire<br>Président<br>Comité d'éthique de la recherche   |  |  |
| <small>N.B. : Le Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.</small>  |  |   |



Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7

Téléphone : (819) 376-5011

Le 6 janvier 2012

Monsieur Yanick Chrétien  
Étudiant  
Département des sciences infirmières

Monsieur,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y** en date du 28 décembre 2011

Une photocopie du certificat portant le numéro CER-11-175-06.05 vous sera acheminée par l'entremise de votre directrice de recherche. Sa période de validité s'étend du 6 janvier 2012 au 6 janvier 2013.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

AMÉLIE GERMAIN  
Conseillère en développement de la recherche  
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

AG/cd

c.c. M. Claude Leclerc, professeur au Département des sciences infirmières



**Université du Québec à Trois-Rivières**  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

## RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Les stratégies d'adaptation, le soutien social et la détresse psychologique chez les infirmières de la génération Y

**Chercheurs :** Yanick Chrétien  
Département des sciences infirmières

**Organismes :** Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

**PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :**

#### **COMPOSITION DU COMITÉ :**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
  - le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
  - une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
  - un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
  - un technicien de laboratoire;
  - une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
  - une personne extérieure à l'Université;
  - un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

**SIGNATURES :**

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques. *11-10-10*

Hélène-Marie Thérrien Amélie Germain

#### **Présidente du comité**

### **Secrétaire du comité**

Date d'émission : 06 janvier 2011

N° du certificat : CER-11-174-06-05

DECSB

## **Appendice G**

Affiche scientifique du projet SASSDY

