UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN ADMINISTRATION PUBLIQUE (M.SC.)

PAR
ÉTIENNE LEBLANC

# ÉTUDE DU LIEN ENTRE LE LEADERSHIP TRANSFORMATIONNEL DU SUPÉRIEUR ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES CADRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MAI 2010

MEM
674

BIBLIOTHÈQUE
ENAP
QUÉBEC

À Julie.

*« Elle était comme une promesse*
*que la vie n'a pas tenue ;*
*moi, je tiens toujours mes*
*promesses »*

– Marc Lévy

18 JUIN 2010


## Sommaire

À l'heure actuelle, le phénomène de la détresse psychologique au travail se mesure à l'aune de son étendue, de son augmentation et de ses impacts, tant sur le plan humain qu'organisationnel. De fait, les problèmes de santé mentale au travail sont devenus une source de préoccupations pour de nombreuses organisations, dont celles du secteur de la santé et des services sociaux. En effet, les statistiques révèlent une augmentation de l'occurrence des problèmes de cette nature chez son personnel, notamment chez les cadres. La dernière réforme, caractérisée par son ampleur et sa rapidité, a apporté des changements majeurs qui ont à la fois modifié l'organisation du réseau et complexifié les conditions d'exercice du personnel d'encadrement. Parallèlement, la qualité de vie au travail des cadres en fut affectée. C'est d'ailleurs en regard de ce contexte de transformation d'une part et de l'influence que peuvent avoir certains facteurs intrinsèques et extrinsèques sur la santé mentale des travailleurs d'autre part que la présente recherche s'intéresse principalement au lien entre la détresse psychologique au travail des cadres intermédiaires du réseau et le style de leadership de leur supérieur hiérarchique. Poursuivant l'objectif d'actualiser les données quant à l'état de santé mentale de cette population, la présente étude s'attache également à approfondir les connaissances quant à l'effet du leadership transformationnel sur la santé psychologique et sur les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel. Elle vise en outre à valider un modèle prédictif de la détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires du réseau sociosanitaire québécois. Les données recueillies par voie de questionnaire auquel 73 participants ont répondu ont ainsi révélé un taux de prévalence de détresse psychologique sévère moins élevé que celui retrouvé dans la population en général ;

les femmes présentant un niveau de sévérité de détresse psychologique au travail supérieur à celui des hommes. Les analyses corrélationnelles ont montré des liens négatifs significatifs entre la détresse psychologique au travail et les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel, ce dernier étant ressorti des comme le plus contributif dans l'explication dudit phénomène, particulièrement chez les cadres intermédiaires de sexe féminin. Les limites de la présente recherche sont inhérentes à la taille de son échantillon, ainsi qu'à l'utilisation de données quantitatives recueillies par le biais d'un questionnaire autoadministré. Outre les contributions liées aux objectifs initialement poursuivis, cette recherche propose également de nouvelles connaissances, particulièrement en ce qui a trait à la dimension organisationnelle du sentiment d'efficacité personnelle, tel que récemment introduit par Brassard (2009). Concomitamment, ces contributions de nature théorique portant sur la relation entre la détresse psychologique au travail des cadres intermédiaires de sexe féminin et leur sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel trouvent une certaine portée sur le plan opérationnel. En effet, en plus de fournir un nouvel outil mesurant le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel dont l'indice de fiabilité (alpha de Chronbach) s'est montré amplement satisfaisant, les nouvelles connaissances permettent de supposer raisonnablement que la mise en place de politiques et de stratégies en matière de gestion des compétences pourrait être bénéfique pour la santé mentale au travail des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux et assurer un niveau de compétences optimal chez le personnel d'encadrement et, parallèlement, influencer positivement la performance organisationnelle.

*Table des matières*


| | Pages |
|---|---|
| Sommaire | ii |
| Liste des figures | vi |
| Liste des tableaux | vii |
| Liste des abréviations | viii |
| Remerciements | ix |
| **Introduction** | **1** |
| Contexte de la recherche | 2 |
| *Problématique* | 7 |
| *Pertinence du projet et questions de recherche* | 17 |
| **Contexte théorique** | **20** |
| Première partie : état des connaissances | 21 |
| *Définitions* | 21 |
| *Typologie des affections à la santé psychologique* | 25 |
| *Principaux modèles théoriques de la santé mentale au travail* | 29 |
| *Nouvelles considérations pour la recherche* | 39 |
| Deuxième partie : cadre d'analyse et modèle conceptuel | 40 |
| *Cadre de référence* | 40 |
| *Le style de leadership* | 42 |
| *L'auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle* | 44 |
| *Le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel* | 46 |
| *La résilience* | 47 |
| *Modèle conceptuel de recherche* | 49 |
| *Hypothèses de recherche* | 50 |
| **Méthode** | **53** |
| Stratégie de recherche | 54 |
| *Posture épistémologique* | 54 |
| *Objectifs de la recherche* | 54 |
| *Population et échantillon* | 55 |
| *Procédure* | 56 |
| *Instruments de mesure* | 56 |

Pages

**Résultats** **62**

Analyse des données 63

*Préparation des données et présentations des résultats* 63

*Analyses statistiques* 65

*Résultats préliminaires* 66

*Résultats concernant les variables indépendantes* 67

*Résultats concernant la variable dépendante* 69

Validation des hypothèses de recherche et du modèle conceptuel 72

Vérification de l'effet des variables exogènes 76

**Discussion** **79**

Résultats concernant la détresse psychologique au travail 80

Considérations théoriques 81

*Contributions et ouvertures théoriques de la recherche* 84

*Limites de la recherche* 85

Retombées pratiques de la recherche 86

**Conclusion** **87**

**Références** **89**

**Appendice A** *Certificat du comité d'éthique (CRÉ-ÉNAP)* 101

**Appendice B** *Lettres de partenariats* 103

**Appendice C** *Lettre d'invitation aux participants* 107

**Appendice D** *Lettre de rappel aux participants* 110

**Appendice E** *Échelles du questionnaire* 112

**Appendice F** *Rapports de fréquence de non-réponses* 122

**Appendice G** *Résultats liés au profil sociodémographique* 125

**Appendice H** *Résultats d'analyses relatives à la troisième hypothèse* 128

**Appendice I** *Résultats d'analyses des variables exogènes* 130

*Liste des figures*


| | Pages |
|---|---|
| Figure 1. Les trois grands axes du bien-être affectif (Warr, 1994) | 24 |
| Figure 2. Modèle exigences / autonomie (Karasek, 1979) | 32 |
| Figure 3. Modèle holistique du stress (Nelson & Simmons, 2003) | 36 |
| Figure 4. Modèle conceptuel de recherche | 50 |
| Figure 5. Modèle conceptuel récapitulatif des hypothèses de recherches | 52 |

*Liste des tableaux*


| | | Pages |
|---|---|---|
| Tableau 1. | Échelle du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel | 60 |
| Tableau 2. | Statistiques descriptives des variables indépendantes liées aux hypothèses | 68 |
| Tableau 3. | Prévalence et intensité de la détresse psychologique au travail de l'échantillon | 70 |
| Tableau 4. | Matrice de corrélations des variables étudiées | 73 |
| Tableau 5. | Résultats d'analyse de régression hiérarchique des variables indépendantes sur la détresse psychologique au travail | 76 |
| Tableau 6. | Fréquence de non-réponses liées aux individus | 123 |
| Tableau 7. | Fréquence de non-réponses liées aux instruments | 124 |
| Tableau 8. | Caractéristiques du profil sociodémographique de l'échantillon | 126 |
| Tableau 9. | Caractéristiques du profil professionnel de l'échantillon | 127 |
| Tableau 10. | Corrélations entre la détresse psychologique et l'efficacité « organisationnelle » selon le genre | 129 |
| Tableau 11. | Résultats de la comparaison de moyennes concernant la détresse psychologique selon le groupe d'âge | 131 |
| Tableau 12. | Résultats de l'analyse de variance (ANOVA) concernant la détresse psychologique selon le groupe d'âge | 131 |
| Tableau 13. | Résultats concernant la détresse psychologique au travail selon le nombre d'années d'expérience du réseau | 132 |
| Tableau 14. | Résultats de l'analyse de variance (ANOVA) de la détresse psychologique selon le nombre d'années d'expérience du réseau | 132 |
| Tableau 15. | Résultats post hoc – test de Tukey – de l'ANOVA concernant le nombre d'années d'expérience du réseau sur la détresse psychologique au travail | 133 |

*Liste des abréviations*

| | |
|---|---|
| AGESSS | Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux |
| APER | Association du personnel d'encadrement de la santé et des services sociaux |
| APEX | Association professionnelle des cadres de la fonction publique du Canada |
| BIT | Bureau international du Travail |
| CHSGS | Centres hospitaliers de services généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centres d'hébergement et de soins de longue durée |
| CLSC | Centres locaux de services communautaires |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| CRSSS | Conseil régional de la santé et des services sociaux |
| CSMQ | Comité de la santé mentale du Québec |
| CSN | Centrale des syndicats nationaux |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CSST | Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail |
| ÉNAP | École nationale d'administration publique |
| IDPSQ | Indice de détresse psychologique de Santé Québec |
| IGOPP | Institut sur la gouvernance d'organisations publiques et privées |
| ISQ | Institut de la Statistique du Québec |
| LAM | Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29) |
| LEPPM | Laboratoire d'études sur les politiques publiques et la mondialisation |
| LSSSS | Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec |
| OIT | Organisation internationale du Travail |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| OMSM | Organisation mondiale de la santé mentale |
| RLS | Réseaux locaux de services |
| RRSSS | Régie régionale de la santé et des services sociaux |
| RUIS | Réseaux universitaires intégrés de santé |

Remerciements

L'auteur souhaite exprimer sa reconnaissance à sa directrice de recherche, et témoigner sa plus grande gratitude aux personnes qui lui ont apporté leurs précieux conseils et leur support pour la réalisation du présent travail de recherche.

*Introduction*

## Contexte de la recherche

### *Santé mentale et problèmes psychologiques*

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirmait, en 2001, que les troubles mentaux constituent une part importante de la charge de morbidité et d'incapacités dans la population en général, particulièrement en Amérique, et que ceux-ci risquent d'augmenter au cours des prochaines années[1]. Au Québec, « une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale » (MSSS, 2005a, p. 8), alors qu'au Canada, 6 p. cent de la population a eu recours à des antidépresseurs au cours de l'année 2002 (Patten & Juby, 2008). Selon l'Institut de la statistique du Québec (2008) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000, 2005a, 2005b), approximativement 20 p. cent de la population souffrira de détresse psychologique au cours de sa vie, soit une personne sur cinq, et la dépression sera au second rang des maladies invalidantes en 2020 (OMS, 2001).

Le monde du travail n'échappe pas à la tendance qui prévaut dans les populations. Un rapport du Bureau international du Travail (BIT), en 2000, portant sur les politiques et programmes d'hygiène mentale pour les travailleurs de l'Allemagne, des États-Unis, de la Finlande, de la Pologne et du Royaume-Uni, rapporte une augmentation de la fréquence des troubles psychiques (BIT-OIT, 2000). En effet, la dépression, l'anxiété, le stress ou le surmenage affecte un travailleur sur dix dans ces pays, ce qui concoure à accroître le risque d'hospitalisation ou le chômage[2]. Par exemple, au Royaume-Uni près de trois salariés sur dix sont aux prises,

---

[1] Organisation internationale du Travail (OIT) (2000).
[2] *Ibid.*

annuellement, avec des problèmes de santé mentale[3]. La transformation socioéconomique et l'augmentation du taux de chômage, la précarisation de l'emploi et la baisse du niveau de vie sont parmi les facteurs qui peuvent expliquer l'augmentation du nombre de personnes qui reçoivent des soins en santé mentale, c'est du moins ce que démontrent les statistiques de santé publique en Pologne[4].

Le Canada n'est pas en reste des pays précédemment cités, car la détresse psychologique fait partie des principales préoccupations des praticiens en ressources humaines en milieu de travail. Comme le rapportait le ministre canadien de la Santé, Tony Clement, ce phénomène est la première cause d'absentéisme au travail (Santé Canada, 2007). Selon le ministre Clement, 500 000 Canadiens s'absentent du travail chaque semaine pour des raisons liées à la détresse psychologique, dont 35 p. cent pour des troubles de santé mentale[5]. D'ailleurs, les employés d'établissements de santé québécois sont ceux où le degré de sévérité associé à la détresse psychologique est le plus élevé par rapport à d'autres organisations ou à la population en général. C'est effectivement le constat auquel sont arrivés Brun, Biron, Martel et Ivers, (2003) lors d'une recherche menée entre 2000 et 2003 auprès de travailleurs sélectionnés dans quatre organisations des secteurs public et privé. Leurs résultats montrent que la proportion d'employés de l'établissement de santé présentaient le niveau le plus élevé de détresse psychologique, c'est-à-dire 54 p. cent comparativement à une moyenne globale de 43 p. cent pour les quatre organisations. Qui plus est, cette moyenne s'avère plus de deux fois supérieure à celle obtenue dans

---

[3] *Ibid.*
[4] *Ibid.*
[5] *Ibid.*

la population en général, soit 20,09 p. cent[6] (Brun et al., 2003). Bien que cette étude n'ait été réalisée qu'au sein d'une seule organisation du secteur de la santé et des services sociaux et, par conséquent, qu'il est difficile de généraliser les résultats, les conclusions de Brun et al. (2003) correspondent néanmoins à celles auxquelles est arrivée la Commission Clair en 2000. Selon cette dernière, la détresse psychologique représentait la principale cause d'absentéisme dans le réseau sociosanitaire québécois (p. 112).

Considérant ce qui précède, la question des coûts encourus par la détresse psychologique à la fois pour la société, mais également pour les organisations, peut être posée. Une imposante revue de la littérature réalisée par Brun et Lamarche (2006) a permis de constater que l'estimation des coûts financiers liés à ce phénomène n'est pas chose aisée. Néanmoins, Tangri (2003) de même que Stephens et Joubert (2001) se sont avancés sur le sujet ; leurs estimations varient entre 14,4 et 35 milliards de dollars annuellement pour l'industrie canadienne (Brun & Lamarche, 2006). En Allemagne, les arrêts de travail liés à des troubles psychologiques entraînent des pertes annuelles estimées à plus de 5 milliards de DM (OIT, 2000). D'après le rapport du BIT, entre 3 et 4 p. cent du PIB des pays de l'Union européenne seraient consacrés à de tels problèmes. Au Québec, les réclamations acceptées à titre de lésions professionnelles liées à la santé psychologique – stress, épuisement professionnel ou autres – ont pratiquement doublé de 1990 à 2002, ce qui représente des débours de 5,1 millions de dollars par année pour la Commission de la

[6] Dans la population, en général, 20 p. cent des individus présenteraient un niveau élevé de détresse psychologique (ISQ, 2008)

Santé et de la Sécurité du Travail[7]. L'augmentation des lésions professionnelles pourrait partiellement s'expliquer par la surcharge de travail et la pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs.

À ce propos, s'il est difficile pour les entreprises d'attirer certaines catégories d'employés, la pénurie de travailleurs anticipée peut laisser envisager une amplification des problèmes de santé au travail compte tenu du nombre croissant de baby-boomers qui quitteront prochainement le marché de l'emploi. Selon l'Institut de la statistique du Québec, à partir de 2011 le nombre de personnes qui entreront sur le marché du travail sera insuffisant pour remplacer la proportion de personnes qui quitteront leur emploi pour la retraite[8], alors que parallèlement Statistique Canada annonce que le déclin de la population active pourrait s'observer dès 2009 (Boucher, 2003).

Au Canada comme ailleurs dans le monde, la pénurie de main-d'œuvre affecte sensiblement le secteur de la santé. Comme l'indique un rapport du Laboratoire d'études sur les politiques publiques et la mondialisation, en 2005 l'OMS évaluait à « 4,3 millions le manque de médecins, personnels infirmiers, sages-femmes, administrateurs et autres agents de la santé dans le monde » (LEPPM, 2008, p. 1). L'occurrence d'une pénurie d'administrateurs s'observe déjà depuis quelques années au sein du réseau sociosanitaire québécois, notamment pour les directeurs généraux d'établissements de santé et de services sociaux.

---

[7] Institut national de santé publique du Québec.
[8] Document électronique récupéré de www.emploiquebecestrie.net

Face aux problèmes auxquels sont d'ores et déjà confrontées les organisations des secteurs public et privé, il est raisonnable de supposer que ceux-ci peuvent exercer de fortes pressions sur les travailleurs et ainsi contribuer au développement de problèmes liés à la santé mentale. D'ailleurs, s'appuyant sur les données du MSSS (2005b), l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS, 2005) indique que les troubles de santé mentale ont privé le réseau d'environ 10 500 personnes à temps complet, tout statut d'emploi confondu (syndiqué, syndicable non-syndiqué, cadre ou hors-cadre), au cours de l'année 2002-2003. Rappelons une fois de plus les conclusions de la commission Clair (2000) dans lesquelles la détresse psychologique était identifiée comme la première cause d'absentéisme dans le réseau sociosanitaire québécois.

*Problématique*

Le système sociosanitaire québécois a été le théâtre d'une succession de transformations depuis l'instauration du régime public de santé au début des années 1970 (Gaumer & Fleury, 2007 ; Turgeon, Anctil & Gauthier, 2003). En effet, le nombre de rapports issus des commissions d'enquête, les modifications législatives, l'adoption de politiques ministérielles, les documents d'orientations et les plans d'action sont parmi les éléments pouvant laisser croire qu'il s'agit « d'un édifice en rénovation perpétuelle » (Turgeon et al., 2003, p. 93). Par ailleurs, le rythme avec lequel sont introduites les réformes s'est significativement accéléré au cours des vingt-cinq dernières années (Desrosiers, 1998), si bien qu'elles se succèdent « avant que la mise en œuvre de la précédente n'ait été complétée et évidemment, bien avant que les résultats n'aient été obtenus » (Lamarche, 2008, p. 81).

Pour mieux saisir comment les nombreux changements qui se sont succédé dans ce secteur sensible de l'appareil étatique (Gaumer & Fleury, 2007) ont pu ajouter à la complexité de sa gestion et, comme nous pouvons raisonnablement le supposer, influencer la santé psychologique des gestionnaires, au cours des prochains paragraphes nous nous intéresserons à certains éléments qui ont marqué son évolution.

L'entrée en vigueur de Loi sur l'assurance-maladie (LAM) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en 1970 et 1971 a fourni un nouveau cadre législatif au gouvernement du Québec lui permettant ainsi d'instaurer et d'édifier le régime public de santé (CMQ, 2006). En effet, la LAM a introduit la gratuité des services médicaux alors que la LSSSS est venue élargir la portée de la

première en prévoyant un « accès universel à une gamme complète de services de santé et de services sociaux »[9]. Toutefois, la nouvelle organisation du système sociosanitaire s'est rapidement butée à plusieurs obstacles (Gaumer & Fleury, 2007) qui ont influencé son évolution au cours des trente années suivantes (CMQ, 2006). On assiste, par exemple, à l'augmentation continue des coûts de services alors que selon les prévisions, l'amélioration de la santé de la population devait permettre la diminution de ceux-ci après la période d'investissement. De surcroît, l'efficacité et l'efficience du système ont continué d'être entravées par les frontières entre les établissements et entre professionnels d'une part et la rigidité engendrée par la centralisation des décisions, d'autre part. À cela, Dussault et Dubois (2003) mentionnent qu'au cours de cette même période s'amorçait la transition démographique, c'est-à-dire la proportion croissante de personnes âgées de 65 ans et plus.

La quantité importante de difficultés avec lesquelles le système était aux prises et les fortes pressions de la crise économique des années 1980 furent autant de facteurs incitant le gouvernement du Québec à mettre sur pied une commission mandatée pour étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système. De plus, cette commission, créée en juillet 1985, devait également proposer des solutions aux problèmes de financement et de fonctionnement[10].

> Le système de soins québécois est confronté à la fin des années 80 et au début des années 90 à la fois à l'état critique des finances publiques, à la croissance des demandes de services de santé, à l'augmentation des dépenses de santé (…). Les symptômes de ces difficultés sont nombreux : déficits récurrents des établissements, engorgement des urgences, insatisfaction des professionnels,

---

[9] *Ibid.* p. 14.

[10] *Cf.* Jugement rendu par l'Honorable Juge Larouche dans l'affaire *Hôpital Reine-Élizabeth de Montréal* c. *Rochon*, 1996, R.J.Q. 1862, C.S.

> dégradation des conditions et du climat de travail, vieillissement de certaines installations, mécontentement des usagers. Ce contexte devait inspirer une réforme des services de santé qui se met en branle au début des années 90 (…). (Turgeon et al., 2003, p. 235)

Les remises en cause du système et du mode d'allocation des ressources ont été suscitées par le rapport de la Commission Rochon rendu public en décembre 1987[11]. Dès lors, la pertinence de favoriser des actions non institutionnelles moins onéreuses et axées sur la prévention plutôt que l'utilisation de ressources imposantes comme les hôpitaux émerge. Aussi, le rapport se porte en faveur d'une plus grande décentralisation des pouvoirs et suggère, à cet égard, que les conseils régionaux (CRSSS) soient remplacés par des régies régionales (RRSSS). Le document *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, diffusé par le Ministère en 1989, révèle la mise en place d'importants changements s'inscrivant dans la foulée des recommandations de la Commission Rochon.

Réaffirmant les principes fondamentaux du système de soins de santé, la réforme Rochon s'est attaquée à plusieurs problèmes, notamment l'asphyxie provoquée par l'augmentation plus rapide des dépenses publiques par rapport aux revenus dont dispose l'État (Facal, 2006), l'inefficience du système et le non-respect de l'équilibre budgétaire (Dussault & Dubois, 2003). Devant la précarité du contexte financier, le gouvernement du Québec a donc entrepris une seconde vague de regroupements, de fusions et de fermetures d'établissements (Facal, 2006). [12]

Ajoutons que le virage ambulatoire et la pénurie de main-d'œuvre – résultat des départs massifs à la retraite des personnels, notamment médical et clinique – ont

---

[11] *Ibid.*

[12] La première vague réalisée à la fin des années 80 suite à la réforme Côté (Facal, 2006).

également été des sources de turbulence ayant significativement marqué les années 1995 à 1998 (Bordeleau, 2007). En effet, au cours de la période comprise entre 1991 et 2000, tandis que la population du Québec avait augmenté de 4,7 p. cent, le nombre total des employés syndiqués et des cadres du réseau fut réduit de 3,8 p. cent (Dussault & Dubois, 2003). La réduction du personnel d'encadrement, plus importante que celle des syndiqués, soit 33 p. cent contre 1,5 p. cent, a ainsi fait passer le ratio d'encadrement de 12,3 employés par cadre en 1991 à 18,2 en 2000[13]. En regard des transformations apportées au système de soins, Dussault et Dubois (2003) constatent « que les politiques mises en œuvre n'ont pas nécessairement tenu compte de la dimension « ressources humaines » »[14]. En somme, ces mêmes auteurs concluent :

> (...) l'absence quasi complète de la dimension ressources humaines dans le processus de planification de ces changements a fait en sorte que différents groupes de personnels en ont été des victimes. (...) C'est donc dire que la thérapie de choc à laquelle le système a été soumis n'a pas été accompagnée d'une attitude proactive des décideurs en matière de gestion des personnels. (2003, p. 257)

À l'aube du XXI[e] siècle, parmi les nombreux problèmes de fond qui subsistent depuis les années 1970, soulignons, entre autres, la faiblesse de la première ligne, l'accroissement des besoins en regard de la coordination et les problèmes liés au financement. Qui plus est, les exigences en matière de services sociosanitaires liées aux caractéristiques démographiques de la population — marquée par son vieillissement et l'émergence de problèmes chroniques de santé — exercent de fortes pressions sur la demande de services (Hébert, 2004). Ainsi, la persistance de nombreux problèmes ayant résisté aux actions entreprises justifiait la mise sur pied

---

[13] *Ibid.*, p. 239.
[14] *Op.cit.* p. 237.

en juin 2000 d'une Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Dussault & Dubois, 2003).

L'enquête menée par la Commission Clair a dès lors permis de déceler des problèmes se rapportant à l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services, lesquels ont conséquemment été placés au chapitre des priorités visées par la réforme (Dussault & Dubois, 2003 ; Gaumer & Fleury, 2007). Or, la gouvernance du système fut identifiée comme l'un des principaux facteurs entravant le fonctionnement du système (Gaumer & Fleury, 2007 ; Turgeon et al., 2003). Pour la Commission Clair, le renouvellement de la gouvernance constituait une condition cardinale pour atteindre les cibles de la réforme (Dussault & Dubois, 2003). C'est pourquoi l'implantation d'une culture d'évaluation et de reddition de comptes fut parmi les mécanismes privilégiés dans les recommandations émises par la commission (Bordeleau, 2007), lesquelles se sont traduites dans les textes du projet de loi 28 ou loi dite « de la gouverne » de 2001 (Gaumer & Fleury, 2007).

En 2003, suite à l'ascension au pouvoir des libéraux de Jean Charest et à la nomination du nouveau ministre de la Santé, Philippe Couillard, d'importantes transformations au sein du système sociosanitaire ont été annoncées. La réforme, telle qu'annoncée par le ministre, s'inscrivant alors dans le sillage de la volonté gouvernementale de moderniser l'État québécois et de faire de la santé une priorité et ce, dans l'esprit d'améliorer la qualité de façon continue (Rousseau & Cazale, 2007).

Les changements introduits par cette nouvelle réforme visaient à résoudre les problèmes toujours persistants liés à l'accessibilité et à la continuité des services sociaux et sanitaires, dont l'engorgement des urgences, les délais importants des

listes d'attente pour des services spécialisés et la rupture entre les services (Gaumer & Fleury, 2007). Parallèlement, la réforme devait s'attaquer à la gouvernance ainsi qu'à la régulation de ce secteur névralgique de l'État.

S'articulant autour des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services (Rousseau & Cazale, 2007), les principes directeurs de la réforme Couillard se sont actualisés par le biais du renouvellement des façons de faire au plan clinique, notamment par l'instauration du modèle de gestion par projet clinique et d'importantes modifications structurelles. Ainsi, 95 réseaux locaux de services (RLS), 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) – nouvelles corporations issues de la fusion des administrations de CLSC, CHSLD et CHSGS – occupent dorénavant une fonction de coordination dans la nouvelle organisation des services sociosanitaires (Gaumer & Fleury, 2007 ; IGOPP, 2008 ; Rousseau & Cazale, 2007).

Selon Rousseau et Cazale (2007), la rapidité avec laquelle a été adopté l'imposant programme législatif témoigne de la logique structurante sous-jacente de cette réforme. En effet, s'appuyant sur la *Loi sur la gouverne* adoptée en 2001 et sur le projet de loi 90 modifiant le Code des professions (2002), elle s'est aussi dotée d'autres appuis légaux. En l'occurrence, la *Loi sur les agences,* la *Loi du Commissaire à la santé*, le « projet de loi 30 » réduisant le nombre d'accréditations syndicales et instaurant la négociation locale en matière d'organisation du travail et, finalement, la *Loi d'harmonisation* (2005) issue du projet de loi 83 modifiant la LSSSS (CMQ, 2006 ; Gaumer & Fleury, 2007 ; Rousseau & Cazale, 2007). Rousseau et Cazale résument :

> (...) en voulant s'inscrire dans le mouvement de décentralisation amorcé au début des années 1990, tout en s'attaquant à la lourdeur bureaucratique et à une imputabilité mal définie, la transformation se traduit par une réduction de l'autonomie des instances régionales et par une tentative d'aller plus loin dans la décentralisation en matière de décisions opérationnelles en augmentant l'autonomie du palier local. Parallèlement, on veut « éviter l'indiscipline » en remplaçant le respect des règles par une régulation tournée vers l'atteinte de résultats définis en grande partie au palier central. Ainsi, pour beaucoup, la dynamique du changement est apparue paradoxale. (2007, pp. 27-28)

Malgré les effets plus ou moins négatifs observés chez les personnels à la suite des premières fusions hospitalières et des résultats variables de certaines fusions des années 1990, la dernière restructuration du réseau de la santé a tout de même opté pour ce même mécanisme (Rousseau & Cazale, 2007). Ainsi, entre 2003 et 2005, l'importante cure d'amaigrissement a entraîné une diminution de 35 p. cent du parc d'établissements publics de santé et de services sociaux, faisant passer celui-ci de 467 à 304 établissements. Qui plus est, les importantes transformations à sa configuration et à l'organisation des services du réseau ont parallèlement touché 220 000 employés, 467 directeurs généraux, ainsi que près de 10 000 cadres, dont 1 300 cadres supérieurs. Comme l'indiquent Dussault et Dubois (2003), les statistiques du MSSS, entre 1994 et 2001, montrent qu'une réduction de 33 p. cent de l'encadrement avait déjà été réalisée, soit par l'abolition de 3 624 postes de cadres de niveau intermédiaire. C'est d'ailleurs dans cette foulée qu'une étude sur la qualité de vie au travail des cadres supérieurs du réseau a été effectuée en 2000 par Morin qui explique :

> Les cadres supérieurs de ces établissements ont eu leur lot de problèmes à résoudre. D'une part, à l'égard des usagers, il leur fallait maintenir les services ou à tout le moins empêcher l'inacceptable de se produire. D'autre part, à l'égard des personnes à l'emploi des établissements (cadres de premier niveau, personnel professionnel, technique et autres), il leur fallait trouver des réponses, inventer de nouvelles façons de faire, réorganiser le travail. C'est

> donc dans ce contexte que le Ministère de la Santé et des Services sociaux commandita une enquête scientifique sur la qualité de vie des cadres supérieurs au début de l'an 2000. (2003, p. 2)

Un échantillon de 582 cadres supérieurs du réseau québécois d'établissements de santé et de services sociaux ont participé à cette enquête, représentant un taux de réponse de 42,2 p. cent[15]. Ceux-ci ont alors fourni certains renseignements personnels et professionnels et répondu à un questionnaire portant sur le sens du travail et les facteurs de satisfaction reliés à la qualité de vie au travail, ainsi que sur la santé mentale et le bien-être psychologique (Morin, 2003).

D'après les résultats obtenus, 64 p. cent des cadres ont dit s'être sentis relativement heureux au cours de la dernière année, 36 p. cent se sont sentis moins heureux, alors que 17,6 p. cent se sont sentis mal (Morin, 2003). À partir d'une échelle mesurant la détresse psychologique, soit l'IDPSQ, les résultats ont démontré que 21, 9 p. cent des cadres ont présenté des symptômes de détresse psychologique sévère au cours de la semaine précédant l'étude. De plus, Morin (2003) mentionne qu'au cours de cette même période, 37 p. cent souffraient de symptômes d'anxiété sévère, c'est-à-dire un taux deux fois supérieur à celui de la population en général, et que 28 p. cent des répondants présentaient des symptômes d'irritabilité (comparativement à 20 p. cent dans la population en général)[16]. En outre, 40 p. cent des répondants présentaient un indice de bien-être psychologique faible à moyen depuis au moins un an (Morin, 2003).

---

[15] Représentativité : 50,7 p. cent d'hommes et 49,3 p. cent de femmes ; âges variant entre 29 et 66 ans, $M = 48{,}4$ ans, $ÉT = 5{,}6$ ans (Morin, 2003).
[16] *Ibid.*

Ainsi, les nouvelles exigences en matière de services de santé et de services sociaux auxquelles sont confrontés les cadres pourraient expliquer, en partie, cette situation. En effet, la responsabilité populationnelle, les garanties concernant l'accès, la continuité et la qualité des services se sont ajoutées à la tâche des cadres d'établissements sociosanitaires au même moment où leur nombre diminuait considérablement.

Par ailleurs, Rousseau et Cazale (2007) soulignent que l'imputabilité fondée sur les résultats dans un cadre de gestion par programmes-clientèles, impliquant les partenaires, constitue un défi de taille pour les gestionnaires. L'établissement de lignes hiérarchiques et la mobilisation de personnes appartenant à des professions et des organisations différentes vers un objectif commun en sont un exemple. À ce sujet, Rousseau et Cazale (2007) écrivent :

> Toute transformation impose aux ressources humaines des adaptations et porte en soi l'enjeu de la résistance au changement. (...) l'implication du personnel est requise pour imprégner le changement souhaité, mais on ne sait pas comment les pénuries viendront agir sur cette implication (CSN, 2005 ; Richard, 2005). Pour obtenir les bénéfices de la transformation, notamment en raison des fusions, il faut des investissements substantiels dans la gestion du changement, mais il faut aussi être conscient que les avantages prendront du temps à se manifester. (p. 32)

Force est de constater que la facture d'une telle réforme implique par conséquent une redéfinition du rôle de chef d'organisation (Dussault & Dubois, 2003), soit, notamment, de passer d'une fonction essentiellement exécutive à celle de coordonnateur et de rassembleur favorisant le partage d'une vision commune, l'innovation et la mobilisation des acteurs face au changement afin de permettre à chacun de prendre part à la réussite du projet. Certes, il est possible de percevoir la parenté entre les qualités que requiert le nouveau rôle de gestionnaire et celles qui

sont associées au leadership transformationnel. Les résultats des recherches de Bass (1985) et de Pillai et Williams (2004) ont montré une relation positive entre le leadership transformationnel et les comportements organisationnels positifs (Rinfret, 2010). De plus, certaines recherches ont établi l'existence de relations positives entre le leadership transformationnel et la satisfaction au travail des subordonnés (Rad & Yarmohammadian, 2006), ainsi qu'avec la diminution de leur stress au travail et le maintien de leur bien-être psychologique (Arnold, Turner, Barling, Kelloway & McKee, 2007 ; Bass, 1998)[17].

L'intérêt pour les travaux portant sur le style de leadership a conduit Rinfret, en 2006, à s'intéresser aux effets bénéfiques associés à l'utilisation d'un leadership transformationnel par un directeur général, à la fois pour son entourage organisationnel et pour lui-même. S'inscrivant au tournant de la dernière réforme en santé, Rinfret a entrepris une étude lui permettant de vérifier si les directeurs généraux possédaient le style de leadership favorisant la conduite d'un tel changement et l'impact de leur leadership sur la qualité de vie au travail de leurs collaborateurs. Les résultats obtenus par le biais de cette recherche ont d'ailleurs corroboré les travaux menés par les différents auteurs précédemment cités (Rinfret, 2010).

[17] *Ibid.*

*Pertinence du projet et question de recherche*

Pourquoi s'intéresser à la santé mentale? Comme l'indiquent Houtman et Kompier (2000), les statistiques de nombreux pays révèlent qu'un nombre significatif de personnes quittent leur emploi parce qu'ils sont aux prises avec des problèmes de cette nature. Ces auteurs poursuivent par ailleurs en indiquant que les problèmes de santé mentale comportent des coûts élevés, tant au plan humain que financier. Enfin, ils insistent sur la profitabilité que peut amener la prévention des problèmes à la source.

Pourquoi alors s'intéresser à la santé mentale des cadres du réseau sociosanitaire du Québec ?

Jusqu'ici, notre objectif a été de tracer un portrait du contexte dans lequel travaillent les gestionnaires du réseau. Ainsi, il ressort que l'ampleur et la rapidité des changements qui ont eu cours au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec entre 2000 et 2006 ont modifié et complexifié l'organisation et les conditions d'exercice et, de façon inévitable, affecté la qualité de vie au travail de certains groupes d'acteurs du réseau, notamment chez les cadres (Dussault & Dubois, 2003 ; Morin, 2003). De plus, comme l'informe Freudenberger (2000), « les aspects affectifs et thymiques liés au travail prennent une importance croissante à mesure que l'environnement professionnel devient plus complexe » (p. 5.17). Un sondage réalisé par Fabi, Lacoursière et Proulx (2000) auprès de cadres a révélé que ceux-ci semblent investir davantage de temps pour s'acquitter de leurs fonctions si l'on considère qu'ils travaillent en moyenne plus de 45 heures par semaine. Ce même sondage indique en outre que près de la moitié des répondants n'a pas été rémunérée

pour le temps supplémentaire effectué et qu'autant ont été dans l'obligation d'écourter leur période normale de vacances de un à 19 jours (cité dans Dussault et Dubois, 2003). Selon la Commission Clair (2000), la surcharge de travail, la croissance et la complexification des besoins de services sociosanitaires et les pénuries de personnel sont autant de facteurs pouvant contribuer à créer une situation de risque élevé pour la santé physique et mentale des travailleurs. De plus, le rapport des commissaires souligne que ces facteurs favorisent l'entretien du sentiment d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité dans les établissements du réseau et que la détresse psychologique domine les causes d'absentéisme chez le personnel. D'après les travaux de Houtman et Kompier (1995, 2000), les directeurs, les cadres de direction ainsi que les gestionnaires sont, en général, les professionnels dont le risque de stress et de maladie mentale est le plus élevé.

En 2006, Rinfret a effectué une première recherche auprès d'un échantillon de cadres et de DG du réseau québécois de la santé. Récemment, cette étude a été reconduite auprès de l'ensemble du personnel d'encadrement du réseau sociosanitaire québécois. Ce projet offrira, entre autres, d'étudier à nouveau les liens entre l'intelligence émotionnelle et le style de leadership et la santé mentale auprès d'un échantillon d'envergure. Ce projet de mémoire s'inscrit dans le prolongement de la première recherche.

Ce mémoire poursuit principalement trois objectifs. Le premier est d'étudier le lien entre la détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et le leadership de leur supérieur. Le second objectif est de déterminer quel est le niveau

de détresse psychologique au travail des cadres intermédiaires, alors que le troisième est de valider un modèle prédictif de la détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires du réseau.

*Contexte théorique*

## Première partie : état des connaissances

### *Définitions : santé et santé mentale.*

En 1948, les 191 états membres de l'Organisation mondiale de la santé ont approuvé la définition de la santé telle que formulée par l'OMS en 1946. Selon cette dernière, la santé correspond à « (…) un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[18]. L'Organisation mondiale de la santé mentale (OMSM, 2008) quant à elle propose une définition de la santé mentale qui se lit comme suit :

> (…) une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un *équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique*. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui *fluctue sur un continuum*, comme la santé physique.[19] [ajout personnel des italiques]

Pour sa part, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) suggère également une définition et précise comment la santé mentale peut s'apprécier.

> La santé mentale, définie brièvement comme l'état *d'équilibre psychique* d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : *le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu.* Elle résulte *d'interactions entre des facteurs de trois ordres :* des facteurs *biologiques*, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs *psychologiques*, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des *facteurs contextuels*, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont *en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique* chez la personne[20]. [ajout personnel des italiques]

---

[18] OMS, 1948.
[19] Document électronique récupéré de www.acsm-ca.qc.ca
[20] *Ibid.*

Plusieurs communautés de vues ressortent entre les définitions proposées par ces différents organismes. Premièrement, chacune considère les dimensions physiologique, psychologique et environnementale comme parties intégrantes et déterminantes de la santé des individus, ce à quoi souscrivent également Houtman et Kompier (2000). De plus, les définitions convergent quant au principe d'évolution dynamique où les composantes des différents ordres sont en interaction. Enfin, toutes s'entendent sur le fait que la bonne santé, globale ou mentale, traduit l'équilibre entre les composantes et qu'un conflit entre ces dernières peut agir négativement sur le niveau de santé de la personne.

Nonobstant le fait qu'un nombre significatif d'études sur la santé mentale au travail ont été menées au cours des dernières années, la communauté scientifique n'est pas encore arrivée à produire une définition claire et unanimement acceptée dudit concept (Houtman & Kompier, 2000). Toutefois, force est de constater que les recherches qui s'intéressent aux problèmes liés à la santé mentale au travail abordent souvent le sujet à partir des concepts de stress professionnel, de bien-être psychologique, d'épuisement professionnel, de dépression et d'anxiété (Beaton, 2000 ; Lasser & Kahn, 2000). Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair et Battaglini (1998) expliquent :

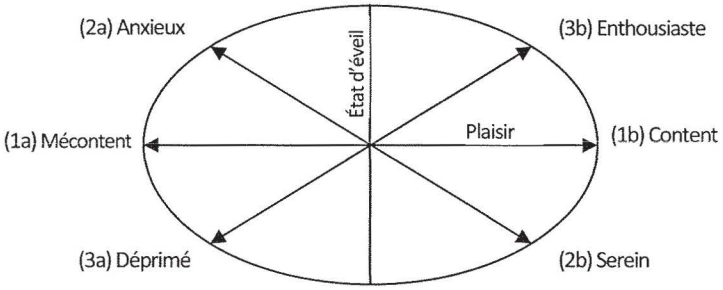
> La détresse et le bien-être psychologique ne sont ni les pôles opposés d'un concept latent unique et unifactoriel ni des concepts complètement indépendants, mais plutôt deux dimensions corrélées d'un construit latent bidimensionnel de santé mentale. (p. 352)

Avant d'aller plus loin, il semble utile d'apporter quelques précisions quant au concept de bien-être psychologique. D'abord, selon la définition de Massé et al. (1998) le bien-être psychologique est, comme la détresse, une dimension de la santé

mentale et qu'il ne représente pas le pôle opposé de la détresse. Selon ces auteurs, le bien-être mental s'incarne généralement à travers l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et des évènements et le bonheur (Massé et al., 1998).

Houtman et Kompier (2000) se réfèrent, quant à eux, au modèle de Warr (1994) (*cf.* Figure 1) pour expliquer le bien-être psychologique (affectif). Selon eux, l'intérêt de ce modèle vient des différentes possibilités qu'il offre pour aborder le bien-être. Entre autres choses, le modèle de Warr permet d'étudier le bien-être en fonction de deux niveaux distincts : 1) le plaisir et 2) l'état d'éveil (ou stimulation mentale). La Figure 1 illustre de quelle façon le degré de plaisir ou de déplaisir peut s'accompagner d'une stimulation mentale faible ou élevée, agréable ou désagréable. Comme Warr (2000), Houtman et Kompier (2000) regrettent que la plupart des études utilisent strictement l'axe horizontal pour comprendre le bien-être affectif au travail – en termes de satisfaction professionnelle allant de satisfait à insatisfait – et que les affects associés à la stimulation mentale soient délaissés alors qu'ils peuvent potentiellement révéler « une satisfaction professionnelle résignée chez une personne ne se plaignant pas de son travail, mais se montrant apathique et désintéressée » (p. 5.3).

Figure 1. Les trois grands axes du bien-être affectif (Warr, 1994)




À propos de la détresse psychologique, Camirand et Nanhou (2008) écrivent qu'elle résulte « d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété » (p. 1). Ses quatre modalités d'expression sont l'auto-dévalorisation, l'irritabilité-agressivité, l'anxiété-dépression et le désengagement social (Camirand & Nanhou, 2008 ; Massé et al., 1998).

En résumé, la santé mentale peut être abordée comme le produit d'un processus dynamique dans lequel une quantité importante de composantes liées aux dimensions physique, psychique et environnementale sont en interaction de façon continue. De fait, certains stimuli provenant de l'une ou l'autre de ces dimensions peuvent influencer l'équilibre et, ultimement, favoriser le développement de divers problèmes de santé psychologique, voire même conduire à une maladie mentale.

Les connaissances en matière de santé mentale permettent de voir qu'il existe une quantité importante d'étiologies associées au contexte environnemental. Avant de présenter les grands modèles théoriques qui mettent en relation ces différentes

étiologies, quelques-uns des problèmes les plus importants liés à la santé psychologique des travailleurs seront exposés dans les prochains paragraphes.

### *Typologie des affections à la santé psychologique*

#### *Le stress*

En regard du stress, Brun et Martel (2003) expliquent que « tous les évènements qui modifient nos habitudes de vie sont susceptibles de nous faire vivre du stress. Il peut s'agir d'évènements liés au travail, à notre vie personnelle ou à notre vie familiale » (p. 7). Or, le stress n'est pas seulement le produit d'évènements malheureux ; il peut également être l'effet d'une expérience heureuse (Brun & Martel, 2003), ce qui implique, conséquemment, la difficulté de prédire si une situation précise sera génératrice d'un stress bénéfique (eustress) ou dommageable pour une personne (Brun & Martel, 2003 ; Levi, 2000 ; Selye, 1974). À cet égard, Brun et Martel (2003) insistent sur le fait qu'il s'agit d'abord d'une question de perception et d'évaluation que fait l'individu de la situation. Dès lors, celui-ci peut percevoir l'évènement soit comme un défi qu'il est en mesure de relever, soit comme une source de motivation et d'énergie permettant de passer à l'action. À l'opposé, la personne peut ressentir un stress pouvant agir négativement sur sa santé s'il estime ne pas posséder les ressources nécessaires pour faire face à la situation. « Une situation de stress occupationnel se produit quand les demandes ou les contraintes liées au travail excèdent les ressources de l'employé » (Brun & Martel, 2003, p. 7).

La littérature portant à la fois sur le monde des organisations et les problèmes de santé mentale montre que ces derniers sont souvent associés au stress professionnel (Beaton, 2000 ; Braverman, 2000 ; Freudenberger, 2000). Pour Freudenberger

(2000), le stress professionnel « suppose une interaction entre l'individu et son milieu de travail, situation qui comporte des exigences, des contraintes ou des attentes, ou qui appelle un certain comportement et des réactions conséquentes » (p. 5.17). Qui plus est, selon certains auteurs, dont Caplan (2000) et Levi (2000), l'interaction des dispositions génétiques ainsi que l'inadéquation subjective ou objective entre l'individu et son environnement – au travail ou à l'extérieur – expliquent le stress. En fait, la surcharge quantitative, le vide qualitatif d'un emploi restreint et peu stimulant, les conflits de rôles, l'absence de marge de manœuvre dans le travail ou de soutien social sont parmi les principaux facteurs organisationnels pouvant être à la base de cette inadéquation (Caplan, 2000 ; Corneil, 2000 ; Frankenhaeuser, 2000 ; Ganster, 2000 ; Jex, 2000 ; Karasek, 1979, 2000 ; Karasek & Theorell, 1990 ; Levi, 2000 ; Smith, 2000).

À l'instar des considérations qui émanent des définitions de la santé mentale citées précédemment (CSMQ, 2008 ; OMSM, 2008), Brun et Martel (2003) présentent les différentes voies par lesquelles se manifestent généralement le stress et les réactions physiques et psychologiques, tels que des affects dépressifs, le désespoir, l'anxiété ou le découragement. L'insomnie (Shirom, 2000), l'absentéisme (Brun & Martel, 2003 ; Shirom, 2000), l'agressivité, le désintérêt ou la perturbation des relations interpersonnelles (Brun & Martel, 2003) figurent parmi les réactions comportementales qui traduisent l'occurrence de stress professionnel. Des recherches en matière de santé et de sécurité au travail ont, par ailleurs, permis de relier le stress professionnel à des maladies d'ordre physiologique pouvant avoir des effets chroniques sur la santé physique des individus, notamment de nature cardio-

vasculaire (Steptoe & Pollard, 2000 ; Theorell & Johnson, 2000), gastro-intestinale (Steptoe & Pollard, 2000 ; Suls, 2000) et immunologique (Ursin, 2000).

*Le syndrome d'épuisement professionnel*

Freudenberger (2000) décrit l'épuisement professionnel comme « un sentiment de détérioration et d'exhaustion progressives suivi d'une baisse d'énergie » (p. 5.17). La démotivation et le sentiment de profonde lassitude accompagnent généralement cet état (Freudenberger, 2000). Selon lui, il s'agit d'une forme de stress qui se développe de façon insidieuse et lente se manifestant tant sur les plans physiques, c'est-à-dire par des manifestations psychosomatiques, la perturbation du sommeil et une fatigue extrême, que psychiques et comportementaux. « L'épuisement professionnel se manifeste souvent par une grande irritabilité, des problèmes sexuels (impuissance ou frigidité), une tendance aux critiques incessantes, de la colère et un faible seuil de tolérance à la frustration (Freudenberger, 1984, cité dans Freudenberger, 2000). La perte de la confiance en soi, l'abaissement de l'estime de soi, le détachement, la dépression, la variabilité de l'humeur, l'incapacité de se concentrer, le pessimisme et le cynisme sont autant de signes affectifs et thymiques associés au syndrome d'épuisement professionnel (Freudenberger, 2000).

*La dépression et l'anxiété*

La dépression occupe une place prépondérante parmi les problèmes de santé mentale au travail en raison de l'ampleur de sa prévalence, de ses impacts sur les activités professionnelles, mais également de l'effet de ces dernières sur la maladie (Lasser & Kahn, 2000). De fait, les symptômes les plus fréquemment rencontrés lors de difficultés professionnelles sont ceux liés aux caractéristiques dépressives

(Freudenberger, 2000). La dépression se définit en termes de sentiments négatifs, de pensées autodestructrices, de fatigue émotionnelle et du retrait social (Leiter & Durup, 1994).

Depuis le début des années 1990, on observe une croissance du nombre de cas de troubles anxieux dans les milieux professionnels plaçant ces derniers parmi les troubles de santé psychologique au travail ayant « la plus forte prévalence » (Beaton, 2000, p. 5.12). L'état anxieux se définit comme un sentiment transitoire résultant du stress et qui se manifeste par de la tension, de la nervosité, de l'appréhension et de l'inquiétude. Rappelons que de façon analogue à la santé mentale, la détresse psychologique est un construit s'appuyant à la fois sur la dépression et l'anxiété (Massé et al., 1998).

Certes, si l'anxiété et la dépression sont deux dimensions majeures de la détresse psychologique, les études factorielles ont démontré que les symptômes d'irritabilité et certaines manifestations liées aux cognitions négatives s'observent généralement chez les personnes vivant de la détresse psychologique (Martin, Sabourin & Gendreau, 1989, cité dans Deschesnes, 1998).

*Principaux modèles théoriques de la santé mentale au travail*

Tel que précisé antérieurement, la santé mentale au travail ne se réduit pas à un construit unidimensionnel, mais plutôt à un construit pluridimensionnel pouvant subir l'influence de multiples facteurs. Différents modèles théoriques ont été développés pour mieux comprendre les facteurs étiologiques rattachés à ses différentes dimensions. Au cours de cette section seront présentés quelques-uns des principaux modèles qui s'intéressent à l'impact des antécédents psychosociaux et organisationnels sur la santé mentale des travailleurs.

*Modèle de Selye (1956) – la réponse d'adaptation*

Ce modèle se fonde sur une conception dite médicale du stress puisqu'il offre une compréhension biocomportementale de la réponse au stress (Nasse & Légeron, 2008). En effet, ce modèle analyse certaines déformations en soutenant l'hypothèse que le stress corresponde à la réponse de l'organisme face aux demandes qui lui sont faites en rapport avec les exigences induites à l'intérieur ou à l'extérieur du contexte professionnel (Dumond, 2007 ; Nasse & Légeron, 2008). Selon Nasse et Légeron (2008), la réponse organique peut alors emprunter la voie biologique, physiologique, cognitive ou émotionnelle. Le modèle soutient l'idée que les conséquences néfastes sont le produit d'un épuisement créé par la chronicisation des réponses de l'organisme à une situation devant laquelle il ne peut s'adapter en raison d'un dépassement de ses capacités (Nasse & Légeron, 2008).

*Modèle de Lazarus (1956) – Modèle transactionnel*

Au cours de cette même période du XXe siècle, une autre approche définit le stress en termes de transactions entre l'individu et son environnement (Lazarus,

1990). S'inspirant des sciences cognitives, particulièrement de la psychologie cognitive, Lazarus a développé son modèle dans le but de mieux comprendre le stress en regard des facteurs environnementaux, mais également en tenant compte des composantes intrinsèques de l'individu (Nasse & Légeron, 2008). Ici, l'hypothèse centrale est que le stress est provoqué par une double évaluation faite par l'individu faisant face à une situation inconfortable. Tout d'abord, la personne procède à une évaluation « primaire » du danger ou de la menace potentielle pour ensuite évaluer ses propres ressources, soit l'évaluation secondaire, en vue de déterminer si celles-ci lui permettent ou non d'affronter la situation embarrassante (Nasse & Légeron, 2008). En résumé, selon le modèle de Lazarus, tant la situation stressante que l'évaluation négative des ressources personnelles peuvent s'avérer nocives pour la santé psychologique d'une personne.

À la suite du développement de ces premiers modèles élaborés dans le but de mieux comprendre le stress, l'identification de certaines variables intermédiaires a permis de distinguer les sources de stress de nature individuelle ou personnelle à celles de nature organisationnelle (Cartwright, Cooper & Murphy, 1995). Quatre principaux antécédents organisationnels pouvant influencer le niveau de stress et, concomitamment, la santé psychologique des employés ont été proposés par les chercheurs : les exigences, l'autonomie, la reconnaissance au travail et le soutien social (Karasek, 1979 ; Karasek & Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996).

*Modèle de Karasek (1979) – Exigences/autonomie*

S'appuyant sur les attributs psychosociaux du travail, c'est-à-dire « les contraintes psychologiques liées à l'emploi et la résultante née de la maîtrise des tâches et de la

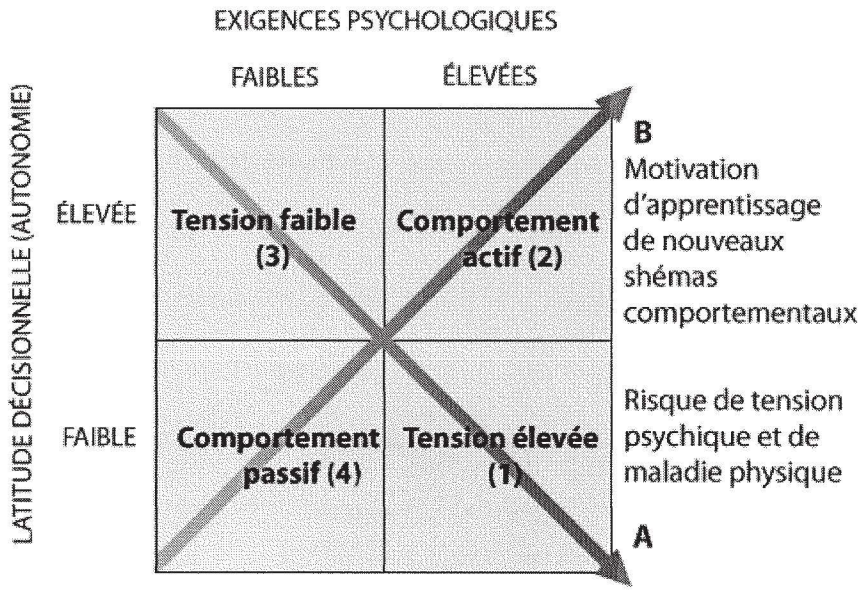
libre utilisation des compétences *(la latitude décisionnelle)* » (Karasek, 2000, p. 34.6), un nouveau modèle théorique a été développé par Karasek en 1979. Ce modèle vise les milieux de travail dans lesquels s'observe une chronicité des facteurs de stress, sans toutefois que ces derniers mettent la vie du travailleur en danger, résultant « de la sophistication du processus de décision dans l'entreprise »[21]. D'après ce modèle, le stress découle d'une tension provoquée par un déséquilibre entre les demandes faites à l'individu et les ressources dont ce dernier dispose pour y répondre (Karasek, 1979 ; Karasek & Theorell, 1990), d'où l'hypothèse selon laquelle une forte pression exercée par des contraintes psychologiques élevées du travail (demandes ou exigences) et un faible pouvoir décisionnel ou une faible autonomie dans l'emploi favorise le développement d'un niveau élevé de détresse psychologique, d'anxiété ou de dépression chez l'individu (Brun et al., 2003 ; Karasek, 2000). Suivant cette logique, les activités professionnelles les plus néfastes en termes de stress sont celles qui cumulent une forte demande et un faible contrôle. Cependant, le modèle fait voir que l'impact de la demande du travail peut être réduit par un fort contrôle qu'exerce l'individu sur son travail (*cf.* Figure 2).

*Karasek & Theorell (1990) – Exigences/autonomie/soutien social*

Par leurs travaux, Karasek, Triantis et Chaudhry (1982) ont cherché à comprendre comment le soutien social peut jouer un rôle modérateur dans la relation entre la demande psychologique du travail et la latitude décisionnelle. Karasek et al. (1982) laissent entendre que les impacts négatifs de la tension ressentie dans le cadre du

[21] *Op.cit.* p. 34.6

Figure 2. Modèle exigences/autonomie de Karasek (1979)[22]




travail sont moindres si l'employé peut compter sur l'appui de ses pairs et de son supérieur. Ainsi, à la version originale du modèle exigences/autonomie (traduction de *demand/control*) une troisième variable a été intégrée au modèle, soit le soutien social[23] (Karasek & Theorell, 1990). Si de nombreuses études empiriques portant sur les affections chroniques ont permis de vérifier l'hypothèse du modèle conçu par Karasek en 1979 (exigences/autonomie), d'autres ont révélé l'effet isotenseur produit par un faible soutien social (Karasek, 2000). Dans cette perspective, les supérieurs et les collègues de travail peuvent jouer un rôle important quant à la santé mentale des individus puisqu'ils constituent une source de soutien social particulièrement importante dans le contexte professionnel. Selon Joly (2003), ceux-ci en représentent, en effet, le principal moteur, tant au niveau instrumental (comme pourvoyeurs de ressources matérielles en cas de besoin) qu'au plan émotionnel.

[22] Adapté de Karasek (2000).
[23] Le terme *soutien social* est la traduction française de « support », or il est possible de le rencontrer même dans les écrits francophones malgré que le sens soit plus ou moins fidèle.

Conformément à la logique sous-jacente du modèle de Karasek et Theorell (1990), Nasse et Légeron (2008) expliquent que l'union de fortes exigences et d'un faible contrôle (autonomie) à laquelle s'ajoute l'absence de soutien social « représente la situation la plus délétère pour l'individu en terme de risque pour sa santé » (p. 12).

Si le modèle théorique permet de comprendre les effets des facteurs de tensions susmentionnés sur la santé mentale des subordonnés, il s'avère, selon un de ces concepteurs, inapplicable pour les postes de directions. En effet, Karasek (2000) explique :

> (...) les cadres et les travailleurs intellectuels sont-ils soumis à un stress modéré, et non pas maximal, comme on a souvent tendance à le croire. Si les cadres de direction sont soumis à un stress indéniable en raison des contraintes psychologiques qui sont l'apanage de ce type de poste, il apparaît que la fréquence des décisions à prendre et la faculté de décider comment faire le travail constituent un important modérateur de stress. Certes, au niveau le plus élevé, la principale sollicitation psychologique des postes de direction est la prise de décision, qui est un cas de figure où le modèle « exigences/autonomie » ne s'applique plus. (p. 34.9)

À cet égard, une étude effectuée auprès de cadres de la fonction publique canadienne a effectivement révélé que l'effet tampon le plus efficace sur le stress pouvant, ultimement, conduire à la détresse psychologique ne provient pas du soutien social, mais plutôt du contrôle (autonomie) (APEX, 1997).

*Le modèle de Siegrist (1996) – Efforts/reconnaissance*

Ce modèle précise à partir de quel moment le travail peut entraîner une détresse psychologique, c'est-à-dire lors d'un déséquilibre entre les efforts fournis dans le cadre du travail et la récompense en termes d'argent, reconnaissance, d'estime personnelle et de statut (Harvey, Courcy, Petit, Hudon, Teed, Loiselle & Morin, 2006). C'est dans ce cas que s'active le système nerveux autonome et que survient le

stress (Siegrist, 1996). Plusieurs chercheurs se sont intéressés au modèle *effort-reconnaissance* de Siegrist (1996) en raison de sa capacité à bien reconnaître les éléments liés au bien-être chez les travailleurs et de sa validité prouvée par de nombreuses études (Niedhammer & Siegrist, 1998 ; Niedhammer, Siegrist, Landre & Goldberg, 2000).

En outre, bien que le modèle proposé par Siegrist (1996) aborde la tension au travail à partir des efforts et de la reconnaissance, il s'inscrit, comme le modèle précédent, dans une approche psychosociale des problèmes de santé chez les travailleurs. En effet, ces deux modèles démontrent avec insistance que les relations interpersonnelles jouent un rôle majeur sur la santé mentale des travailleurs. De fait, certaines analogies apparaissent entre les modèles de Siegrist (1996) et de Karasek et Theorell (1990), notamment par rapport à la reconnaissance et le soutien social, entre les concepts liés à l'effort et les exigences du travail.

*Critique des modèles de la tension au travail*

Les modèles de la tension au travail (Karasek & Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996) ont amplement contribué à identifier certains antécédents organisationnels portant atteinte à la santé des personnes (Joly, 2003). La recension des écrits permet de constater que ces modèles théoriques prédominent dans les recherches et continuent de susciter l'intérêt d'une grande quantité de chercheurs qui s'en inspirent pour mener leurs travaux. Selon Karasek (2000), cela tient possiblement du fait que de nombreuses recherches empiriques ont validé les liens décrits par ces modèles, notamment celles de Kristensen (1995), de Landsbergis, Schurman, Israel, Schnall, Hugentobler, Cahill et Baker (1993) et de Schnall, Landsbergis et Baker (1994) (cité

dans Karasek, 2000). En revanche, d'autres études ont, soit réfuté ces deux modèles (Fletcher & Jones, 1993), soit critiqué leur caractère causal et leur insistance sur un nombre limité de variables (Gangster, 1995). Sur ce dernier point, Brun et al. (2003) indiquent :

> (...) une des conséquences de l'utilisation de ces modèles est que les variables dépendantes et indépendantes à l'étude dans ces recherches sont déterminées par un modèle limitant le nombre de variables considérées. (p. 12)

Partageant le point de vue de Brun et al. (2003), il appert qu'en dépit de leur validité scientifique, aucun de ces modèles ne permet d'expliquer à lui seul la totalité de la problématique du stress au travail (Nasse & Légeron, 2008).

*Modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003)*

Dans leur article intitulé *Santé psychologique et stress au travail : une approche positive*[24], Nelson et Simmons (2003) proposent un modèle théorique original (Figure 3). Bien qu'ils optent pour une approche holistique du phénomène de stress au travail, Nelson et Simmons partagent néanmoins l'idée de certains autres modèles théoriques qui lient les stimuli physiques ou psychologiques des facteurs stressogènes aux exigences inhérentes au rôle, au travail physique, aux relations, aux politiques de l'organisation et aux conditions de travail.

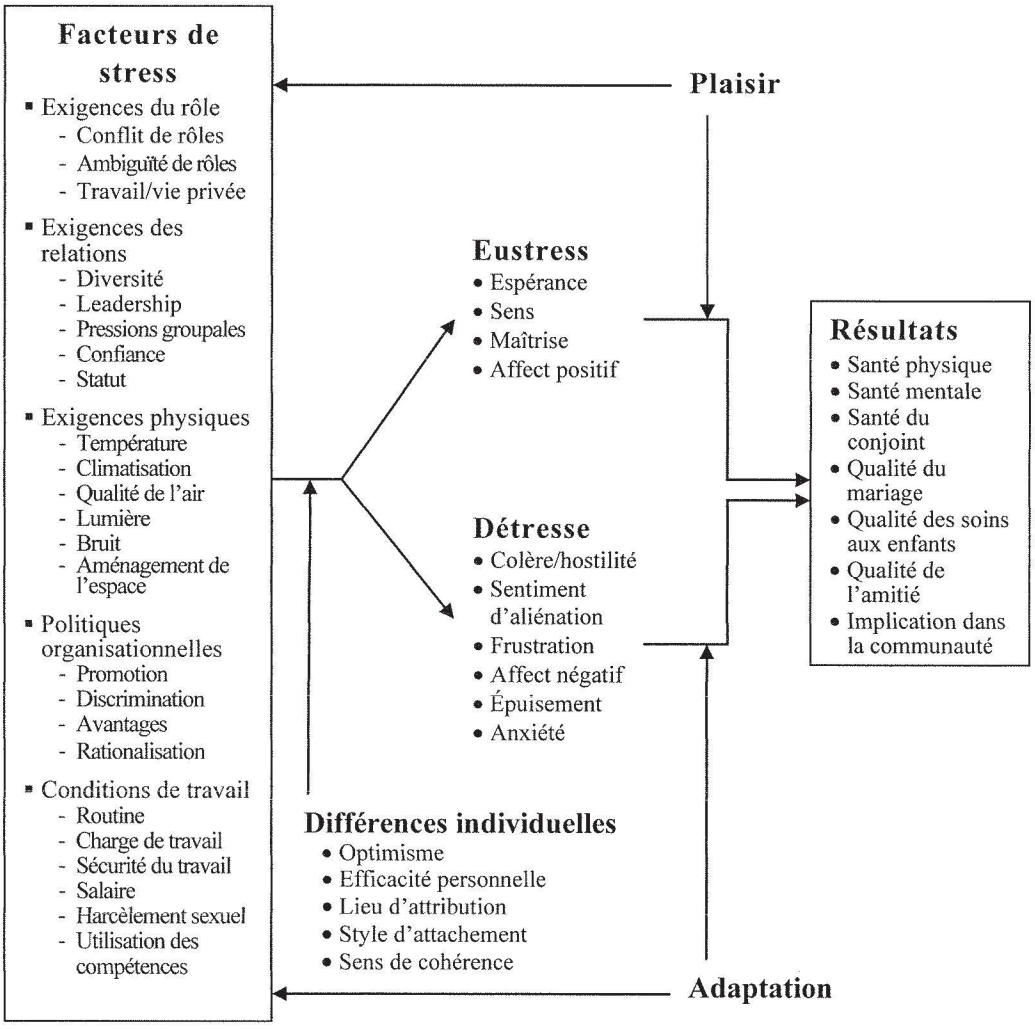
Le caractère novateur de leur modèle vient de sa considération de la complexité du phénomène de réponse au stress. À l'instar de Selye[25], Nelson et Simmons (2003) soutiennent que les individus peuvent réagir à des stimuli de façon positive (eustress) et négative (détresse). Selon eux, les caractéristiques personnelles de l'individu telles

---

[24] Traduction libre.

[25] Hans Selye fut le premier a parlé du concept d'*eustress*. Voir Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Montréal : Les Éditions La Presse, 175 pages.

Figure 3. Modèle holistique du stress de Nelson & Simmons (2003)[26]




que l'efficacité personnelle, le site d'attribution (*locus of control*) et la confiance en soi jouent un rôle modérateur sur les conséquences des stimuli rencontrés (Nelson & Simmons, 2003).

Contrairement aux critiques faites quant au nombre restreint de variables sur lesquelles s'articulent les précédents modèles (Karasek & Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996), le modèle de Nelson et Simmons (2003) permet d'étudier le stress à partir

[26] Adapté de Nelson et Simmons (2003, p. 102). [traduction libre]

d'une plus grande quantité de variables. Or, si ce modèle illustre à la fois le dynamisme et la complexité du processus du stress, ainsi que l'implication de différents déterminants, il ne permet toutefois pas d'identifier un quelconque ordre séquentiel entre les différents facteurs.

*Synthèse des connaissances relatives à la santé mentale au travail*

Tel que présenté au cours du présent chapitre, la santé mentale au travail a été le plus souvent abordée à partir des théories du stress professionnel. Si plusieurs recherches ayant eu lieu au cours des dernières années ont identifié une grande quantité d'antécédents directement liés à l'emploi, notamment la charge de travail, les horaires de travail, l'autonomie et le contrôle, la définition et la surcharge des rôles, ainsi que l'incertitude liée à l'avenir professionnel (Frankenhaeuser, 2000 ; Ganster, 2000 ; Ivancevich, 2000 ; Jex, 2000 ; Karasek, 1976, 2000 ; Karasek & Theorell, 1990 ; Monk, 2000), d'autres ont quant à elles misé sur l'étude des facteurs macro-organisationnels pouvant avoir une incidence sur la santé des travailleurs, comme le style de gestion, le climat et la culture organisationnelle, les relations interpersonnelles au travail, le soutien des supérieurs et des collègues et le sens du travail (Blais & Brière, 2002 ; Cartwright & coll., 1995 ; Cooper & Marshall, 1978 ; Cooper & Smith, 2000 ; Danna & Griffin, 1999 ; Karasek, 1979, 2000 ; Karasek & Theorell, 1990 ; Morin, 2003, 2008 ; Pelletier & Vallerand, 1996 ; Sauter, Murphy & Hurrell, 2000 ; Siegrist, 1996 ; Rousseau, 2000 ; Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson & McGrath, 2004). Enfin, des études ont récemment examiné l'effet de certaines composantes individuelles et intrinsèques comme l'autodétermination, le sentiment d'efficacité personnelle, l'estime de soi, le locus de contrôle (interne et

externe), le sentiment de justice organisationnelle et la perception d'équité sur la santé psychologique des personnes (APEX, 2008 ; Bandura, 2007 ; Blais & Brière, 2002 ; Morin, 2008 ; Murphy & Hurrell, 2000 ; Rinfret & Ngo Manguelle, 2007 ; Ouellette, 2000 ; Pelletier & Vallerand, 1996 ; Schaubroeck, 2000).

Rappelons, par ailleurs, la dominance des modèles de Karasek et Theorell (1990) et de Siegrist (1996) qui s'inscrivent dans une perspective sociale, psychologique et physiologique du stress. De façon générale, contrairement aux modèles classiques dont fait partie celui de Karasek et Theorell à qui, rappelons-le, certains reprochent le caractère causal et son insistance sur un nombre restreint de variables pour expliquer les phénomènes relatifs à la santé psychologique, le dernier modèle présenté propose une approche beaucoup plus intégrative du stress. Nelson et Simmons (2003) ont conçu un modèle théorique abordant le phénomène à partir d'une perspective de causalité circulaire alors que la plupart des modèles qui lui sont antérieurs suivent une logique linéaire. Ainsi, en plus de prendre en compte un plus large éventail de facteurs, celui-ci illustre plus efficacement le processus dynamique du stress dans lequel ces derniers entrent en interaction et s'influencent mutuellement. De notre point de vue, une autre caractéristique ajoutant à l'intérêt du modèle holistique du stress vient de sa capacité à montrer qu'en plus d'emprunter les voies psychologique, physiologique ou comportementale, la réponse aux agents stressogènes peut également prendre une issue positive ou négative, c'est-à-dire par l'eustress ou la détresse.

*Nouvelles considérations pour la recherche*

Les impacts liés aux phénomènes de stress, de dépression et d'anxiété ont été exposés au cours de notre introduction. Rappelons que ces impacts sont majeurs puisqu'ils s'additionnent à certaines problématiques avec lesquelles les organisations doivent composer. Ces phénomènes préoccupent les dirigeants d'organisations et expliquent sans doute le nombre croissant de travaux s'intéressant aux impacts des facteurs psychosociaux sur la santé des travailleurs, notamment ceux du secteur public. À titre d'exemple, en 2002-2003 les indemnisations du régime d'assurance salaire pour le personnel des établissements de santé et de services sociaux québécois ont été de 260 millions de dollars, dont 40 p. des absences étaient pour des problèmes de santé mentale (MSSS, 2005b).

La prochaine section fournie d'abord les connaissances constituant les assises de notre cadre de référence. Les concepts à partir desquels a été conçu notre modèle conceptuel de recherche seront ensuite décrits et ce, en vue de permettre l'étude du phénomène de la détresse psychologique au travail chez les cadres du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

## Deuxième partie : cadre d'analyse et modèle conceptuel

### *Cadre de référence*

Force est de constater que depuis l'instauration du régime universel de santé, une série de réformes et de modifications législatives ont entraîné des transformations importantes à l'architecture du système sociosanitaire québécois et à l'organisation du travail dans ses établissements. En plus des impacts causés par ces réaménagements, le système et ses acteurs subissent également les pressions provenant des besoins croissants d'une population de plus en plus hétéroclite. En outre, si les réformes antérieures ont touché la structure ou l'organisation du système, les deux plus récentes, soient celles de 2000 et 2003 – et les modifications législatives synchroniquement introduites – ont apporté des transformations rapides sur ces deux niveaux, complexifiant du même coup le travail des gestionnaires (IGOPP, 2008). Rappelons d'ailleurs que dans la foulée de la mise en chantier de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) en 2000, une enquête portant sur la qualité de vie au travail et la santé psychologique des cadres supérieurs du réseau sociosanitaire québécois a dévoilé un portrait plutôt sombre de leur état de santé mentale (*cf.* Morin, 2001, 2003). Des corrélations négatives significatives entre l'état dépressif, le sentiment de compétence et le sentiment de valorisation personnelle ont aussi été montrées par cette même recherche (Morin, 2003).

L'hypothèse centrale de notre recherche est que l'introduction de la dernière réforme, en 2003, a potentiellement favorisé le développement de problèmes de santé mentale chez les gestionnaires. En effet, nous supposons raisonnablement que l'ampleur, la rapidité et la profondeur des changements apportés au système sociosanitaire ont considérablement accru les exigences du travail des cadres du réseau (*cf.* Dussault & Dubois, 2003 ; IGOPP, 2008 ; Karasek, 2000 ; Karasek & Theorell, 1990).

Si les modèles classiques du stress au travail (p. ex., Karasek & Theorell, 1990) ont été utiles pour mieux comprendre la santé mentale des travailleurs dans nos organisations, l'étude de la santé psychologique au travail à partir d'un modèle conceptuel s'intéressant de façon particulière à l'impact du style de leadership du supérieur hiérarchique (Bass, 1999 ; Bass & Avolio, 1995 ; Nelson & Simmons, 2003), au sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007 ; Bosscher & Smit, 1998) et au sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel (Brassard, 2009) peut toutefois offrir une piste féconde pour la compréhension du phénomène.

En ce sens, bien que notre travail ait principalement fait ressortir que les facteurs pathogènes les plus importants se situent aux niveaux organisationnel et supra-organisationnel plutôt qu'au niveau individuel, le peu d'emprise des cadres sur ceux-ci nous a conduits à développer un modèle conceptuel tenant compte d'éléments sur lesquels il est possible d'agir. En effet, contrairement à des facteurs comme la complexification des besoins de la population ou les changements structurels, la relation entre un leader et ses collaborateurs est un aspect sur lequel il est possible d'intervenir. Des modifications apportées à la philosophie et aux politiques de

gestion, la mise en place de programme de formation et de gestion des compétences sont entre autres exemples des stratégies permettant d'agir sur les sentiments d'efficacité des individus.

Afin d'arriver à une meilleure compréhension du rôle joué par chacun des concepts susmentionnés, il est nécessaire d'approfondir chacun d'eux. Les paragraphes qui suivent tenteront de bien faire ressortir comment ces derniers peuvent être étroitement liés à la détresse psychologique au travail.

*Le style de leadership*

Le leadership transformationnel est souvent associé à certaines caractéristiques fondamentales telles que le charisme, la vision et la conscience de soi (Goleman, 1997 ; Proulx, 2008 ; Rinfret, 2010 ; Rinfret & Ngo Manguelle, 2007). Malgré qu'il existe un certain nombre de théories portant sur le leadership, l'approche théorique du leadership transformationnel de Bass (1985, 1998) est celle qu'utilisent le plus souvent les chercheurs s'intéressant à la conduite du changement (Rinfret, 2010). Avant d'en faire une description plus exhaustive, mentionnons la possibilité de rencontrer un autre type de leader au sein des organisations, soit de style transactionnel. Principalement orienté sur les fonctions d'administration et de manager. Sa façon de gérer les ressources humaines suit des principes d'échanges et de mutualisation (donnant-donnant) (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007). Ce leadership se caractérise également par son attachement à la façon de réaliser les choses, par son souci des normes et de la conformité des procédures établies, d'où la place importante qu'occupe le contrôle dans sa pratique.

Lortie-Lussier et Rinfret (2007) mentionnent que la théorie du leadership transformationnel est celle ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches tant empiriques que théoriques. S'appuyant sur des auteurs tels que Bass (1985, 1998), Bycio, Hackett et Allen (1995), Dvir, Eden, Avolio et Shamir (2002) et Howell et Avolio (1993), Rinfret (2010) propose une intéressante synthèse descriptive qui permet à la fois de distinguer le leadership transactionnel du leadership transformationnel et de mieux saisir les effets de ce dernier sur son entourage :

> Le leadership transformationnel consiste en davantage que de simples transactions, il transforme les comportements. Il traduit une relation émotionnelle véritable entre le gestionnaire et ses employés lequel amène les subordonnés à transcender leurs besoins individuels au nom du partage d'une vision commune, motivant ces derniers à produire plus que ce qui est attendu (…). Ce résultat est obtenu par la manifestation d'une ou plusieurs composantes du leadership transformationnel. Ces composantes sont l'idéal de l'influence (incluant le leadership charismatique), le fait d'inspirer de la motivation (incite au surpassement), la stimulation intellectuelle (encourage les subordonnés à être créatifs, à questionner les façons de faire et à approcher les problèmes avec une nouvelle vision) et la considération individuelle (porte attention au aux besoins de chacun des individus pour les mener au maximum de leur potentiel humain, soit par le coaching ou mentoring. (Rinfret, 2010, n.d.)

*Style de leadership du supérieur et la santé mentale*

L'intérêt d'explorer la relation entre le leadership du supérieur et le niveau de détresse psychologique chez leurs collaborateurs vient de plusieurs sources. En effet, plusieurs modèles théoriques mettent l'accent sur les impacts découlant du support ou du soutien social des pairs et du supérieur sur la santé mentale, notamment ceux de Karasek et Theorell (1990) et de Siegrist (1996). D'autres modèles, comme ceux de Blais et Brière (2002) comme celui de Pelletier et Vallerand (1996), montrent effectivement l'impact potentiel d'un supérieur sur l'environnement de travail, sur la motivation des employés et leur santé mentale au travail. Par ailleurs, à l'heure

actuelle, de nombreux chercheurs ont établi des liens entre le leadership transformationnel et, notamment, la motivation chez les subordonnés, leur niveau de satisfaction au travail, la réduction du stress (Bass & Avolio, 1992 ; Bono & Judge, 2003 ; Ilies, Judge & Wagner, 2006 ; Barling, Tom & Kelloway, 1996 ; Bass et coll., 2003 ; Dionne, Yammarino, Atwater & Spangler, 2004 ; Koh, Steers & Terborg, 1995 ; Ozaralli, 2003 ; Arnold et coll., 2007 ; Bass, 1998, cité dans Rinfret, 2010) et le maintien du « bien-être psychologique des employés, et ce, dans différents contextes organisationnels »[27].

C'est pourquoi il semble pertinent d'examiner le lien entre le leadership transformationnel du supérieur perçu par les collaborateurs et le niveau de santé psychologique de ces derniers. Qui plus est, nous présumons que la perception des cadres intermédiaires à l'égard du leadership de leur supérieur hiérarchique, dans un contexte tel que nous l'avons décrit, peut influencer leur sentiment d'efficacité personnelle, ainsi que leur niveau de stress pour ultimement conduire ou favoriser l'émergence de la détresse psychologique au travail.

*L'auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*

Le développement des théories de la psychologie sociocognitive vient de l'intégration des approches sociale et cognitive et de leurs champs d'études. En plus de s'intéresser aux processus mentaux et à ceux d'ordre relationnel, « la théorie sociocognitive est également une psychologie de la compétence, quand elle s'arme de son concept organisateur central, *l'auto-efficacité* » (Carré, 2007, p. vi). Bandura s'est largement intéressé à ce concept qu'il définit comme « la croyance de l'individu

[27] *Op. cit.*

en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (2007, p. 12). Selon sa conception :

> L'auto-efficacité agit comme un mécanisme autorégulateur central de l'activité humaine. La confiance que la personne place dans ses capacités à produire des effets désirés influence ses aspirations, ses choix, sa vulnérabilité au stress et à la dépression, son niveau d'effort et de persévérance, sa résilience face à l'adversité (...) C'est dire que la théorie de l'auto-efficacité ouvre des perspectives tout à fait neuves dans des domaines aussi divers que la santé, l'éducation, la psychothérapie, l'organisation des entreprises, l'entraînement sportif. (Bandura, 2007, p. 4)

La relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et le stress, l'anxiété, la dépression, la satisfaction au travail et bien plus encore, ont été l'objet de nombreuses recherches, par exemple Averill (1973), Bandura (1986), Bandura et Jourden (1991), Beck (1984), Krantz (1985), Levine et Ursin (1980) et Miller (1980, cité dans Bandura, 2007). Par ailleurs, une étude montre que le sentiment d'efficacité personnelle serait influencé par le leadership transformationnel (Houlfort & Rinfret, sous presse).

Partant de la définition de Bandura (2007), il est possible d'entrevoir comment un individu qui se sent compétent peut plus aisément prendre part au changement. En revanche, une personne doutant de ses compétences peut potentiellement résister lors d'un grand changement, comme une réforme. En effet, Rondeau (2002) indique que lors d'un changement, les individus ont tendance à résister lorsque des conditions telles que l'orientation, la sensibilisation et l'habilitation sont absentes[28].

Ainsi, considérant les qualités du leader transformationnel (*cf.* Houlfort & Rinfret, précité), l'hypothèse suivante se profile : si un supérieur doué de ce leadership

[28] Cité dans Bareil, C. (2004). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits.*

favorise davantage le développement du sentiment de compétence chez ses collaborateurs, c'est-à-dire en favorisant « l'habilitation » par l'acquisition de compétences, celui-ci contribue également à réduire les comportements de résistance au changement chez ses collaborateurs lors d'un réaménagement organisationnel. Dans cette logique, il semble pertinent de porter notre regard à la fois sur le style de leadership du supérieur des cadres du réseau sociosanitaire, mais également sur le sentiment d'auto-efficacité de ces derniers.

*Le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel*

À la lumière de ses recherches doctorales, Brassard (2009) est arrivée à la conclusion que la possibilité de changement perçue, laquelle s'apparenterait au sentiment d'auto-efficacité, devrait être traitée selon deux dimensions. En effet, dans son application en contexte de travail, cette perception de la possibilité d'opérer le changement comporterait un volet spécifique à l'exercice professionnel. Autrement dit, si la première dimension réfère l'auto-efficacité en ce qu'elle renvoie à la perception qu'a l'individu de posséder les capacités, les connaissances et les compétences qui lui permettent d'agir (*cf.* Bandura, précité), la seconde, telle que propose Brassard (2009), serait d'ordre organisationnel et correspondrait à la perception qu'a un individu de la « capacité de son organisation à mettre en place ou à offrir les conditions nécessaires pour rendre le changement possible » (p. 107).

Nous inspirant de l'idée avancée par Brassard (2009), il nous paraît envisageable de retrouver des cadres qui, malgré leur perception de posséder les compétences généralement requises pour assumer leur fonction et atteindre les résultats visés – donc auto-efficace –, pourraient ressentir de l'insatisfaction ou de la frustration

causée par des facteurs d'ordre organisationnel. Pour illustrer cette hypothèse, prenons, à titre d'exemple, un des paradoxes de la gestion par résultats que privilégie le secteur public : Des gestionnaires face à l'obligation d'atteindre des résultats fixés par l'organisation, mais pour lesquels ils sont néanmoins imputables, qui plus est, dans un contexte où les moyens pour y parvenir sont parfois largement insuffisants. Ainsi, l'augmentation du ratio d'encadrement, la diminution des ressources – financières, humaines et matérielles –, une liberté d'action restreinte par des politiques de gestion rigides ou une culture de management conservatrice, sont autant de facteurs qui pourraient contraindre les cadres dans l'utilisation optimale de leurs compétences. De sorte que, si ces derniers ne se sentent pas supportés par leur supérieur ou leur organisation, cette frustration pourrait potentiellement être néfaste pour leur santé psychologique au travail. Dans cette perspective, l'étude de cette deuxième facette du sentiment d'efficacité chez les cadres intermédiaires du réseau sociosanitaire du Québec apparaît pertinente.

*La résilience*

Ce concept initialement utilisé en physique pour décrire la capacité d'un matériau à résister à un choc a été d'abord utilisé en sciences humaines par Bowlby lors de ses travaux sur l'attachement durant les années 1990. En psychologie, le développement de ce concept est attribuable à Boris Cyrulnik qui, au cours de ses recherches menées auprès de survivants de l'Holocauste, d'enfants orphelins et défavorisés d'Europe de l'Est, avait observé chez certains d'entre eux des qualités intrinsèques leur ayant permis de survivre à des évènements traumatiques[29].

[29] *Cf.* Boris Cyrulnik (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob.

Bien qu'il existe plusieurs définitions de la résilience, celle de Neil et Diaz (2001) tire son intérêt du fait qu'elle synthétise plusieurs conceptions, dont celles de Cyrulnik (1999), Ryff, Singer, Love et Essex (1998) et de Werner (1985). Neil et Diaz (2001) définisse la résilience comme « la capacité d'un individu à maintenir, rétablir ou améliorer sa santé mentale suite à des défis, comme une adaptation réussie après une exposition à des évènements stressants au cours de sa vie et la capacité d'un individu à se transformer et à changer »[30].

La majorité des recherches sur la résilience ont été effectuées dans le cadre de travaux portant sur le développement des enfants et des adolescents (Ryff, Singer, Love & Essex, 1998). Parmi les résultats des recherches en la matière, ceux de Wagnild et Young (1993) ont permis de montrer une corrélation significative entre la résilience et l'évaluation du moral, de la satisfaction face à la vie et la dépression. De plus, Luthans, Avolio, Avey et Norman (2007) suggèrent que la satisfaction au travail et la performance sont positivement liées à un facteur comprenant quatre variables : la résilience, l'espoir, l'optimisme et l'efficacité personnelle. Allant dans ce sens, l'étude de Youssef et Luthans (2007) menée auprès de 1 032 employés de 137 organisations américaines a effectivement permis de démontrer une corrélation positive significative entre la performance et la satisfaction au travail et trois des quatre variables susmentionnées, soit l'espoir, la résilience et l'optimisme.

Considérant que le contexte de changement continu dans lequel exercent les cadres du réseau de la santé québécois peut être perçu comme porteur de défis à relever pour certains ou comme source de stress pour d'autres, examiner l'effet de la

[30] Traduction libre.

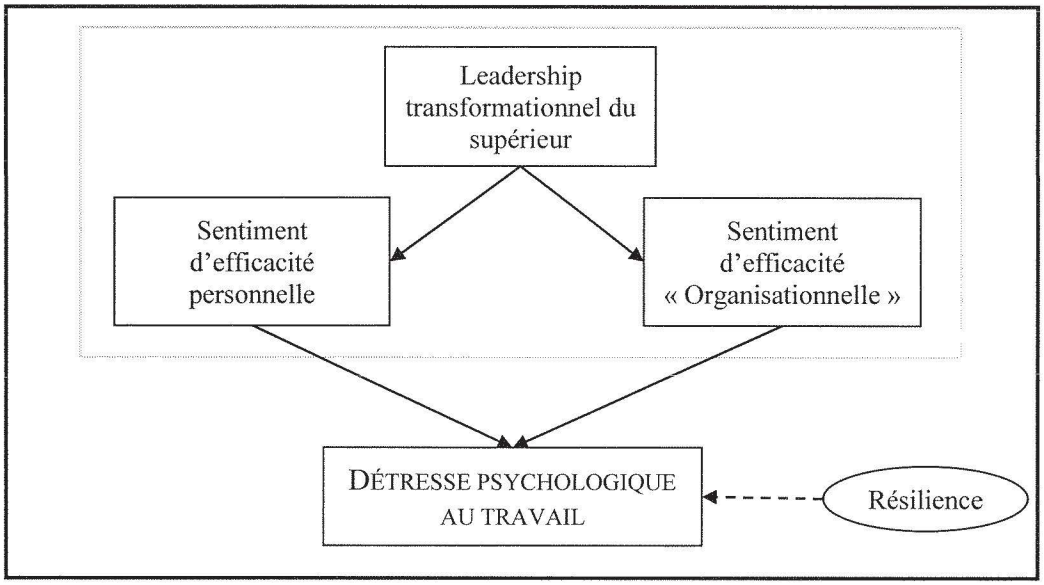
résilience sur l'émergence ou non de la détresse psychologique au travail constitue une avenue intéressante pour la présente recherche.

### *Modèle conceptuel de recherche*

Parmi les différents modèles s'intéressant à la santé psychologique au travail qui ont été exposés dans ce chapitre, celui de Nelson et Simmons (2003) présente plusieurs éléments d'intérêt pour notre recherche. Premièrement, mentionnons qu'aux cinq ensembles de facteurs de stress qui le composent se rattachent des antécédents potentiellement générateurs de stress ou d'eustress (stress positif), en l'occurrence le leadership (exigences des relations) et l'utilisation des compétences (conditions de travail) (*cf.* Figure 3). La possibilité de rapprocher ce dernier antécédent à celui de l'efficacité d'ordre organisationnel constitue un second argument justifiant notre intérêt pour le modèle de Nelson et Simmons (2003). En outre, notons la présence dans leur modèle du sentiment d'efficacité personnelle (différences individuelles) parmi les variables modératrices pouvant conduire à l'eustress ou à la détresse.

En somme, le modèle conceptuel que nous proposons (Figure 4) s'inspire de celui élaboré par Nelson et Simmons (2003) auquel nous avons ajouté les variables du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel (inspiré de Brassard, 2009) et la résilience (Neil & Diaz, 2001). Les connaissances entourant les concepts de chaque variable choisie ont donc orienté l'élaboration de notre modèle préliminaire de recherche d'une part et, d'autre part, la formulation des hypothèses concernant leur influence sur la détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires.

Figure 4. Modèle conceptuel de recherche




*Hypothèses de recherche*

Nos hypothèses de recherche découlent du modèle conceptuel qui sera validé par cette étude. La littérature en la matière nous permet de proposer comme hypothèse globale qu'un supérieur hiérarchique perçu comme de style transformationnel favorise des sentiments d'efficacité – personnelle et d'ordre organisationnel – positifs chez ses collaborateurs qui, par conséquent, vivent moins de détresse psychologique. Nous intéressant spécifiquement à ce style de leadership, notre présomption est à l'effet qu'un supérieur hiérarchique perçu comme étant de style transformationnel devrait contribuer à l'autoévaluation positive de l'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel chez les cadres intermédiaires qu'il supervise.

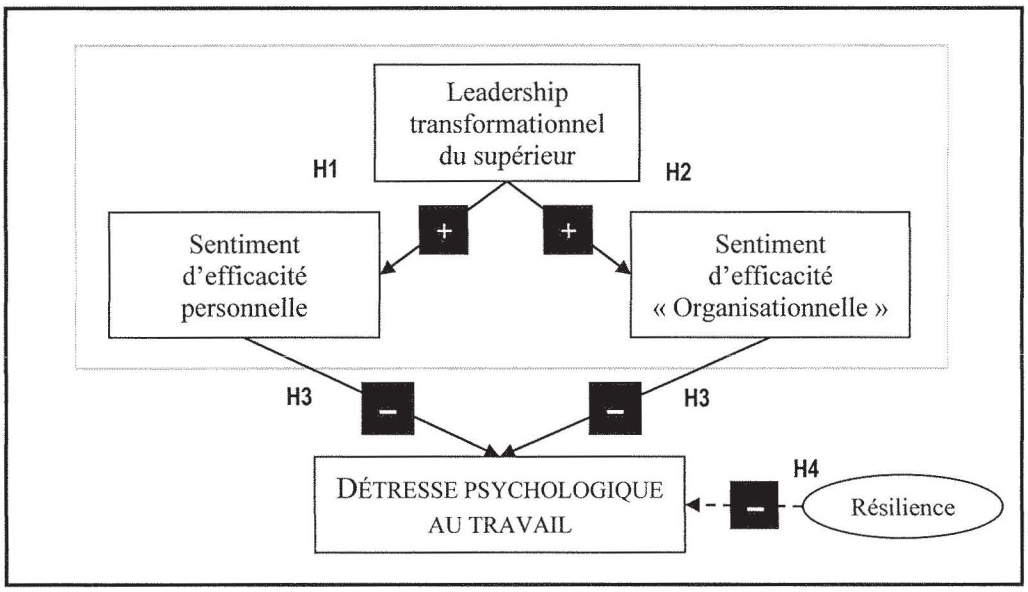
En d'autres termes, plus les collaborateurs perçoivent l'utilisation d'un leadership de type transformationnel chez leur supérieur, plus ceux-ci se auront un sentiment d'auto-efficacité élevé. De façon analogue, notre seconde hypothèse suppose que plus les collaborateurs perçoivent que leur supérieur utilise un leadership de type

transformationnel, plus élevé sera leur sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel. Notre troisième hypothèse porte sur l'effet conjugué de l'auto-efficacité et du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel sur la détresse psychologique au travail. Ainsi, nous suggérons que la combinaison des effets de ces deux variables entraînera la diminution du niveau de détresse psychologique des cadres intermédiaires.

Finalement, la quatrième hypothèse concerne le rôle médiateur que pourrait jouer la résilience sur la détresse psychologique au travail. En effet, comme le suggère la littérature, il s'agit d'une qualité intrinsèque de l'individu qui lui permet de s'adapter et de préserver son équilibre psychique malgré les avatars du contexte environnemental. En regard de ce qui précède, nous supposons donc que les personnes ayant un niveau de résilience élevé devraient ressentir moins de détresse psychologique au travail que celles dites moins résilientes et ce, sans égard aux autres variables. À notre connaissance, aucune étude n'a encore montré la fonction médiatrice de la résilience sur la détresse psychologique au travail jusqu'à maintenant. Ce faisant, la présente recherche examinera pour la première fois le rôle médiateur de la résilience sur la détresse psychologique au travail auprès d'un échantillon de cadres intermédiaires du secteur de la santé et des services sociaux.

À la page suivante, nous proposons une synthèse de nos hypothèses de recherche ainsi qu'une version récapitulative de notre modèle conceptuel de recherche illustrant ces dernières (Figure 5).

Figure 5. Modèle conceptuel récapitulatif des hypothèses de recherche




*Hypothèse 1*

Plus les collaborateurs perçoivent que leur supérieur utilise un leadership de type transformationnel, plus leur sentiment d'efficacité personnelle sera élevé.

*Hypothèse 2*

Plus les collaborateurs perçoivent que leur supérieur utilise un leadership de type transformationnel, plus leur sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel sera élevé.

*Hypothèse 3*

Plus les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel sont élevés, plus le niveau de détresse psychologique sera faible.

*Hypothèse 4*

Plus le niveau de résilience est élevé, plus celui de la détresse psychologique au travail sera faible.

*Hypothèse globale*

Plus un supérieur hiérarchique est perçu par ses collaborateurs comme étant de style transformationnel, plus les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel de ces derniers seront élevés. Plus ces sentiments sont élevés et plus leur niveau de détresse psychologique sera faible, dépendamment de leur niveau de résilience.

*Méthode*

## Stratégie de recherche

### *Posture épistémologique et objectifs de la recherche*

#### *Posture épistémologique*

Dans le cadre du présent mémoire, les phénomènes de la détresse psychologique au travail comme les concepts de leadership transformationnel, les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel et la résilience ont été opérationnalisés afin d'être mesurés et de les conceptualiser à titre de variables. Nous situant dans une perspective naturaliste, nous cherchons ainsi à étudier les liens entre ces différentes variables au moyen d'un schéma corrélationnel de type associatif. Les données recueillies seront traitées selon des méthodes statistiques permettant de mesurer le niveau de détresse psychologique présent chez les personnes qui composent l'échantillon d'une part, et d'examiner les corrélations, ainsi que les liens de pondération entre les variables étudiées d'autre part. Il s'agit ici de tester empiriquement un modèle conceptuel.

#### *Objectifs de recherche*

Cette recherche poursuit spécifiquement les objectifs suivants :

- Examiner les liens entre la détresse psychologique au travail et le leadership transformationnel, les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel et la résilience.
- Mieux connaître le niveau de détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires du réseau sociosanitaire québécois.
- Enfin, valider un modèle prédictif de la détresse psychologique au travail chez les cadres d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

*Population et échantillon*

La population de laquelle sera prélevé notre échantillon se compose de cadres de niveau intermédiaire d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les personnes qui seront invitées à participer à notre recherche œuvrent donc au sein de l'une ou l'autre des missions du réseau sociosanitaire québécois.

*Composition de l'échantillon*

Le prélèvement de l'échantillon se fera parmi des cadres intermédiaires faisant partie de l'une ou l'autre des associations suivantes : l'Association du personnel d'encadrement de la santé et des services sociaux (APER) et l'Association des gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux (AGÉSSS). Une entente de partenariat a été convenue entre la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public (Natalie Rinfret) et ces associations, lesquelles procéderont chacune à la sélection aléatoire d'un échantillon de 500 membres répartis proportionnellement selon le genre (voir Appendice B).

Ainsi, les individus seront invités à répondre à l'ensemble des échelles qui composent le vaste questionnaire dans lequel sont incluses nos échelles de mesure. Ceux-ci seront invités à fournir certaines informations sociodémographiques et professionnelles concernant, entre autres, leur expérience de travail au sein du réseau et le temps d'occupation de leur fonction actuelle, la région administrative de résidence et le nombre d'employés qu'ils supervisent.

*Procédure*

Dans le but d'obtenir les informations nécessaires qui permettront notamment d'établir le niveau de détresse psychologique au travail prévalant au sein de notre échantillon et en conformité avec les règles du Comité d'éthique de recherche (CÉR) de l'École nationale d'administration publique (Appendice A), les participants sélectionnés recevront par courriel de leur association professionnelle une lettre d'invitation émise par la titulaire de la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public, madame Natalie Rinfret (Appendice C). Un code d'accès leur sera alors fourni afin d'accéder au questionnaire. Dans un délai de deux semaines suivant la réception de la lettre d'invitation, un message de rappel sera envoyé de la même façon aux répondants afin de solliciter à nouveau leur participation au projet (Appendice D).

*Instruments de mesure*

En vue d'établir des corrélations entre notre variable dépendante, soit la détresse psychologique au travail, et les variables indépendantes que nous avons exposées précédemment, nous préconisons l'utilisation de cinq échelles qui sont décrites ci-après. Le lecteur trouvera la version complète de notre questionnaire à l'Appendice E.

*Indice de la détresse psychologique de Santé Québec* (IDPSQ)

Le chapitre dans lequel ont été abordés entre autres le stress, l'irritabilité, l'état dépressif et l'anxiété a permis d'établir que ceux-ci sont autant de voies par lesquelles peut s'exprimer la détresse psychologique. Au Québec, plusieurs études portant sur la santé psychologique ont été effectuées à l'aide de l'Indice de détresse

psychologique de Santé Québec (IDPSQ), notamment celles de Santé Québec (1987, 1992-1993, 1998) auprès de la population en général et celle menée par Morin (2001) auprès des cadres supérieurs du réseau sociosanitaire québécois. Cet instrument est une adaptation du *Psychiatric Symptom Index* (PSI) (Ilfeld, 1976, 1978) traduit d'abord par Kovess (1985), puis par Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1992) (Légaré, Préville, Massé, Poulin, Boyer & St-Laurent, 2001). Les items qui le composent mesurent entre autres la dépression et l'anxiété, lesquelles ont été identifiées comme deux dimensions importantes de la détresse psychologique lors d'études factorielles menées par Martin, Sabourin et Gendreau (1989)[31]. L'IDPSQ mesure l'intensité des symptômes tels que l'état dépressif, l'état anxieux et l'irritabilité ressentie au cours des sept derniers jours. (Légaré et al., 1995 ; Légaré et al., 2001 ; Morin, 2003).

Les analyses de fiabilité ont révélé que l'échelle possède une consistance interne appréciable de 0,92 (α) dans sa version de 29 items et de 0,89 (α) dans sa version abrégée (14 items)[32]. La mesure de l'intensité des symptômes s'effectue à partir d'une échelle de type Likert. Les possibilités de réponses sont : *jamais* (0), *de temps en temps* (1), *assez souvent* (2) et *très souvent* (3).

Puisque notre projet de recherche vise notamment à obtenir des données actualisées sur le niveau de détresse psychologique des cadres du réseau, notre choix d'instrument s'est arrêté sur l'IDPSQ-14. Pour des fins de comparaison avec la population générale, les barèmes d'analyse seront les mêmes que ceux utilisés par Santé Québec (1992-1993, 1998) lors de ses enquêtes. Ce faisant, le niveau « élevé »

[31] *Cf.* Deschesnes (1998)
[32] *Ibid.*

de détresse sera fixé aux scores supérieurs au 80e percentile, alors que les scores se situant entre le 60e et le 80e percentile indiqueront un niveau de détresse « modéré ». Le niveau « faible » sera attribué à ceux compris entre le 0e et le 60e percentile.

*Inventaire du style de leadership*[33]

L'Inventaire du style de leadership de Bass et Avolio (1995) a été retenu pour notre étude. Il s'agit d'une échelle composée de 45 énoncés mesurant trois dimensions : le leadership transformationnel, le leadership transactionnel et le style laissez-faire. Un énoncé lié au leadership transformationnel serait, par exemple, « Mon supérieur insuffle un sentiment de fierté à ceux qui collaborent avec lui », alors qu'un énoncé comme « Mon supérieur exprime sa satisfaction lorsque que je performe conformément aux attentes » correspond au style transactionnel. Enfin, un énoncé tel que « Mon supérieur s'abstient d'intervenir » est associé au leadership laissez-faire. Les réponses sont mesurées sur une échelle en cinq points de type Likert allant de *jamais* (0) à *fréquemment, voire toujours* (4). L'indice alpha (α) de chaque énoncé varie entre 0,74 et 0,94 (Rinfret, 2010).

*Échelle de l'auto-efficacité générale*

En vue de mieux connaître le niveau du sentiment d'efficacité personnelle des cadres qui composent notre échantillon, une traduction française du General Self-Efficacy (GSESH) (Bosscher & Smit, 1998) sera utilisée. Cette échelle, originalement développée par Sherer et ses collègues en 1982, a été modifiée en 1998 par Bosscher et Smit afin d'en faire une version abrégée de 12 énoncés. Bosscher et Smit (1998) ont classé leurs énoncés sous trois dimensions : l'initiative,

[33] *Multifactor Leadership Questionnaire Leader Form (5x-Short)* (MLQ)

l'effort et, finalement, la persistance. À titre d'exemple, un énoncé comme « Si une tâche semble trop compliquée, je ne me donnerai pas la peine d'essayer de l'accomplir » correspond à la dimension de l'initiative, alors que « Lorsque je dois faire quelque chose de désagréable, je persiste jusqu'à ce que je la finisse » est plutôt associé à l'effort. La persistance quant à elle se traduit par « Lorsque je me fixe des objectifs personnels importants, je les atteints rarement ». Les réponses sont réparties sur une échelle de type Likert en cinq points allant de *pas du tout en accord* (1) à *très fortement en accord* (5).

Dans son ensemble, l'échelle possède un indice de consistance interne de 0,69 (α), alors que prise individuellement, chaque dimension possède un indice alpha de Chronbach (α) variant de 0,63 à 0,64 (Bosscher & Smit, 1998).

*Échelle du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel*

Afin de mesurer le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, nous avons conçu une échelle originale de six énoncés inspirés de ceux formulés par Brassard (2009). À partir d'une échelle de type Likert en cinq points allant de *pas du tout en accord* (0) à *tout à fait en accord* (4), l'ensemble des participants répondra aux quatre premiers énoncés. Cependant, seuls les participants ayant été soumis à une évaluation au cours de la dernière année sont invités à répondre aux questions 5 et 6 (Tableau 1).

Tableau 1

Échelle du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel
(inspirée de Brassard, 2009)

| Questions | Énoncés |
|---|---|
| 1 | Grâce à mon organisation, j'ai la possibilité d'améliorer mes compétences. |
| 2 | Je peux obtenir le support nécessaire de mon supérieur hiérarchique dans l'amélioration de mes compétences. |
| 3 | Mon organisation me supporte pour trouver des solutions en cas de problème pouvant entraver mes efforts de développement. |
| 4 | Grâce à mon organisation, j'ai la possibilité d'améliorer ma performance dans mon travail. |
| 5 | Mon organisation met à ma disposition les moyens nécessaires me permettant d'atteindre les résultats attendus. |
| *Avez-vous été soumis à une évaluation au cours de la dernière année, dans l'affirmative, répondez aux deux questions suivantes, dans la négative, indiquez :* Ne s'applique pas (NSP) | |
| 6 | Grâce à mon organisation, je peux accomplir les actions requises pour réaliser les améliorations indiquées dans mon rapport d'évaluation. |
| 7 | J'estime que mon organisation met à ma disposition les moyens me permettant d'améliorer ma performance sur les comportements évalués. |

*Échelle de la résilience*

Pour notre étude, nous avons choisi d'utiliser sept énoncés provenant de la version abrégée de l'Échelle de la résilience de Neil et Diaz (2001). La version complète contient habituellement 15 énoncés. Parmi les items que nous avons retenus se trouve, par exemple, « Quand je me trouve dans une situation difficile, je peux habituellement trouver une façon de m'en sortir ». À partir d'une échelle de type Likert, les participants peuvent choisir l'une des sept réponses suivantes : *pas du tout en accord* (1), *très peu en accord* (2), *un peu en accord* (3), *moyennement en accord* (4), *assez en accord* (5), *fortement en accord* (6), *très fortement en accord* (7). Les analyses de validation de la consistance interne de l'échelle

effectuées à partir de l'alpha de Chronbach (α) ont montré un niveau de fiabilité satisfaisant de 0,91 (Neil et Diaz, 2001).

*Accessibilité du questionnaire*

Le questionnaire, en version électronique, était accessible « en ligne » via le site Internet Survey Monkey. Les participants ont pu répondre à l'ensemble des échelles de notre questionnaire. Le fichier électronique comprenant l'ensemble des données a ensuite été transféré vers le logiciel SPSS afin de procéder aux analyses statistiques. Plusieurs avantages sont associés à l'utilisation de la plateforme Survey Monkey, en l'occurrence la rapidité et la facilité avec lesquelles peuvent être rejoints les participants, la simplification du processus de traitement des données, la réduction des risques d'erreurs lors de leur dépouillement. De plus, l'utilisation d'un tel outil de recherche permet une économie considérable par rapport aux coûts inhérents au processus de recherche scientifique, par exemple en ce qui a trait à la production, la distribution des questionnaires et le temps alloué pour le traitement des données.

*Résultats*

## Analyse des données

### *Préparation des données et présentation des résultats*

Cette section présente le processus suivi pour la préparation des données qui feront l'objet de notre analyse. Nous débuterons donc par une présentation de la procédure par laquelle les données brutes ont été traitées afin de générer les indicateurs de mesure destinés à nos analyses. Nous poursuivrons par la description du type d'analyses statistiques effectuées avant d'exposer les différents résultats auxquels nous sommes parvenus.

*Échelles de mesure.*

Dans l'objectif de faciliter le traitement statistique et réduire les erreurs de traitements, nous avons choisi d'uniformiser les échelles. Ainsi, pour les items des échelles mesurant le leadership transformationnel (LT) et l'auto-efficacité (AE) utilisant un ancrage numérique de type Likert, une échelle graduée de 1 à 5 a été utilisée. Les modalités de référence utilisées pour l'échelle du leadership transformationnel sont : *jamais* (1), *rarement* (2), *parfois* (3), *assez souvent* (4), *fréquemment, voire toujours* (5) ; les données manquantes ont été considérées comme « Ne sais pas ». Une inversion d'échelle a été effectuée pour les items 1 à 3 et 9 à 12 de l'efficacité personnelle (AEP), c'est-à-dire de 5 à 1 plutôt que de 1 à 5.

L'échelle de type Likert graduée de 1 à 5 a été conservée pour les items portant sur le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel (SEO). Toutefois, la valeur 6 « Ne s'applique pas ou ne sais pas » a été remplacée par une valeur 9, nous l'avons considéré équivalente à une donnée manquante (N/A). Nous avons effectué une réduction de l'échelle pour la variable résilience. Originalement graduée de 1 à 7, l'échelle de type Likert a été ramenée à une échelle en 5 points en regroupant les modalités *très peu en accord* (2) et *un peu en accord* (3), ainsi que les modalités *fortement en accord* (6) et *très fortement en accord* (7). La pondération des réponses possibles correspond maintenant à *pas du tout en accord* (1), *très peu ou peu en accord* (2), *moyennement en accord* (3), *assez en accord* (4), *fortement ou très fortement en accord* (5). Les données manquantes ont été considérées comme « Ne sais pas ».

Les items de 15 à 21 de l'échelle mesurant la détresse psychologique (IDPSQ) ont été considérés comme variables indicatives et les données manquantes comme équivalentes à « Ne sais pas ». Il importe de préciser que les données manquantes ou les réponses de type « Ne sais pas » n'ont pas été retirées de l'échantillon. Cependant, ces dernières n'ont pas été considérées lors du calcul des différents estimateurs. Le Tableau 6 et le Tableau 7 (Appendice F) fournissent les taux de non-réponse liée aux individus et pour chacun des concepts évalués. Pour chacune des échelles utilisées, la valeur de la variable procède du calcul de la moyenne des résultats de l'ensemble de ses items.

Le fichier comprend les réponses fournies par un total de 106 répondants[34] dont 31,13 p. cent ont répondu à toutes les questions. Les variables sociodémographiques ont été utilisées pour sélectionner les sujets constituant notre échantillon, de sorte que les personnes n'ayant répondu à aucune des questions liées au profil sociodémographique ont été exclues en raison de l'impossibilité de les identifier. En somme, nous avons conservé les individus ayant répondu à chacune des 11 questions, soit 66 personnes, et ceux ayant répondu à 10 questions (5 individus), 9 questions (1 individu) et 8 questions (1 individu), c'est-à-dire 73 individus au total.

*Analyses statistiques.*

Considérant les objectifs poursuivis par la présente étude, soit d'examiner l'existence d'un lien entre le leadership transformationnel (LT) et les autres variables de notre modèle conceptuel d'une part, de connaître le niveau de détresse psychologique chez les cadres intermédiaires du réseau et, d'autre part, de vérifier les hypothèses que nous avons formulées pour nous permettre de valider notre modèle prédictif, des analyses corrélationnelles simples (*r* de Pearson) ainsi que des modèles de régressions hiérarchiques ont été utilisés.

[34] Équivalent à un taux de réponse de 21,2 p. cent.

## *Analyses préliminaires*

### *Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon*

Des 73 personnes qui constituent notre échantillon, 72,6 p. cent sont des femmes et 24,7 p. cent sont des hommes. Ils sont âgés de 28 à 62 ans ($M$ = 47,72, $ÉT$ = 8,45, *m/2* = 49,5). L'âge moyen des femmes ($n$= 53) est de 46,77 ans ($ÉT$ = 8,21, Min = 30, Max = 59, *m/2* = 47) et de 50,11 ans pour le groupe d'hommes ($n$= 18) ($ÉT$ = 8,94, Min = 28, Max = 62, *m/2* = 52,5). Les répondants détenant un diplôme de maîtrise représentent 50,4 p. cent de notre échantillon, alors que ceux ayant obtenu un baccalauréat forment 32,2 p. cent. Quant à la situation familiale, dans une proportion de 51,8 p. cent des individus ont indiqué avoir un statut « Avec conjoint et enfant(s) à charge », 28 p. cent un statut « Avec conjoint sans enfant à charge », alors que 5,6 p. cent ont indiqué être « Sans conjoint et avec enfant(s) à charge ». Les personnes ayant déclaré n'avoir ni conjoint ni enfant à charge représentent 15,4 p. cent de notre échantillon. On constate également que 61,6 p. cent des personnes de notre échantillon résident dans l'une des trois régions suivantes : Capitale-Nationale, Montérégie et Montréal, alors que 37,8 p. cent habitent dans les autres régions du Québec.

### *Caractéristiques du profil professionnel de l'échantillon*[35]

Les informations portant sur le profil professionnel révèlent que 43,4 p. cent des personnes ont une expérience du réseau de la santé et des services sociaux se situant entre 21 et 30 ans et 25,2 p. cent une expérience de 31 ans et plus. En revanche, on constate que dans une très large proportion, soit 68,6 p. cent, les cadres ont affirmé

[35] *Note*. Les informations complètes du profil sociodémographique de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 8 et le Tableau 9 à l'Appendice G.

occuper leur poste depuis 5 ans et moins, alors que 23,8 p. cent l'occupent depuis six à dix ans. En outre, le nombre d'employés supervisés par les cadres intermédiaires sondés varie entre zéro à 300 employés.[36] Si dans une proportion de 58,8 p. cent les cadres rapportent que leur semaine régulière de travail compte entre 35 et 44 heures, 29,4 p. cent ont répondu travailler de 45 à 54 heures par semaine de façon régulière alors qu'environ 11,2 p. cent ont indiqué travailler plus de 55 heures par semaine. Enfin, la moitié des individus ont déclaré avoir un revenu annuel brut se situant entre 60 000 $ et 79 999 $ (50,4 %) alors que 43,4 p. cent indiquent gagner annuellement un salaire compris entre 80 000 $ et 99 999 $.

*Résultats concernant les variables indépendantes.*

Le calcul des moyennes et de la dispersion (écart-type, minimum, maximum, médiane, quartiles, variance) pour chacune des variables indépendantes visées par nos hypothèses de recherche a fourni les résultats présentés dans le Tableau 2. Quant à lui, le Tableau 3 présente les résultats d'analyses concernant la variable dépendante : la détresse psychologique. Pour l'échelle mesurant le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel, une analyse de la consistance interne a été effectuée à partir de la procédure du logiciel SPSS. Les résultats ainsi obtenus indiquent un coefficient alpha de Chronbach satisfaisant ($\alpha = 0,85$)[37].

Nos analyses préliminaires montrent, d'une part, que les cadres interrogés partagent une perception favorable quant au leadership de leur chef. En effet, se situant près du degré 4, c'est-à-dire « Assez souvent », la moyenne générale et l'écart-type traduisent une certaine communauté de vues des cadres

[36] Nombre d'employés supervisés ($N$= 69), $M$ = 31,67, $ÉT$ = 43,98, $m/2$ = 15.
[37] Le coefficient alpha de Chronbach basé sur les éléments normalisés est de 0,872.

Tableau 2

Statistiques descriptives des variables indépendantes liées aux hypothèses

| Variables | *N* (valide) | Min | *m/2* | Max | *M* | *ÉT* | $\sigma$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leadership transformationnel | 65 | 1,98 | 3,85 | 5,00 | 3,77 | 0,73 | 0,54 |
| Auto-efficacité (AE) | 73 | 3,19 | 4,58 | 5,00 | 4,52 | 0,31 | 0,10 |
| Sentiment d'efficacité « organisationnelle » (SEO) | 73 | 1,14 | 3,85 | 5,00 | 3,48 | 1,14 | 1,29 |
| Résilience | 73 | 3,29 | 4,33 | 5,00 | 4,28 | 0,38 | 0,15 |

intermédiaires à l'égard de l'utilisation d'un style transformationnel de leadership par leur supérieur hiérarchique. D'autre part, il appert que la perception de posséder les compétences, les connaissances et les capacités d'action est largement partagée par les cadres sondés. En effet, la moyenne de 4,52 sur un maximum de 5 concernant le sentiment d'auto-efficacité (AE) se rapproche de la catégorie « Très fortement en accord ». De plus, comme l'écart-type de 0,31, le minimum de 3,19 (sur un maximum de 5) et la médiane (4,58) montrent une faible dispersion entre les répondants. En revanche, le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel a obtenu une moyenne globale moins élevée, c'est-à-dire correspondant à un degré de type « Moyennement en accord » et présente une plus grande dispersion chez les répondants (*ÉT* = 1,14). Finalement, les résultats de l'échelle de la résilience indiquent peu d'écart entre les participants qui ont obtenu une moyenne globale de 4,28 qui correspond au niveau « Assez en accord ».

Par ailleurs, la comparaison des moyennes des hommes et des femmes ne permet pas de conclure à des différences significatives à un seuil de 95 p. cent pour aucune des variables étudiées.

*Résultats concernant la variable dépendante*

D'emblée, précisons que l'indice global de détresse psychologique est obtenu par la moyenne des résultats de chacune des sous-échelles qui composent l'instrument. Cet outil vise à déterminer à quelle fréquence les différents symptômes — anxiété, irritabilité, état dépressif et symptômes cognitifs — ont été ressentis au cours de la dernière semaine. Rappelons également que les scores moyens inférieurs au 60$^{e}$ percentile correspondent à un niveau faible, que ceux inclus entre le 60$^{e}$ et le 80$^{e}$ percentile au niveau modéré, alors que le niveau sévère comprend les scores supérieurs au 80$^{e}$ percentile.

Les résultats de l'indice de la détresse psychologique (Tableau 3) montrent que 16,44 p. cent des répondants de notre échantillon ($N$ = 73) ont obtenu une moyenne supérieure aux 80$^{e}$ percentile, c'est-à-dire correspondant à un niveau sévère de détresse psychologique ressenti au cours de la semaine précédente, que près de 22 p. cent des personnes présentent des moyennes globales qui correspondent au degré d'intensité modéré, alors que la moyenne de 61,64 p. cent des répondants correspond au niveau faible. Par ailleurs, comme le montre le Tableau 3, aucun répondant de sexe masculin n'a rapporté un score correspondant à un niveau de détresse psychologique sévère, mais que près de 28 p. cent des résultats des hommes disent avoir présenté des symptômes de détresse psychologique d'intensité modérée au cours de la dernière semaine, contre moins de 8 p. cent pour les femmes.

Parmi les quatre sous-échelles de l'IDPSQ, les items liés à l'anxiété ont obtenu le plus grand nombre de scores moyens correspondant à la présence de symptômes d'intensité sévère au cours de la dernière semaine. De même, un peu moins de

Tableau 3

Prévalence et intensité de la détresse psychologique au travail de l'échantillon

| | Niveaux | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Faible (*n*) | % | Modéré (*n*) | % | Sévère (*n*) | % |
| Anxiété | 46 | 63,01 | 15 | 20,55 | 12 | 16,44 |
| Féminin | 32 | 59,25 | 11 | 20,37 | 11 | 20,37 |
| Masculin | 13 | 72,22 | 4 | 22,22 | 1 | 5,55 |
| État dépressif | 44 | 60,27 | 19 | 26,03 | 10 | 13,70 |
| Féminin | 32 | 59,25 | 12 | 22,22 | 10 | 13,71 |
| Masculin | 11 | 61,11 | 7 | 38,88 | 0 | 0,00 |
| Irritabilité | 57 | 78,08 | 9 | 12,33 | 7 | 9,59 |
| Féminin | 31 | 57,40 | 12 | 22,22 | 11 | 20,37 |
| Masculin | 13 | 72,22 | 4 | 22,22 | 1 | 5,55 |
| Symptômes cognitifs | 63 | 86,30 | 0 | 0,00 | 10 | 13,70 |
| Féminin | 46 | 85,19 | 0 | 0,00 | 8 | 14,81 |
| Masculin | 16 | 88,88 | 0 | 0,00 | 2 | 11,11 |
| Détresse psychologique | 45 | 61,64 | 16 | 21,92 | 12 | 16,44 |
| Féminin | 43 | 79,63 | 4 | 7,41 | 7 | 12,96 |
| Masculin | 13 | 72,22 | 5 | 27,77 | 0 | 0,00 |
| **Santé Québec (1998)** | | | | | | **20.09** |

*Note.* Femmes ($n = 54$) ; hommes ($n = 18$).

14 p. cent des individus interrogés ont rapporté des moyennes correspondant au degré de sévérité le plus élevé de symptômes liés à la dépression et à des perturbations au plan cognitif, alors que ce même degré a été atteint par 9,70 p. cent des répondants qui ont mentionné avoir ressenti des symptômes d'irritabilité sévère au cours des sept derniers jours.

À la lecture du Tableau 3, le nombre de femmes ayant obtenu des résultats moyens se situant entre le 80$^{e}$ et le 100$^{e}$ percentile — degré sévère — est supérieur aux individus de sexe masculin et ce, sur l'ensemble des dimensions évaluées. Enfin, selon les résultats, près de 39 p. cent des répondants masculins ont obtenu des scores correspondant au degré d'intensité modéré sur les items mesurant l'état dépressif, contre 22,22 p. cent chez les femmes. Les résultats d'analyses corrélationnelles ne permettent pas d'établir un lien significatif entre la détresse psychologique et les variables sociodémographiques tel que l'âge, le niveau de scolarité, la situation familiale et le revenu.

Dans une proportion d'un peu plus de 27 p. cent, les individus ont rapporté ressentir ces différentes manifestations depuis les six derniers mois, alors que 13,7 p. cent disent les ressentir depuis les douze derniers mois et 26 p. cent depuis plus d'un an. De ces 49 personnes ayant affirmé avoir été perturbées par ces symptômes depuis au moins six mois, soit 67,1 p. cent de l'échantillon, près de 41 p. cent ont déclaré que ces symptômes ont nui à leur vie familiale et sentimentale au cours de cette période, 35 p. cent ont rapporté avoir vu leurs capacités de travailler perturbées par ces manifestations. De plus, environ 45 p. cent des personnes aux prises avec ces manifestations depuis au moins six mois ont déclaré que ces dernières ont affecté leurs activités sociales. Parmi cet ensemble de personnes qui ont rapporté avoir subi des perturbations en raison de manifestations de certains symptômes, 17 individus ont répondu avoir consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations. En outre, près de 33 p. cent des cadres s'accordent pour dire être jamais ou rarement stressés au travail, alors que 42,5 p. cent indiquent se sentir parfois stressé au travail, tandis

qu'un peu moins de 22 p. cent ont répondu l'être assez souvent et 2,7 p. cent fréquemment, voire toujours.

Un peu moins de 40 p. cent des cadres intermédiaires s'accordent pour dire qu'en se comparant aux autres personnes de leur âge ils considèrent avoir une santé mentale généralement excellente, 35,6 p. cent l'ont qualifiée de très bonne et 19,2 p. cent ont estimé avoir une bonne santé mentale. Si un peu plus de 5 p. cent ont répondu considérer avoir une santé mentale moyenne, aucune des personnes interrogées n'a estimé avoir une santé mentale généralement mauvaise.

### *Validation des hypothèses de recherche*

*Première hypothèse*

> Plus les collaborateurs perçoivent que leur supérieur utilise un leadership de type transformationnel, plus leur sentiment d'auto-efficacité sera élevé.

Cette première hypothèse suppose une relation positive entre l'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle des collaborateurs et leur perception quant au leadership transformationnel de leur supérieur hiérarchique. L'indice de corrélation ($r$ = ,005) indique une relation positive entre ces deux variables conformément à notre hypothèse, mais non statistiquement significative à un seuil de 95 p. cent (*cf.* Tableau 4). Par conséquent, l'hypothèse 1 s'en trouve invalidée.

*Seconde hypothèse*

> Plus les collaborateurs perçoivent que leur supérieur utilise un leadership de type transformationnel, plus leur sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel sera élevé.

À l'instar de l'hypothèse précédente, nous avons une fois de plus présumé que les chefs perçus comme ayant un leadership de style transformationnel par les cadres

Tableau 4

Matrice de corrélations des variables étudiées

| Variables | Coefficient | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Leadership transformationnel (*N* valide= 65) | *r* de Pearson | -,140 | ,005 | ,049 | -,028 |
| | Sig. (bilatérale) | ,266 | ,969 | ,696 | ,823 |
| 2. Détresse psychologique (*N* valide =73) | *r* de Pearson | | -,260* | -,427** | -,093 |
| | Sig. (bilatérale) | | ,026 | ,000 | ,433 |
| 3. A.-efficacité personnelle (*N* valide= 73) | *r* de Pearson | | | ,271* | ,502** |
| | Sig. (bilatérale) | | | ,021 | ,000 |
| 4. A.-efficacité « organisationnelle » (*N* valide= 73) | *r* de Pearson | | | | ,148 |
| | Sig. (bilatérale) | | | | ,211 |
| 5. Résilience (*N* valide= 73) | *r* de Pearson | | | | |
| | Sig. (bilatérale) | | | | |

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

ont une influence positive sur le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel de ces derniers. Si les résultats présentés dans le Tableau 4 confirment le sens positif de la relation entre ces deux concepts comme suggéré dans notre hypothèse, le coefficient de corrélation ($r$ = ,049) ne permet pas de conclure à un lien statistiquement significatif à un seuil de 95 p. cent, d'où la décision de rejeter cette hypothèse.

*Troisième hypothèse*

> Plus les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel sont élevés, plus le niveau de détresse psychologique sera faible.

Cette troisième hypothèse sous-tend l'existence de liens négatifs entre la détresse psychologique et l'auto-efficacité et entre la détresse psychologique et le sentiment

d'efficacité d'ordre organisationnel. Les résultats des corrélations simples (*cf.* Tableau 4) montrent effectivement des liens inverses significatifs entre la détresse psychologique et l'auto-efficacité ($r$ = -,26) au seuil de 95 p. cent et le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel ($r$ = -,427, $p < 0,01$), ce qui suit le sens de l'hypothèse.

Bien qu'un test de comparaison de moyennes (test $t$) n'ait pas fait ressortir de différence significative entre les répondants de genre masculin et féminin quant à la détresse psychologique au travail et le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel, une analyse corrélationnelle effectuée en contrôlant le genre nous permet d'observer l'absence de lien statistiquement significatif au seuil de 95 p. cent entre ces dernières variables pour les individus de sexe masculin ($n$ = 18) ($r$ = -,308, $p$ = ,213) (*cf.* Tableau 10, Appendice H). De fait, notre hypothèse peut être validée uniquement par rapport aux individus de sexe féminin ($n$ = 54) ($r$ = -,522, $p$ = 0,000).

*Quatrième hypothèse*

> Plus le niveau de résilience est élevé, plus celui de la détresse psychologique au travail sera faible.

Finalement, cette hypothèse suggère une relation inverse entre la résilience et la détresse psychologique. Une lecture du Tableau 4 nous permet d'observer une relation négative entre ces variables ($r$ = -,028) sans toutefois qu'il s'agisse d'un lien statistiquement significatif au seuil de 95 p. cent, ce qui invalide donc cette hypothèse.

*Hypothèse globale et validation du modèle conceptuel*

> Plus un supérieur hiérarchique est perçu par ses collaborateurs comme étant de style transformationnel, plus les sentiments d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel de ces derniers seront élevés. Plus ces sentiments sont élevés et plus leur niveau de détresse psychologique sera faible, dépendamment de leur niveau de résilience.

Selon cette hypothèse, l'effet conjugué des variables Leadership transformationnel, Auto-efficacité et Sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel contribuerait à la diminution du niveau de la détresse psychologique au travail. L'examen de cette hypothèse et la vérification du modèle conceptuel illustré à la page 52 (Figure 5) ont procédé d'une analyse de régression hiérarchique. Afin de tester l'effet présumé de la résilience sur la détresse psychologique, celle-ci a été introduite dans le premier bloc à titre de covariable. Le leadership transformationnel a été introduit dans le second bloc et, finalement, les variables concernant l'auto-efficacité et le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel ont été toutes deux introduites dans le troisième bloc.

Le Tableau 5 présente les coefficients de régression $\beta$ pour chacune des variables en fonction de leur entrée dans les trois modèles. Comme les résultats ci-dessus l'indiquent, le troisième modèle est le seul pouvant être retenu considérant son niveau de signification statistique acceptable, soit avec un $F(1,65) = 4,50$, $p = ,003$.

Si les résultats de cette première analyse nous permettent d'estimer que 23,1 p. cent de la variance de la détresse psychologique au travail des participants de notre échantillon pourrait s'expliquer selon ce dernier modèle, ceux-ci révèlent également que le sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel est la variable contribuant le plus à la variance de la détresse psychologique parmi l'ensemble des variables du

Tableau 5

Résultats d'analyse de régression hiérarchique des variables indépendantes sur la détresse psychologique au travail

| Modèles | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Variables indépendantes | $\beta$ | $R^2$ | Sig. |
| 1. | Résilience | -,091 | ,008 | ,473 |
| 2. | Résilience | -,101 | | |
| | Leadership transformationnel | -,147 | | |
| *P. cent de variance expliquée pour l'ensemble des variables* | | | ,030 | ,393 |
| 3. | Résilience | ,032 | | |
| | Leadership transformationnel | -,119 | | |
| | Auto-efficacité (AE) | -,202 | | |
| | Sentiment d'efficacité « organisationnel » (SEO) | -,369** | | |
| *P. cent de variance expliquée pour l'ensemble des variables* | | | ,231 | ,003** |

*$p < 0,05$, **$p < 0,01$.
*Note.* $F(1,65) = 4,500$ $p = ,003$.

modèle retenu ($\beta$ = -,369) et dont le degré de signification statistique est satisfaisant au seuil de 95 p. cent. À la lecture des résultats présentés dans le Tableau 5, nous constatons l'absence d'effet significatif sur la détresse psychologique de la résilience ($\beta$ = -,032, n.s.), du leadership transformationnel ($\beta$ = -,119, n.s.) et de l'auto-efficacité ($\beta$ = -,202, n.s.).

*Vérification de l'effet des variables exogènes sur la variable dépendante*

Compte tenu de ce qui précède, le contrôle de l'effet des variables exogènes a été uniquement effectué par rapport à la détresse psychologique. Ainsi, nous avons cherché à vérifier l'effet des variables concernant l'âge, le nombre d'employés supervisés, le nombre d'années d'occupation du poste actuel et le nombre d'années

d'expérience au sein du réseau de la santé et des services sociaux sur la détresse psychologique au travail de notre échantillon. Pour ce faire, des analyses de variance (ANOVA) ont été effectuées.

Dans le cas de la variable liée au nombre d'employés supervisés, nous avons choisi de former deux groupes : le premier comprenant les personnes supervisant moins de 100 employés, le deuxième groupe de ceux supervisant plus de 100 employés. Puisque 83,8 p. cent des répondants ont indiqué avoir moins de 100 employés, le contrôle l'effet de cette variable n'est donc pas nécessaire.

De même, pour contrôler l'effet du nombre d'années d'occupation du poste nous avons choisi de former trois groupes, soit les répondants occupant leur poste depuis 0 à 10 années (groupe 1), ceux qui l'occupent depuis 11 à 20 années (groupe 2) et, finalement, les personnes qui l'occupent depuis 21 années et plus (groupe 3). Encore une fois, puisque la majorité des répondants font partie du premier groupe (0 à 10 années), le contrôle de l'effet de cette variable n'est pas nécessaire.

Enfin, pour examiner l'effet de l'âge et du nombre d'années d'expérience au sein du réseau sur la détresse psychologique, nous avons également procédé par la constitution de groupes. La variable « Âge » a donc été scindée en deux groupes – les limites ayant été déterminées de façon à inclure un minimum de 20 individus chacun – : le groupe 1 comprend les individus âgés de 46 ans et moins ($n$ = 26) ; le groupe 2 ceux âgés de 47 ans et plus ($n$ = 46). Pour ce qui est de l'expérience au sein du réseau, les répondants ont été regroupés selon quatre modalités liées au nombre d'années d'expérience : 1) de 0 à 10 ans ; 2) de 11 à 20 ans ; 3) de 21 à 30 ans ; 4) 31 ans et plus.

Les analyses de variance (ANOVA) indiquent que les cadres intermédiaires âgés de 47 ans et plus ($M$ = 1,79) présentent plus de détresse psychologique au travail que ceux âgés de 46 ans et moins ($M$ =1,56) ($F(1,71) = 3,799$, $p = ,055$)[38].

Quant à l'effet du nombre d'années d'expérience au sein du réseau de la santé, les résultats obtenus montrent des différences significatives[39] entre les moyennes du groupe 2 ($M$ = 1,42) et du groupe 3 ($M$ = 1,79), ainsi qu'entre celles du groupe 2 et du groupe 4 ($M$ = 1,86). Un test de Tukey effectué en post hoc a révélé des différences marginales entre le groupe 2 et le groupe 3 ($p = ,067$) et entre le groupe 2 et le groupe 4 ($p = ,086$)[40]. En somme, ces analyses nous permettent d'estimer que les participants ayant cumulé de 11 à 20 ans d'expérience au sein du réseau de la santé vivent vraisemblablement moins de détresse psychologique au travail que leurs homologues ayant de 21 à 30 ans d'expérience au sein du réseau et ceux y exerçant depuis 31 ans et plus.

---

[38] *Cf.* Tableau 11 et Tableau 12 (Appendice I)
[39] $F(3,72) = 2,685$, $p = 0,053$ (*cf.* Tableau 13 et Tableau 14 de l'Appendice I)
[40] *Cf.* Tableau 15 (Appendice I)

*Discussion*

Le présent chapitre propose une discussion portant sur les résultats présentés précédemment. Ainsi, notre propos portera d'abord sur l'interprétation de nos résultats à la lumière des objectifs poursuivis par cette recherche pour ensuite s'intéresser aux contributions et aux limites de celle-ci. Enfin, nous poserons notre regard sur les retombés pratiques ainsi que sur les perspectives ouvertes pour les recherches futures.

*Résultats de recherche concernant la détresse psychologique au travail*

Parmi nos objectifs de recherche, nous souhaitions obtenir une meilleure connaissance de l'état actuel de la santé mentale au travail des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux, plus spécifiquement quant à la détresse psychologique au travail de ces derniers. À cet égard, nos résultats indiquent qu'au moment de l'étude la proportion de cadres intermédiaires rapportant un degré sévère de détresse psychologique au travail était inférieure à la prévalence d'un tel niveau au sein de la population générale (20,09 %) (Santé Québec, 1998), c'est-à-dire moins de 17 p. cent.

À la lumière de nos travaux, nous constatons que les personnes aux prises avec un indice sévère de détresse psychologique sont uniquement de sexe féminin. De plus, à l'instar d'autres chercheurs (Gélinas, Lussier & Sabourin, 1995 ; Légaré, Lebeau, Boyer & St-Laurent, 1995 ; Santé Québec, 1995 ; Vézina & Bourbonnais, 2001), les manifestations symptomatiques d'intensité sont plus élevées sur les quatre dimensions évaluées – anxiété, dépression, irritabilité et symptômes cognitifs – chez les femmes que chez les hommes. Si ces derniers semblent ressentir les symptômes de façon moins aigüe que les femmes, ceux-ci semblent plus fréquemment aux prises

avec des symptômes de dépression et d'anxiété à un degré modéré. D'ailleurs, nos résultats démontrent que le taux de prévalence de détresse psychologique au travail d'intensité modéré du groupe d'hommes est trois fois supérieur à celui retrouvé chez le groupe de cadres de sexe féminin.

Néanmoins, il ressort de la présente recherche qu'au moment où les cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux ont répondu à notre questionnaire, la majorité estimait avoir une santé mentale générale excellente ou très bonne. De plus, les informations recueillies indiquent aussi que peu d'entre eux ressentent un stress professionnel chronique. En regard des résultats de l'étude effectuée par Rinfret en 2006 où 19 p. cent des cadres intermédiaires et supérieurs présentaient un niveau aigu de stress au travail, les résultats de notre recherche nous permettent de croire en une amélioration sensible des conditions d'exercice des cadres intermédiaires du réseau depuis la dernière réforme.

*Considérations théoriques*

Pour répondre à notre objectif d'étudier le lien entre le leadership transformationnel et la détresse psychologique au travail, nous avons élaboré un modèle de recherche illustrant les hypothèses selon lesquelles un leader perçu de style transformationnel par ses collaborateurs contribue à des sentiments positifs d'efficacité personnelle (Nelson & Simmons, 2003 ; Houlfort & Rinfret, sous presse) et d'ordre organisationnel chez ses derniers. Ainsi, ces perceptions positives devraient contribuer à leur tour à réduire le niveau de détresse psychologique au travail (Bandura, 2007 ; Bass, 1999 ; Bass & Avolio, 1995 ; Bosscher & Smit, 1998 ; Nelson & Simmons, 2003). Or, considérant la littérature entourant les phénomènes

de santé mentale, nous avions choisi d'inclure la résilience dans notre modèle conceptuel afin d'en examiner l'effet sur le niveau de détresse psychologique au travail.

Force est de constater que si les résultats d'analyses quantitatives de notre recherche font ressortir une communauté de vues chez les cadres intermédiaires quant à l'utilisation d'un style de leadership transformationnel par leur supérieur hiérarchique, nos travaux n'ont toutefois pas révélé l'existence de relations significatives entre le style transformationnel des leaders et des sentiments positifs d'efficacité personnelle et d'ordre organisationnel chez leurs collaborateurs. De même, nos analyses n'ont pu démontrer un lien appréciable entre l'utilisation d'un leadership transformationnel par un supérieur et le niveau de détresse psychologique au travail de ses collaborateurs. En effet, au terme de nos analyses nous ne pouvons conclure que le niveau de détresse psychologique au travail des cadres intermédiaires de notre échantillon, qu'il soit d'intensité élevée, modérée ou faible, est soumis à l'influence du style plus ou moins transformationnel de leadership utilisé par leur supérieur. Par ailleurs, bien que la littérature nous enseigne sur l'effet édulcorant de la résilience sur la détresse psychologique (Bandura, 2007 ; Niel & Diaz, 2001), la présente étude n'a pas démontré de relation significative entre celle-ci et la détresse psychologique au travail, de sorte qu'il nous est impossible de conclure à son effet médiateur sur cette dernière.

En revanche, à la lumière de nos recherches nous sommes à même de constater que la détresse psychologique au travail des cadres de notre échantillon serait influencée par leur sentiment d'efficacité personnelle (auto-efficacité) et plus encore

par leur sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel (SEO). En effet, l'occurrence d'un lien significatif entre le sentiment d'efficacité personnelle et la détresse psychologique au travail a été révélée par nos travaux, d'où notre présomption à l'effet que la perception qu'ont les cadres intermédiaires de notre échantillon de posséder les compétences et les capacités nécessaires pour réaliser les résultats souhaités constitue un élément ayant un effet réel sur l'amélioration de leur état de santé psychologique au travail.

Cependant, comme nous en avions fait état précédemment, le modèle de régression hiérarchique a révélé à la fois le lien significatif et la prépondérance de la contribution du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel sur la détresse psychologique au travail. En effet, à elle seule cette variable permet d'expliquer 12,53 p. cent de variance de la détresse psychologique au travail chez nos répondants ($sr^2$ = -,354) ; le sentiment d'auto-efficacité offre quant à lui 2,9 p. cent d'explication du phénomène ($sr^2$ = -,171). Dès lors, nous sommes à même de prétendre que l'addition des effets de ces deux variables offre une compréhension de 15,45 p. cent dans l'équation prédictive du phénomène de la détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires de notre échantillon[41].

Finalement, considérant qu'aucune autre variable étudiée ne contribue davantage à expliquer la détresse psychologique au travail que celle du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel, nos conclusions sont qu'en dépit qu'il soit significatif, le modèle prédictif de la détresse psychologique au travail, tel que nous l'avions proposé, n'est pas le plus approprié. De sorte que d'autres variables telles que la

[41] *Note.* L'ensemble des variables du modèle explique 23,1 p. cent de la variance ($R^2$ = ,231).

satisfaction au travail et le stress (*cf.* Rinfret, 2010) pourraient être introduites dans ledit modèle afin d'en bonifier la valeur prédictive.

*Contributions et ouvertures théoriques de la recherche*

Dans un premier temps, la présente étude offre des informations actualisées sur l'état de santé psychologique au travail dans une portion de la population de cadres intermédiaires œuvrant au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Dans un deuxième temps, cette étude a permis de mettre en lumière l'impact de la perception des cadres intermédiaires quant aux possibilités que leur offre leur organisation d'utiliser et de développer leurs compétences professionnelles sur leur santé psychologique au travail. En effet, il s'agit de la première étude s'intéressant à cette dimension d'ordre organisationnel liée au sentiment d'efficacité, telle que l'a mis en lumière Brassard (2009). De plus, l'échelle inspirée de Brassard (2009) que nous avons développée a montré, après analyse, un coefficient de fidélité interne comparable à celui de l'échelle à sept items de Brassard (2009), laquelle s'était inspirée des quatre items de Maurer, Mitchell et Barbeite (2002). Ainsi, nous pouvons conclure à la fidélité du construit mesuré par notre échelle.

Nous désirons toutefois apporter certaines remarques quant audit concept de sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel. Pour Brassard (2009), rappelons que l'efficacité d'ordre organisationnel serait une dimension de la « possibilité de changement perçue » s'apparentant au sentiment d'efficacité personnelle (ou auto-efficacité) (*cf.* Bandura) et référerait « à la perception *de la capacité de l'organisation* à mettre en place ou à offrir les conditions nécessaires pour rendre le changement

possible[42] » (Brassard, 2009, p. 107). Bien que nous nous sommes inspiré de l'échelle de l'auteure pour élaborer notre propre échelle et que nous avons conservé la même terminologie, les items 1, 3-6 de notre échelle (*cf.* Tableau 1) réfèrent davantage à la perception d'une personne d'être compétente et de pouvoir les utiliser qu'à *la capacité de l'organisation*. Cette nuance d'ordre sémantique nous a donc conduit à réfléchir sur une terminologie qui tienne compte à la fois de la présence du sentiment d'efficacité personnelle et de la perception de la personne se percevant comme auto-efficace de pouvoir actualiser ses compétences dans l'exercice de ses fonctions. Ce faisant, la nouvelle terminologie que nous suggérons pour illustrer ce concept est la « possibilité d'autodéploiement professionnelle perçue ».

*Limites de la recherche*

Nous considérons que l'utilisation de données empiriques recueillies uniquement par voie de questionnaires qui, pour certains, ont un indice alpha plus ou moins élevé implique certaines limites pour la compréhension dudit phénomène. Par ailleurs, un problème concernant les comités d'éthiques de plusieurs établissements de santé et de services sociaux a conduit à l'interruption du processus de recherche, d'où le faible taux de réponse, c'est-à-dire 10,6 p. cent. De ce fait, le nombre restreint d'individus ayant participé à notre recherche implique également certaines limites, notamment quant à la possibilité de généraliser nos résultats de recherche à l'ensemble de la population des cadres de niveau intermédiaire du réseau sociosanitaire. À cet égard, mentionnons qu'à l'heure actuelle nos résultats ne permettent pas de prétendre hors de tout doute raisonnable au lien significatif du

[42] Ajout personnel des italiques.

sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel chez les cadres masculins et ce, peut-être en raison d'un possible effet d'échantillon.

*Retombés pratiques de la recherche*

Dans le cas des cadres intermédiaires, il est possible de croire que la perception de faire partie d'une organisation permettant de mettre à profit ses compétences et mettant en place les moyens et outils nécessaires à l'actualisation ou au développement professionnel constitue un élément ayant une influence déterminante sur leur santé psychologique au travail. Dans cet ordre d'idées, nous pouvons raisonnablement supposer que la mise en place de programmes favorisant le développement ou l'actualisation des compétences des gestionnaires, ainsi que des plans de reconnaissance pourrait avoir des effets positifs sur la santé mentale au travail du personnel d'encadrement. Ce faisant, nous estimons donc que de telles mesures devraient faire partie intégrante des stratégies des établissements du réseau sociosanitaire québécois en matière de gestion des compétences et de la carrière.

En somme, en introduisant ces nouvelles connaissances quant au concept du sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel la présente recherche offre de nouvelles perspectives pour la recherche à venir et ce, tant en ce qui à trait à la santé psychologique au travail qu'en matière de développement organisationnel.

# *Conclusion*

# Conclusion

La présente étude démontre que la prévalence de la détresse psychologique au travail chez les cadres intermédiaires ayant participé à notre recherche est inférieure à celle retrouvée dans la population générale (Santé Québec, 1998). De plus, celle-ci révèle que les cadres de notre échantillon font non seulement une évaluation positive de leur santé psychologique en général, mais ils estiment également être stressés de façon ponctuelle et ressentir un stress professionnel chronique. En outre, les résultats auxquels nous sommes parvenus indiquent d'une part que la majorité des cadres intermédiaires interrogés perçoivent leur supérieur hiérarchique comme utilisant un leadership transformationnel. D'autre part, qu'ils ont une perception très positive de leur efficacité personnelle, mais ont un sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel moyen.

Si nos résultats ne permettent pas de conclure que le leadership transformationnel d'un supérieur constitue une source d'influence significative sur les perceptions d'auto-efficacité, d'efficacité d'ordre organisationnel, ainsi que sur le niveau de détresse psychologique au travail chez ses collaborateurs, nous sommes cependant en mesure de croire à l'existence d'une relation positive et significative entre la détresse psychologique au travail des cadres intermédiaires et leur sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel. Ce faisant, en dépit la non-confirmation de la plupart de nos hypothèses de recherche, notre étude a néanmoins permis la validation du modèle prédictif de la détresse psychologique au travail des cadres intermédiaires du réseau et contribue à ouvrir de nouvelles perspectives pour les recherches à venir, principalement en regard du concept d'efficacité d'ordre organisationnel.

*Références*

Références

ASSOCIATION DES GESTIONNAIRES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2005, Décembre). Troubles mentaux. La principale cause des invalidités chez les cadres du réseau de la santé et des services sociaux. *L'Intermédiaire, le journal de l'AGESSS, 14*(2) : 3.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE DU CANADA. (1997). *Les habitudes de travail, les conditions de travail et l'état de santé des cadres dans la fonction publique du Canada. Synopsis de l'étude de l'APEX de 1997.* Ottawa : Comité de recherche de l'APEX, Gail Taylor (Éd.).

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE DU CANADA. (2008). *Étude de 2007 sur la santé et le bien-être des cadres supérieurs. Résultats descriptifs préliminaires.* Ottawa : L. Lemyre & W. Corneil (Éds).

BANDURA, A. (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle.* Traduction de Jacques Lecomte. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.

BAREIL, C. (2004, Août). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits.* Centre d'études en transformation des organisations [cahier N° 04-10]. Montréal : École des HEC.

BASS, B. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 8*(1) : 9-32.

BASS, B., & AVOLIO, B. (1995). *MLQ – Multifactor Leadership Questionnaire. Sampler set. Technical report, leader form, rater form and scoring key for MLQ Form 5x-Short.* Redwood City, CA : Mind Garden Inc.

BEATON, R.D. (2000). L'anxiété liée au travail. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 5.11-5.13) Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

BLAIS, M.R., & BRIÈRE, N.M. (2002). On the mediational role of feelings of self-determination in the workplace : Further evidence and generalization. *Série Scientifique*. Montréal : CIRANO.

BORDELEAU, L. (2007). Les politiques d'allocation interrégionale des ressources : tâtonnements et recommencements au nom de l'équité. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (Éds.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 99-114). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

BOSSCHER, R.J., & SMIT, J.H. (1998). Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. *Behavior Research and Therapy, 36* : 339-343.

BOUCHER, P. (2003). *L'organisation et la relève: choc ou rencontre des générations?* Communication présentée à la 5e conférence de l'Association des cadres et professionnels de l'Université de Montréal, Montréal. Document électronique récupéré de www.acpum.umontreal.ca

BRASSARD, N. (2009). *Réaction du chef de PME : actions entreprises après l'utilisation d'un système d'évaluation multi-source.* Thèse présentée au Département des sciences de la gestion et de l'économie en vue de l'obtention du grade de Docteur en administration (DBA). Université du Québec à Trois-Rivières.

BRAVERMAN, M. (2000). L'état de stress post-traumatique : relation avec la santé au travail et la prévention des accidents. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 5.13-5.16). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

BRUN, J.-P., & LAMARCHE, C. (2006). *Évaluation des coûts du stress au travail. Rapport de recherche.* Chaire en Gestion de la Santé et de la Sécurité au Travail, Québec : Université Laval.

BRUN, J.-P., & MARTEL, J. (2003). *L'ampleur du problème. L'expression du stress au travail.* Série La Santé psychologique au travail, de la définition du problème aux solutions (Fascicule 1). Québec : Chaire en Gestion de la Santé et de la Sécurité au Travail, Université Laval.

BRUN, J.-P., BIRON, C., MARTEL, J., & IVERS, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines.* Québec : Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST).

CAMIRAND, H., & NANHOU, V. (2008, Septembre.). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. *Zoom Santé, collection « Santé et bien-être ».* Québec : Institut de la statistique du Québec.

CAPLAN, R.D. (2000). L'adéquation entre l'individu et son environnement. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.17-34.19). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

CARRÉ, J-P. (2007). Préface. Dans A. Bandura (Éd.), *Auto-efficacité personnelle.* Traduction de Jacques Lecomte. Bruxelles : Édition De Boeck Université.

CARTHWRIGHT, S., COOPER, C.L., & MURPHY, L.R. (1995). Diagnosing a healthy organization: a proactive approach to stress in the workplace. Dans Sauter, S.L., & Murphy, L.R. (Eds), *Organizational risk factors for job stress.* Washington, DC : American Psychological Association.

CLAIR, M. (2000). *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations de la* Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. (CMQ). Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec. Édition 2006, Montréal.

COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ). *Santé mentale : de la biologie à la culture.* Gouvernement du Québec. Document électronique récupéré de www.acsm-ca.qc.ca

COOPER, C.L., & MARSHALL, J. (1978). Sources of managerial and white collar stress. Dans Cooper, C.L., & Payne (Éds), *Stress at Work.* Wiley : Chichester.

COOPER, C.L., & SMITH, M. (2000). Le style de gestion. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.37-34.38). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

CORNEIL, D.W. (2000). Le soutien social. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.53-34.55). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur.* Paris : Éditions Odile Jacob.

DANNA, K., & GRIFFIN, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace a review and synthesis of the literature. *Journal of Management, 25*(3) : 357-384.

DESCHESNES, M. (1998, Novembre). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), chez une population adolescente. *Canadian Psychology, 39*(4) : 288-298.

DESROSIERS, G. (1999). Le système de santé au Québec : bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, Octobre, 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française, 53*(1) : 3-18.

DUMOND, J.-P. (2007, Juillet-Octobre). Des psychopathologies cliniques du travail à la gestion : Enseignements en matière de santé au travail et limites de la transdisciplinarité. *La Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion – Organisation, 226-227* : 157-163.

DUSSAULT, G., & DUBOIS, C.-A. (2003). Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger (Éds), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (2e éd.) (pp. 229-259). Québec : Presses de l'Université Laval.

FACAL, J. (2006). *Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance-médicament au Québec et aux États-Unis.* Montréal : Boréal.

FRANKENHAEUSER, M. (2000). La charge de travail. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française) (Vol.1 pp. 34.19-34.20). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

FREUDENDERBER, H.J. (2000). Le stress et le syndrome d'épuisement professionnel: leurs implications sur le lieu de travail. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 5.17-5.18). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

GANGSTER, D.C. (1995). Interventions for building healthy organizations: suggestions for the stress research literature. Dans L.R. Murphy, J.J. Jr., Hurrell, S.L., Sauter, & G.P., Keita, (Éds), *Job stress interventions* (pp. 323-336). Washington, DC : American Psychological Association.

GANSTER, D. (2000). L'autonomie et le contrôle. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.25-34.27). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

GAUMER, B., & FLEURY, M.-J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Éds), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 3-21). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

GÉLINAS, C., LUSSIER, Y., & SABOURIN, S. (1995). Adaptation conjugale : le rôle des attributions et de la détresse psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement, 27*(1) : 21-35.

GOLEMAN, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle 1 : Comment transformer ses émotions en intelligence.* Paris : Robert Laffont.

HARVEY, S., COURCY, F., PETIT, A., HUDON, J., TEED, M., LOISELLE, O., & MORIN, A. (2006). *Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : une synthèse des approches au niveau international.* Montréal : Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail.

HÉBERT, R. (2004). Introduction. Dans R. Hébert, A. Tourigny, & M. Gagnon (Éds), *Intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (volume 2) (p. 1-4). Québec : Edisem.

HOULFORT, N., & RINFRET, N. (sous presse). Favoriser la satisfaction au travail des directeurs généraux di réseau de la santé et des services sociaux : impact du style de leadership adopté et de la passion envers le travail. Dans F. Ben Hassel (Éd.), *Management humain des organisations : grandeurs et misères de la fonction de dirigeant.* Paris : L'Harmattan.

HOUTMAN, I.L.D., & KOMPIER, M.A.J. (2000). Le travail et la santé mentale. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 5.2-5.5). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2. *Santé et Bien-être*, Juillet-Septembre, Québec.

INSTITUT SUR LA GOUVERNANCE D'ORGANISATIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES (2008). *Pour s'assurer d'une gouvernance en santé. Rapport du Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux du Québec.* Montréal : HEC-Montréal; École de gestion John-Molson – Université Concordia.

JEX, S.M. (2000). La définition et la surcharge des rôles. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, p34.30). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

JOLY, J.-P. (2003). *Les facteurs occupationnels menant à la détresse psychologique chez le personnel infirmier.* Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maîtrise en relations industrielles. Université de Montréal.

KARASEK, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*(2) : 285-308.

KARASEK, R. (2000). Le modèle exigences professionnelles/autonomie: une approche sociale, psychologique et physiologique du risqué de stress et la réponse comportementale positive. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.6-34.17). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

KARASEK, R., & THEORELL, T. (1990). *Healthy work : Stress, productivity and the reconstruction of working life.* New York, NY : Basic Books.

KARASEK, R., TRIANTIS, K.P., & CHAUDHRY, S. (1982). Coworkers and supervisor supports as moderators of associations between task characteristics and mental strain. *Journal of Occupational Behaviour, 3*(2) : 181-200.

LABORATOIRE D'ETUDE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA MONDIALISATION (2008). *Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec. Rapport 5 – Enjeux et défies de la pénurie de professionnels de la santé.* Québec : École nationale d'administration publique.

LAMARCHE, P.A. (2008). De la conception à l'action: le point de vue d'un réformateur du système de santé québécois. Dans P. Laborier, P. Noreau, M. Rioux & G. Rocher (Éds), *Les réformes en santé et en justice. Le droit et la gouvernance* (pp.77-82). Québec : Presses de l'Université Laval.

LASSER, J., & KAHN, J.P. (2000). La dépression. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 5.10-5.11). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

LAZARUS, R.S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry, 1*(1) : 3-13.

LÉGARÉ, G., LEBEAU, A., BOYER, R. & ST-LAURENT, D. (1995). *Santé mentale : détresse psychologique. Idées suicidaires et parasuicides.* Dans C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard & M. Levasseur. (Éds), *Et la santé, ça va en 1992-1993*, Vol. 1 (pp. 217-246). Québec : Québec Santé.

LÉGARÉ, G., PRÉVILLE, M., MASSÉ, R., POULIN, C., BOYER, R., & ST-LAURENT, D. (2001). Santé mentale. Dans I.D.L.S.D (Éd.), *Enquête sociale et de santé 1998* (2e éd.). Québec : Santé Québec.

LEITER, M.P., & DURUP, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping, 7* : 357-373.

LEVI, L. (2000). Les facteurs psychosociaux, le stress et la santé. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.3-34.6). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

LORTIE-LUSSIER, M., & RINFRET, N. (2007, Automne). La contribution des femmes à l'émergence de nouvelles cultures organisationnelles : entre réalité et utopie. *Télescope, 13*(4), pp. 1-13.

LUTHANS, F., AVOLIO, B.J., AVEY, J.B., & NORMAN, S.M. (2007). Positive psychological capital : Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personal Psychology, 60*(3) : 541-572.

MAURER, T.J., MITCHELL, D.R.D. & BARBEITE, F.G. (2002). Predictors of attitudes toward a 360 degrees feedback system and involvement in post-feedback management development activity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 75*(1) : 87-107.

MASSÉ, R., POULIN, C., DASSA, C., LAMBERT, J., BÉLAIR, S. & BATTIGLIANI, M.A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec. *Revue canadienne de santé publique, 89*(5) : 352-358. .

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Surmonter un problème de santé mentale au travail. Guide à l'intention des gestionnaires.* Québec : Direction des communications.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens.* Québec : MSSS, Direction des communications

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2005b). *L'invalidité pour causes de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Rapport et recommandations du groupe de travail.* Québec : MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel.

MONK, T.H. (2000). Les horaires de travail. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.20-34.22). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

MORIN, E. (2008, Février). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. Études et recherches* [Rapport R-543]. Montréal : Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du travail, Direction des communications.

MORIN, E.M. (2003). *Stimuler la santé par le travail ? Le cas des cadres supérieurs du réseau de la santé et des services sociaux québécois.* Montréal : École des HEC.

MORIN, E.M. (2001). *La qualité de vie au travail des cadres supérieurs du Réseau de la Santé et des Services Sociaux : rapport d'enquête diagnostique et recommandations.* [Cahier de recherche 01-11]. Montréal : École des HEC.

MURPHY, L.R., & HURRELL, J.J. JR. (2000). L'attribution causale : le locus de contrôle. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.51-34.52). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

NASSE, P., & LÉGERON, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.* Paris : Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

NEIL, J.T., & DIAZ, K.L. (2001). Adventure education and resilience: The double-edged sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 1*(2): 35-42.

NELSON, D.L., & SIMMONS, B.L. (2003). Health psychology and work stress : A more positive approach. Dans Quick, J.C., Tetrick, L.E. (Éds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 97-119). Washington, DC : American Psychological Association.

NIEDHAMMER, I., & SIEGRIST, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue Épidémiologie et santé publique, 46* : 398-410.

NIEDHAMMER, I., SIEGRIST, J., LANDRE, M.F., & GOLDBERG, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre efforts-récompenses. *Revue Épidémiologie et santé publique, 48 :* 419-437.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (2000, Octobre) *Rapport du BIT sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux États-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni.* Genève : Bureau international du Travail, préparé par Phyllis Gabriel & Marjo-Riitta Liimataien.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1948). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé. New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États* (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). Aide Mémoire – Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale. Dans Fédération mondiale pour la santé mentale (éd.), *La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale.* Document électronique récupéré de www.wfmh.org

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Projection of mortality and burden of disease 2002-2030: data sources, methods and results.* Préparé par C.D. Mathers & D. Loncar. Document électronique récupéré de www.who.int

OUELLETTE, S.C. (2000). La détermination. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.49-34.50). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

PATTEN, S., & JUBY, H. (2008, Février). *Profil de la dépression clinique au Canada.* Réseau des centres de données de recherche (éd.), *Série de synthèses de recherche : N° 1.* Document électronique récupéré de www.dspace.ucalgary.ca

PELLETIER, L.G., & VALLERAND, R.J. (1996) Supervisor's beliefs and subordinate's intrinsic motivation: A behavioral confirmation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(2) : 331-340.

PROULX, D. (2008). *Management des organisations publiques. Théorie et applications* (2e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec.

RINFRET, N. (2010). *L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.* Manuscrit soumis pour publication.

RINFRET, N., & NGO MANGUELLE, C. (2007). L'impact de la décroissance organisationnelle chez les fonctionnaires, selon le sexe et le niveau hiérarchique. *Revue de gestion des ressources humaines, 63* : 2-14.

ROUSSEAU, D.M. (2000). Le climat et la culture d'entreprise. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.40-34.41). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

ROUSSEAU, L., & CAZALE, L. (2007). Réforme ou évolution ? Enjeux et opinions sur la régulation et la transformation. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Éds), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 23-37). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

RYFF, C.D., SINGER, B., LOVE, G.D., ESSEX, M.J. (1998). Resilience in adulthood and later life. Defining features and dynamic process. Dans J. Lomraz (Éd.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach.* New York, NY: Springer.

SANTÉ CANADA (2007). Allocution présentée par l'Hon. Tony Clement lors du Forum stratégique sur l'assurance-maladie le 28 septembre 2007. Alton, Ontario. Document électronique récupéré de www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/

SANTÉ QUÉBEC (1995). *Enquête sociale et de santé 1992-1993.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

SANTÉ QUÉBEC (1998). *Enquête sociale et de santé 1998.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

SAUTER, S., MURPHY, L.R., & HURRELL, J.J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders : A national strategy proposed by National Institute for Occupational Safety and Health. *American Psychologist, 45* : 1146-1158.

SCHAUBROECK, J.M. (2000). L'estime de soi. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.50-34.51). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

SELYE, H. (1956). *The stress of life.* New York, NY: McGraw Hill.

SHERER, M., MADDUX, J.E., MERCADANTE, B., PRENTICE-DUNN, S., JACOBS, B., & ROGERS, R.W. (1982). The self-efficacy scale : Construction and validation. *Psychological Reports, 51* : 663-671.

SHIROM, A. (2000). Les manifestations comportementales. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.60-34.62). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

SIEGRIST, J. (1996). Adverse health effects of high effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1) : 27-41.

SMITH, M.J. (2000). Les facteurs ergonomiques. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.24-34.25). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd).

STEPTOE, A., & POLLARD, T.M. (2000). Les manifestations aiguës. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.58-34.60). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

SULS, J. (2000). Les troubles gastro-intestinaux. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.66-34.68). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

THEORELL, T., & JOHNSON, J.V. (2000). Les maladies cardio-vasculaires. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.65-34.66). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

TURGEON, J., ANCTIL, H., & GAUTHIER, J. (2003). *L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ?* Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin & G. Bélanger (Éds), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (2e éd.) (pp. 93-117). Québec : Presses de l'Université Laval.

URSIN, H. (2000). Les réactions immunologiques. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.64-34.65). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

VÉZINA, M., & BOURBONNAIS, R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. Dans Institut de la statistique du Québec (Éd), *Portrait social du Québec. Données et analyses* (pp. 279-287). Québec : Gouvernement du Québec.

WAGNILD, G.M., & YOUNG, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1 :* 165-178.

WARR, P. (2000). Les effets sur le sentiment de bien-être. Dans *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3e édition française), (Vol. 1, pp. 34.62-34.64). Genève : Bureau international du Travail, J.M. Stellman (Éd.).

WILSON, M.G., DEJOY, D.M., VANDENBERG, R.J., RICHARDSON, H.A., & MCGRATH, A.L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being : Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77* : 565-588.

YOUSSEF, C.M., & LUTHANS, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace : The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management, 33*(5) : 774-801.

*Appendice A*

Certificat du Comité d'éthique de recherche (CRÉ-ÉNAP)

# Certificat de conformité éthique (CÉR-ÉNAP)

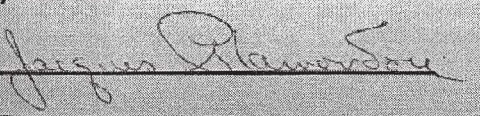
**Numéro de référence** : CÉR-ÉNAP-2008-07

**Date** : 20 mai 2008

**Titre du projet** : *L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.*

**Responsable** : Natalie Rinfret, professeur, ENAP

**Signature du président du CÉR-ÉNAP** :



*Appendice B*

Lettres de partenariats

APER
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

*L'association de cadres au service de ses membres*

Montréal, le 26 octobre 2007

Madame Natalie Rinfret, Ph.D.
Professeure
Titulaire de la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public
École nationale d'administration publique
555, boulevard Charest Est
Québec (Québec) G1K 9E5

**Objet : Participation de notre association à votre projet de recherche**

Madame,

Faisant suite à notre conversation téléphonique du 15 octobre dernier, il me fait plaisir de vous informer que notre association accepte de contribuer à une prochaine étude concernant les cadres des établissements de santé et des services sociaux. Ce projet de recherche, que vous souhaitez entreprendre, constitue une suite de celui que vous avez déjà mené auprès des directeurs généraux de notre réseau.

Notre compréhension de cette recherche que vous souhaitez effectuer auprès des cadres intermédiaires et supérieurs membres de notre association serait de répliquer l'étude précédente tout en modifiant la méthodologie pour pallier aux limites du premier projet. À cet effet, vous aimeriez :
1) Demander à une première moitié de nos membres d'évaluer leur intelligence émotionnelle, leur style de leadership, leur passion au travail, leur mobilisation face au changement, leur efficacité au travail et leur satisfaction. Ainsi, un questionnaire serait distribué auprès de 500 d'entre eux ;
2) Demander à l'autre moitié de nos membres d'évaluer l'intelligence émotionnelle et le style de leadership de leur supérieur et, à partir de cela, d'évaluer leurs propres attitudes et comportements au travail, soit leur mobilisation, leur motivation, leur satisfaction, leur niveau de stress et leur épuisement professionnel. Pour ce deuxième volet du projet de recherche, le questionnaire serait distribué auprès de l'autre 500 personnes.

Lorsque vous serez prête à procéder, il nous faudra convenir ensemble de la meilleure façon de les contacter, ainsi que sur la façon de leur transmettre les éventuels résultats.

Espérant le tout conforme, recevez, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur exécutif,

Michel Legros

3745 St-Jacques, bureau 216, Montréal (Québec) H4C 1H3
Téléphone: (514) 933-4118 Télécopieur: (514) 933-2397 Site web: www.aper.qc.ca Courriel: association@aper.qc.ca



Natalie Rinfret 23

ASSOCIATION DES GESTIONNAIRES
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

Le 23 octobre 2007

Madame Nathalie Rinfret, Ph.D.
Professeure
Titulaire de la Chaire de la Capitale en leadership
dans le secteur public
École nationale d'administration publique
555, boulevard Charest Est
Québec (Québec) G1K 9E5

**Objet : Participation des cadres de notre Association au projet de recherche portant sur le style de leadership, l'intelligence émotionnelle et leurs effets sur l'entourage organisationnel**

Madame Rinfret,

La présente fait suite à votre demande de partenariat pour un projet de recherche impliquant la participation de deux groupes de 500 cadres de notre Association qui en compte près de 6 500. Ces deux groupes participeront donc à une étude empirique que vous mènerez portant sur le style de leadership, l'intelligence émotionnelle et leurs effets sur l'entourage organisationnel. Dans votre correspondance du 18 octobre dernier, vous me soulignez qu'une étude comparable a été menée l'année dernière auprès des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et que d'autres groupes de gestionnaires (i.e. cadres supérieurs et cadres intermédiaires de l'APER) ont accepté de participer à cette étude.

Percevant l'utilité certaine des résultats de cette recherche en termes de production d'un état de situation sur le niveau d'engagement et de mobilisation de nos gestionnaires et de leurs collaborateurs et considérant les éclairages que cette recherche va vraisemblablement apporter en termes des déterminants de cet engagement, nous ne pouvons que souscrire et nous réjouir d'une telle démarche.

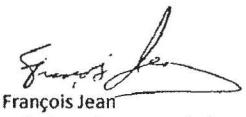
Ainsi, nous voulons par la présente vous confirmer notre désir de participer à cette recherche en vous permettant d'une part d'accéder à un échantillon de gestionnaires de notre Association aux fins de la collecte de données et d'autre part, de contribuer activement à la diffusion des résultats de cette étude auprès de nos membres.

601, boul. Adoncour, bureau 201, Longueuil (Québec) J4G 2M6
Tél. : (450) 651-6000 1-800-361-6526 Téléc. : (450) 651-9750
www.agesss.qc.ca

100%

Sans anticiper les résultats et recommandations de cette étude, permettez-moi de vous féliciter de cette initiative d'envergure qui, nous l'espérons, apportera un meilleur éclairage sur les pratiques de leadership les plus porteuses dans le contexte des changements continus que vivent nos organisations.

Veuillez recevoir, Madame Rinfret, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



François Jean
Président-directeur général
Association des gestionnaires des établissements
de santé et de services sociaux

FJ/cb

c.c. Monsieur Ahmed Benhadji, coordonnateur du service de formation et de développement des compétences en gestion, AGESSS

*Appendice C*

Lettre d'invitation

Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public

ENAP

Québec, le 18 mars 2009

**Destinataires :** Membres des associations (APER, AGESSS, ACSSSS)
Cadres du Réseau de la santé et des services sociaux

**Objet :** Participation au projet de recherche mené par la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public

**Titre du projet:** *L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.*

---

Madame, monsieur,

En collaboration avec les trois associations du personnel d'encadrement des établissements de santé et des services sociaux du Québec, nous sollicitons votre participation à un projet de recherche effectué par madame Natalie Rinfret, Ph.D., titulaire de la *Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public* et professeure à l'ENAP. Ce projet s'inscrit en continuité avec l'étude effectuée en 2006 auprès des directeurs généraux et de leurs collaborateurs du réseau québécois de santé et des services sociaux.

Avec la réforme en cours, les gestionnaires du réseau font face, une fois de plus, à de nombreux défis tout en devant tenir compte du leitmotiv : «... offrir à la population des services de santé et des services sociaux accessibles et de qualité ».

Ainsi, la mise en œuvre de la réforme dans ce secteur d'ores et déjà caractérisé par le changement continu et la complexité de son environnement soulève certaines questions : Quel est le style de leadership le plus approprié dans un tel contexte ? Existe-t-il un lien entre le style de leadership et l'intelligence émotionnelle ? Le style de leadership utilisé par le personnel d'encadrement des établissements de santé et des services sociaux du Québec est-il mobilisateur face au projet commun ? Comment réussir à insuffler à son personnel, dans ce contexte en mouvance, un sentiment de justice organisationnelle, sentiment qui détermine des comportements organisationnels positifs ?

C'est donc dans l'objectif de mieux comprendre ce qu'implique la mobilisation face à cette réforme que nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche. Aussi, par ce projet de recherche, nous voudrions illustrer des figures de leadership dans le réseau de la santé en réalisant des récits de vie auprès de cadres reconnus comme des leaders dans leur milieu. Si vous êtes intéressé à, possiblement, être interviewé pour ce volet de la recherche, veuillez communiquer avec madame Murielle Robitaille au 418-641-3000, poste 6227 ou à murielle.robitaille@enap.ca.

Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public

ENAP

*AVIS DE CONFIDENTIALITÉ*

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte **confidentialité** quant aux réponses que vous fournirez. **En aucun temps**, celles-ci ne seront divulguées aux autres membres du personnel de votre établissement. Nous vous assurons que seule la titulaire de la Chaire aura accès à vos réponses et que les données recueillies ne serviront qu'aux seules fins de la présente recherche. En répondant au questionnaire vous consentez à participer à cette étude.

Les résultats globaux de cette recherche pourront être présentés lors d'un prochain colloque de votre Association. Si vous désirez recevoir les résultats de la recherche, veuillez inscrire votre adresse électronique dans l'encadré prévu à cet effet dans la section « Informations générales » du questionnaire. Par le fait même et pour vous remercier de votre participation, vous serez automatiquement éligible au tirage d'un souper pour deux personnes d'une valeur de 150$.

Une réponse avant le **18 avril 2009** serait grandement appréciée.

Pour accéder aux questionnaires, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous et entrer le mot de passe. Il se peut que vous deviez maintenir le bouton *Contrôle* enfoncé au moment de cliquer sur le lien pour accéder au questionnaire (CTRL + clic pour suivre le lien). Veuillez conserver le lien internet et le mot de passe si vous souhaitez retourner dans le questionnaire.

**Accès au questionnaire** :
https://www.surveymonkey.com/s.aspx?su=L9KCLdo6oIFVpsO2GbP2XA_3d_3d

**Mot de passe** : leadership

Nous vous remercions à l'avance de votre précieuse collaboration. Si vous avez des questions ou commentaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Il nous fera plaisir de vous répondre.

**Natalie Rinfret, Ph.D.**
Titulaire et professeure
Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public

École nationale d'administration publique
555, boulevard Charest Est
Québec (Québec) G1K 9E5
Téléphone: 418-641-3000

Natalie.Rinfret@enap.ca / www.enap.ca

*Appendice D*

Lettre de rappel

Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public

ENAP

Québec, le 13 mars 2009

**Destinataires :** Membres des associations (APER, AGESSS, ACSSSS)
Cadres du Réseau de la santé et des services sociaux

**Objet :** Participation au projet de recherche mené par la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public

**Titre du projet:** *L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.*

---

**RAPPEL**

Madame, monsieur,

Récemment, nous vous faisions parvenir une lettre d'invitation à participer au projet de recherche *« L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux »* effectué par madame Natalie Rinfret. Nous avons déjà reçu de nombreuses réponses.

Si vous avez répondu au questionnaire, ignorez cet avis de rappel et veuillez recevoir de nouveau nos remerciements pour votre collaboration. Si vous n'avez toujours pas complété ce questionnaire, nous sollicitons de nouveau votre précieuse collaboration. Il est indispensable que nous obtenions le plus de réponses possibles afin de pouvoir valider scientifiquement nos analyses.

Une réponse avant le **27 mars 2009** serait grandement appréciée.

Si vous avez des questions ou commentaires, n'hésitez pas à communiquer avec madame Murielle Robitaille au 418 641-3000, poste 6227. Il nous fera plaisir de vous répondre.

**Natalie Rinfret, Ph.D.**
Titulaire et professeure
Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public
École nationale d'administration publique

*Appendice E*

Échelles du questionnaire

## INVENTAIRE DU STYLE DE LEADERSHIP (Bass & Avolio, 1995)

Veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés correspond à vos agissements en milieu organisationnel. Le mot « autre » peut représenter vos collègues, vos clients, les employés sous votre responsabilité directe et/ou tous ces individus.

| Jamais | Rarement | Parfois | Assez souvent | Fréquemment voire toujours |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. J'offre mon assistance aux autres en échange de leurs efforts. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je procède au réexamen des prémisses de base pour m'assurer qu'elles sont appropriées. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Je n'interviens pas jusqu'à ce que les problèmes deviennent sérieux. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Je concentre mon attention sur les irrégularités, les erreurs, les exceptions et les écarts aux normes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. J'évite d'intervenir quand les enjeux importants apparaissent. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Je parle des valeurs et des croyances qui sont les plus importantes pour moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Je m'absente lorsque cela est nécessaire. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Je recherche différentes perspectives lors de la résolution d'un problème. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Je parle de l'avenir avec optimisme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. J'insuffle un sentiment de fierté à ceux qui collaborent avec moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. J'identifie en termes clairs la personne responsable de l'atteinte des objectifs de rendement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. J'attends que les choses tournent mal avant d'agir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Je parle avec enthousiasme de ce qui doit être accompli. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Je souligne l'importance d'avoir des buts. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Je consacre du temps à l'enseignement et au *coaching*. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Je définis clairement ce que l'on peut s'attendre à recevoir lorsque les objectifs de performance sont atteints. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Je démontre que je crois fortement à l'affirmation « si ce n'est pas brisé, ne répare pas ». | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Je vais au-delà de l'intérêt personnel pour le bénéfice du groupe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Je traite les autres comme des individus plutôt que comme les membres d'un groupe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Je fais comprendre que les problèmes doivent être chroniques pour que j'intervienne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. J'agis de manière à inspirer le respect des autres. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 22. Je porte toute mon attention à m'occuper des problèmes, des plaintes et des échecs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Je prends en considération les conséquences morales et éthiques des décisions. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Je prends note de toutes les erreurs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. J'ai confiance en moi et en mes capacités. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. J'exprime une vision articulée du futur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Je me concentre sur les échecs pour atteindre les objectifs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. J'évite de prendre des décisions. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Je considère tous les individus comme ayant des aspirations, des habiletés et des besoins qui leur sont propres. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. J'amène les autres à considérer les problèmes sous des angles différents. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. J'aide les autres à développer leurs forces. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Je suggère de nouvelles façons dans la manière d'accomplir les tâches. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Je fais traîner les questions urgentes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Je mets l'accent sur l'importance de se donner une mission collective. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. J'exprime ma satisfaction lorsque les autres performent conformément aux attentes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Je me montre confiant quant à l'atteinte des objectifs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Je réussis à satisfaire les besoins professionnels des autres. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. J'utilise des styles de leadership adéquats. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. J'amène les autres à faire plus que ce à quoi ils s'attendaient. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Je réussis à bien représenter les autres auprès de la haute direction. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Je travaille avec les autres de manière satisfaisante. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Je donne de l'importance au désir de réussite des autres. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Je réussis à satisfaire efficacement les exigences de l'organisation. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. J'accentue chez les autres la volonté de travailler plus fort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Je dirige un groupe qui est efficace | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## EFFICACITÉ PERSONNELLE

(Bosscher & Smit, 1998)

En pensant à votre travail actuel, indiquez à quel point vous êtes en accord avec chaque énoncé.

| Pas du tout en accord 1 | Un peu en accord 2 | Moyennement en accord 3 | Assez en accord 4 | Très fortement en accord 5 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Si une tâche semble trop compliquée, je ne me donnerai pas la peine d'essayer de l'accomplir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. J'évite d'essayer d'apprendre de nouvelles choses lorsqu'elles semblent trop difficiles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Lorsque j'essaie quelque chose de nouveau, j'abandonne rapidement si je ne réussis pas du premier coup. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Lorsque je fais des plans, je suis certain que je peux les réaliser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si je ne peux pas réussir une tâche la première fois, je continue d'essayer jusqu'à ce que je réussisse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Lorsque je dois faire quelque chose de désagréable, je persiste jusqu'à ce que je la finisse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Lorsque je décide de faire quelque chose, je le fais en allant droit au but. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. L'échec me conduit à essayer avec encore plus de détermination. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Lorsque je me fixe des objectifs personnels importants, je les atteints rarement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Je me sens dans l'incapacité de gérer la plupart des problèmes auxquels je me heurte dans ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Quand des problèmes inattendus surviennent, j'ai du mal à les maîtriser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Je ressens de l'insécurité face à ma capacité à accomplir des tâches. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## SENTIMENT D'EFFICACITÉ ORGANISATIONNELLE

(échelle originale, inspirée de Brassard, 2009)

Indiquez, au moyen de l'échelle-réponse ci-dessous, à quel point vous êtes en accord avec chaque énoncé.

| Pas du tout en accord 1 | Un peu en accord 2 | Moyennement en accord 3 | Assez en accord 4 | Tout à fait en accord 5 | Ne s'applique pas ou ne sais pas 6 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Grâce à mon organisation, j'ai la possibilité d'améliorer mes compétences. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je peux obtenir le support nécessaire de mon supérieur hiérarchique dans l'amélioration de mes compétences. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Mon organisation me supporte pour trouver des solutions en cas de problème pouvant entraver mes efforts de développement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Grâce à mon organisation, j'ai la possibilité d'améliorer ma performance dans mon travail. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Mon organisation met à ma disposition les moyens nécessaires me permettant d'atteindre les résultats attendus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Avez-vous été soumis à une évaluation au cours de la dernière année, dans l'affirmative, répondez aux deux questions suivantes, dans la négative, indiquez ne s'applique pas.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. Grâce à mon organisation, je peux accomplir les actions requises pour réaliser les améliorations indiquées dans mon rapport d'évaluation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. J'estime que mon organisation met à ma disposition les moyens me permettant d'améliorer ma performance sur les comportements évalués. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## RÉSILENCE

(Neil & Diaz, 2001)

Lisez chaque énoncé et choisissez, parmi les réponses possibles, celle qui vous décrit le mieux.

| Pas du tout en accord 1 | Très peu en accord 2 | Un peu en accord 3 | Moyennement en accord 4 | Assez en accord 5 | Fortement en accord 6 | Très fortement en accord 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Lorsque je fais des plans, je les concrétise. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Je suis fier d'avoir réalisé des accomplissements au cours de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Je suis déterminé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Je suis discipliné. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Je peux habituellement trouver quelque chose qui me fait rire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Quand je suis dans une situation difficile, je peux habituellement trouver une façon de m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. J'ai assez d'énergie pour entreprendre ce que je dois faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

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

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

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Vous êtes-vous senti seul ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Avez-vous eu des blancs de mémoire ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu les « bleus » ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Vous êtes-vous laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Vous êtes-vous senti négatif envers les autres ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance ? | 1 | 2 | 3 | 4 |

SI VOUS AVEZ ENCERCLÉ « 1 » POUR « JAMAIS » À CHACUNE DES QUESTIONS DE 1 À 14, PASSEZ À LA QUESTION 20 ; SINON, RÉPONDEZ À LA QUESTION 15.

15. Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations ?

| | | |
|---|---|---|
| Les deux dernières semaines | | Si vous répondez « Les deux dernières semaines » ou « Le dernier mois », passez à la question 20. |
| Le dernier mois | | |
| Les six derniers mois | | Si vous répondez « les six derniers mois », « La dernière année » ou « plus d'un an », passez à la question 16 |
| La dernière année | | |
| Plus d'un an | | |

| | | |
|---|---|---|
| 16. **Au cours des 6 derniers mois**, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale ? | Oui | Non |
| 17. **Au cours des 6 derniers mois**, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ? | Oui | Non |
| 18. **Au cours des 6 derniers mois,** est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres) ? | Oui | Non |
| 19. Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations ? | Oui | Non |

20. Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en général…

| | √ |
|---|---|
| excellente? | |
| très bonne? | |
| bonne? | |
| moyenne? | |
| mauvaise? | |

21. Globalement, au travail je me sens en général stressé…

| | √ |
|---|---|
| jamais | |
| rarement | |
| parfois | |
| assez souvent | |
| fréquemment, voire toujours | |

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

**1. Âge** _____

**2. Sexe** ( √ ) Féminin ☐ Masculin ☐

**3. Dans quelle région habitez-vous ?** _____

**4. Quelle est votre situation familiale ? ( √ )**

- Avec conjoint et avec enfant(s) à charge☐
- Avec conjoint et sans enfant à charge ☐
- Sans conjoint et avec enfant(s) à charge ☐
- Sans conjoint et sans enfant à charge ☐

**5. Quel est votre niveau de scolarité ? ( √ )**

Secondaire ☐ Technique ☐ Certificat☐ Baccalauréat☐

Maîtrise ☐ Doctorat ☐ Autre : _____

**6. Votre revenu annuel brut ? ( √ )**

- Entre 30 000 $ et 39 999 $ ☐
- Entre 40 000 $ et 59 999 $ ☐
- Entre 60 000 $ et 79 999 $ ☐
- Entre 80 000 $ et 100 000 $ ☐
- Plus de 100 000 $ ☐

**7. Depuis combien d'année(s) travaillez-vous dans le réseau de la santé ?**

_____ année(s) _____ mois

**8. Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi actuel ?**

_____ année(s) _____ mois

**9. Combien d'employés supervisez-vous ?**

_____ année(s) _____ mois

**10. Quelle est votre semaine régulière de travail ?** _____ heures/semaine

**11. Quelle fonction occupez-vous ? ( √ )**

- Cadre supérieur ☐
- Cadre intermédiaire ☐

**12. Le poste que vous occupez fait partie de quel département, service ou direction ?**

_____

**LA CHAIRE LA CAPITALE EN LEADERSHIP DANS LE SECTEUR PUBLIC VOUS REMERCIE DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !**

*Appendice F*

Rapports de fréquence de non-réponses

Tableau 6.

Fréquence et taux de non-réponse liés aux individus (*N*=73)

| Variables | Fréquence | Pourcentage |
|---|---|---|
| Âge | 1 | 1,40% |
| Sexe | 0 | 0,00% |
| Région | 2 | 2,80% |
| Statut familial | 1 | 1,40% |
| Scolarité | 0 | 0,00% |
| Revenu annuel brut | 0 | 0,00% |
| Expérience du Réseau | 0 | 0,00% |
| Ancienneté de poste | 0 | 0,00% |
| Fonction | 0 | 0,00% |
| Nombre d'employés | 4 | 5,60% |
| Semaine régulière de travail | 1 | 1,40% |
| IIA (LT) | 8 | 11,20% |
| IIC (LT) | 8 | 11,20% |
| IM (LT) | 8 | 11,20% |
| SI (LT) | 8 | 11,20% |
| CI (LT) | 8 | 11,20% |
| Leadership transformationnel (LT) | 8 | 11,20% |
| Initiative (AEP) | 0 | 0,00% |
| Effort (AEP) | 0 | 0,00% |
| Persévérance (AEP) | 0 | 0,00% |
| Auto-efficacité personnelle (AE) | 0 | 0,00% |
| Dépression (DP) | 0 | 0,00% |
| Anxiété (DP) | 0 | 0,00% |
| Irritabilité (DP) | 0 | 0,00% |
| Symptômes cognitifs (DP) | 0 | 0,00% |
| Détresse psychologique (DP) | 0 | 0,00% |
| Sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel (SEO) | 0 | 0,00% |
| Résilience (R) | 0 | 0,00% |

Tableau 7

Fréquence et taux de non-réponse liés aux instruments

| Variables | Total | Fréquence de NA | Pourcentage |
|---|---|---|---|
| Idealized Influenced Attributed (IIA) –LT | 292 | 32 | 10,96% |
| Idealized Influenced Behavior (IIC) – LT | 292 | 33 | 11,30% |
| Idealized Influenced Motivation (IIM) – LT | 292 | 33 | 11,30% |
| Intellectual Stimulation (IS) – LT | 292 | 32 | 10,96% |
| Individualized Consideration (IC) – LT | 292 | 33 | 11,30% |
| Leadership transformationnel (LT) | 1460 | 163 | 11,16% |
| Initiative (AEP) | 219 | 0 | 0,00% |
| Effort (AEP) | 365 | 2 | 0,55% |
| Persévérance (AEP) | 292 | 1 | 0,34% |
| Auto-efficacité personnelle (AE) | 876 | 3 | 0,34% |
| Sentiment d'efficacité d'ordre organisationnel (SEO) | 511 | 27 | 5,28% |
| Anxiété | 219 | 2 | 0,91% |
| Dépression | 365 | 1 | 0,27% |
| Irritabilité | 219 | 1 | 0,46% |
| Symptômes cognitifs | 146 | 0 | 0,00% |
| Détresse psychologique (DP) | 949 | 4 | 0,42% |
| Résilience (R) | 511 | 1 | 0,20% |

*Note.* Les informations concernent uniquement les instruments. Les échelles auxquelles se rapportent les sous-échelles apparaissent entre parenthèses.

*Appendice G*

Résultats des analyses liées au profil sociodémographique

Tableau 8

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ($N$=73)

| Variables | | Fréquence | Pourcentage |
|---|---|---|---|
| Âge | 30 ans et moins | $n$=3 | 4,2 % |
| | 31 à 34 ans | $n$=5 | 7,0 % |
| | 35 à 44 ans | $n$=15 | 21,0 % |
| | 45 à 54 ans | $n$=31 | 43,4 % |
| | 55 ans et plus | $n$=18 | 25,2 % |
| | NA | $n$=1 | 1,4 % |
| Scolarité | Secondaire | $n$=1 | 1,4 % |
| | Technique | $n$=4 | 5,6 % |
| | Certificat | $n$=6 | 8,4 % |
| | Baccalauréat | $n$=23 | 32,2 % |
| | Maîtrise | $n$=36 | 50,4 % |
| | Autre | $n$=3 | 4,2 % |
| Situation familiale | Avec conjoint et enfant | $n$=37 | 51,8 % |
| | Avec conjoint / sans enfant | $n$=20 | 28,0 % |
| | Sans conjoint / avec enfant | $n$=4 | 5,6 % |
| | Sans conjoint / sans enfant | $n$=11 | 15,4 % |
| | NA | $n$=1 | 1,4 % |
| Région | Montérégie | $n$=16 | 22,4 % |
| | Montréal | $n$=15 | 21,0 % |
| | Capitale-Nationale | $n$=13 | 18,2 % |
| | Lanaudière | $n$=5 | 7,0 % |
| | Bas-St-Laurent | $n$=4 | 5,6 % |
| | Autres régions | $n$=18 | 25,2 % |
| | NA | $n$=2 | 2,8 % |

*Notes.* Âge moyen ($N$=72) 47,72, $ÉT$=8,45 ; Femmes ($n$=53) $M$=46,77, $ÉT$=8,45 ; Hommes ($n$=18) $M$=50,11, $ÉT$=8,94.

Tableau 9

Caractéristiques du profil professionnel de l'échantillon (*N*=73)

| Variables | | Fréquence | Pourcentage |
|---|---|---|---|
| Revenu annuel brut | Entre 40 000 et 59 999 $ | *n*=4 | 5,6 % |
| | Entre 60 000 et 79 999 $ | *n*=36 | 50,4 % |
| | Entre 80 000 et 100 000 $ | *n*=31 | 43,4 % |
| | Plus de 100 000 $ | *n*=2 | 2,8 % |
| Semaine de travail régulière | Entre 30 et 34 heures | *n*=1 | 1,4 % |
| | Entre 35 et 39 heures | *n*=20 | 28,0 % |
| | Entre 40 et 44 heures | *n*=22 | 30,8 % |
| | Entre 45 et 49 heures | *n*=18 | 25,2 % |
| | 50 et 54 heures | *n*=3 | 4,2 % |
| | Plus de 55 heures | *n*=8 | 11,2 % |
| | NA | *n*=1 | 1,4 % |
| Expérience du Réseau | De 6 à 10 ans | *n*= 6 | 8,4 % |
| | De 11 à 15 ans | *n*=6 | 8,4 % |
| | De 16 à 20 ans | *n*=12 | 16,8 % |
| | De 21 à 25 ans | *n*=14 | 19,6 % |
| | De 26 à 30 ans | *n*=17 | 23,8 % |
| | De 31 à 35 ans | *n*=9 | 12,6 % |
| | Plus de 35 ans | *n*=9 | 12,6 % |
| Ancienneté de poste | De 0 à 5 ans | *n*=49 | 68,6 % |
| | De 6 à 10 ans | *n*=17 | 23,8 % |
| | De 11 à 15 ans | *n*=2 | 2,8% |
| | De 16 à 20 ans | *n*=4 | 5,6 % |
| | De 21 à 25 ans | *n*=1 | 1,4 % |

*Appendice H*

Résultats d'analyses relatives à la troisième hypothèse

Tableau 10

Corrélations entre la détresse psychologique et l'efficacité « organisationnelle » selon le genre

| Genre | *r* Pearson | Sig. | *N* (valide) |
|---|---|---|---|
| Féminin | -,522** | ,000 | 54 |
| Masculin | -,308 | ,213 | 18 |
| Échantillon | -,427** | ,000 | 73 |

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

*Annexe I*

Résultats d'analyses des variables exogènes

Tableau 11

Résultats de la comparaison de moyennes concernant la détresse psychologique selon le groupe d'âge

| Variable | Âge | *N* | Moyenne | Écart-type | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Détresse psychologique | Groupe 1. 46 ans et moins | 26 | 1,5561 | ,45658 | ,055* |
| | Groupe2. 47 ans et plus | 46 | 1,7944 | ,52000 | ,048 |

*$p$< 0,05

Tableau 12

Résultats de l'analyse de variance (ANOVA) concernant la détresse psychologique selon le groupe d'âge

| | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | *F* | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Inter-groupes | ,943 | 1 | ,943 | 3,799 | ,055* |
| Intra-groupes | 17,380 | 70 | ,248 | | |
| Total | 18,323 | 71 | | | |

*$p$< 0,05.

Tableau 13

Résultats concernant la détresse psychologique au travail selon le nombre d'années d'expérience au sein du réseau

| Groupes | *N* | Moyenne | Écart-type | Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne | | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Borne inférieure | Borne supérieure | | |
| 0-10 ans | 11 | 1,7197 | ,49374 | 1,3880 | 2,0514 | 1,00 | 2,50 |
| 11-20 ans | 18 | 1,4236 | ,42881 | 1,2104 | 1,6369 | 1,00 | 2,29 |
| 21-30 ans | 32 | 1,7878 | ,54382 | 1,5917 | 1,9838 | 1,00 | 3,13 |
| 31 ans et plus | 12 | 1,8646 | ,42385 | 1,5953 | 2,1339 | 1,13 | 2,54 |
| Total | 73 | 1,7003 | ,50906 | 1,5816 | 1,8191 | 1,00 | 3,13 |

Tableau 14

Résultats de l'analyse de variance (ANOVA) de la détresse psychologique selon le nombre d'années d'expérience au sein du réseau

| | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | *F* | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Inter-groupes | 1,951 | 3 | ,650 | 2,685 | ,053 |
| Intra-groupes | 16,708 | 69 | ,242 | | |
| Total | 18,659 | 72 | | | |

Tableau 15

Résultats post hoc - test de Tukey – de l'ANOVA concernant le nombre d'années d'expérience du réseau sur la détresse psychologique au travail

| (I) Groupe | (J) Groupe | Différence de moyennes (I-J) | Erreur standard | Sig. | Intervalle de confiance à 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Borne inférieure | Borne supérieure |
| 0-10 ans | 11-20 ans | ,29609 | ,18832 | ,401 | -,1997 | ,7919 |
| | 21-30 ans | -,06806 | ,17199 | ,979 | -,5209 | ,3847 |
| | 31 ans et plus | -,14489 | ,20541 | ,895 | -,6857 | ,3959 |
| 11-20 ans | 0-10 ans | -,29609 | ,18832 | ,401 | -,7919 | ,1997 |
| | 21-30 ans | -,36415 | ,14498 | ,067 | -,7458 | ,0175 |
| | 31 ans et plus | -,44097 | ,18339 | ,086 | -,9238 | ,0418 |
| 21-30 ans | 0-10 ans | ,06806 | ,17199 | ,979 | -,3847 | ,5209 |
| | 11-20 ans | ,36415 | ,14498 | ,067 | -,0175 | ,7458 |
| | 31 ans et plus | -,07682 | ,16657 | ,967 | -,5154 | ,3617 |
| 31 ans et plus | 0-10 ans | ,14489 | ,20541 | ,895 | -,3959 | ,6857 |
| | 11-20 ans | ,44097 | ,18339 | ,086 | -,0418 | ,9238 |
| | 21-30 ans | ,07682 | ,16657 | ,967 | -,3617 | ,5154 |