

# Prédiction de la satisfaction professionnelle et de la qualité de vie ; évaluation des soignants en milieu institutionnel et en ambulatoire

Andrew J. Darr<sup>(1)</sup>, Earl H. Faulkner<sup>(2)</sup>, Robert L. Schalock<sup>(3)</sup>

---

**RÉSUMÉ** Les objectifs de cette étude étaient : d'examiner certaines caractéristiques individuelles et professionnelles de prédiction de la satisfaction professionnelle et l'évaluation de la qualité de la vie des soignants en milieu institutionnel et en ambulatoire, travaillant avec des personnes souffrant de troubles du développement. Les auteurs ont conçu un modèle d'analyse de la satisfaction professionnelle et de la qualité de la vie, modèle basés sur la littérature. Dans cette étude, un échantillon total (N = 73) fut composé de 40 soignants institutionnels et de 33 travaillant en ambulatoire, dans la région de sud-ouest de l'Iowa. Le Work Related Satisfaction and Stress Questionnaire (Questionnaire des liens entre satisfaction et stress professionnels ; Bersani et Heifitz, 1985) et le Quality of Life Questionnaire (Questionnaire de Qualité de Vie ; Schalock et Keith, 1993) ont été employés afin de mesurer la satisfaction professionnelle

et la qualité de vie chez les soignants. Une analyse de corrélation a indiqué un rapport positif entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie. Une analyse de régression linéaire a mis en valeur que l'éducation, la netteté des rôles, et la qualité de formation pouvaient constituer des prédicateurs de satisfaction professionnelle. En conclusion, un test t a indiqué des différences significatives entre les scores moyens des soignants institutionnels ou ambulatoires pour deux des quatre dimensions de la qualité de vie (satisfaction et indépendance).

**MOTS CLES** Qualité de vie ; Evaluation de la qualité de la vie, satisfaction professionnelle.

**INTRODUCTION** La qualité de la vie des patients a été une dimension importante d'évaluation

(1) Département de psychologie, Hastings College, Hastings, Nebraska, USA.

\* Correspondance : Mr. Andrew Darr, 5605 N, 163rd St Omaha, NE, USA 68116

(2) Département de psychiatrie, University of Nebr. Medical Center, Omaha, Nebraska, USA.

(3) Département de psychologie, Hastings College, Hastings, Nebraska, USA



et de réformes des services destinés aux personnes souffrant de retard mental et de troubles développementaux (RM, TD), garantissant la qualité de vie des patients et la qualité administrative des institutions (Schalock, 1994). Cependant, une nouvelle tendance de l'évaluation de la qualité de vie cherche à évaluer la qualité de vie des soignants des patients présentant un RM ou des TD (Faulkner, 1995). La recherche sur la qualité de vie des soignants trouve des implications importantes dans les programmes internes d'évaluation. Wright et Cropanzano (2000) et Warr (1999) ont constaté que le bien-être psychologique des soignants est sensiblement lié au rendement des professionnels, à un moindre absentéisme, et à la réduction du turn-over (Warr, 1999).

La qualité de la vie, à un niveau fondamental, est une mesure subjective et empirique du bien-être mental et physique, ou de la satisfaction globale d'une personne. Cummins (1996) et Schalock (1997) discutent deux aspects de la qualité de la vie. Tout d'abord, il s'agit d'un concept multidimensionnel, finalement subjectif, et reflété principalement dans un sens global par le bien-être ou la satisfaction. En second lieu, les concepts au centre de cette notion de qualité de vie sont : le bien-être émotionnel, la qualité des relations interpersonnelles, le bien-être matériel, le développement personnel, le bien-être physique, la détermination individuelle, l'inclusion sociale, et l'assurance de bénéficier

de ses droits (Schalock, 1997). Les aspects importants d'une vie de qualité incluent : la perception de la satisfaction globale de la vie, les sentiments de compétence ou de productivité, le sentiment d'indépendance, et la perception d'appartenance sociale et d'intégration au sein de la communauté (de Schalock et Keith, 1993).

Romney et Evans (1996) ont constaté que la satisfaction professionnelle affectait le bien-être psychologique et physique d'un groupe de participants en bonne santé, effectuant une étude particulièrement intéressante en termes de rapports entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie parmi des adultes en bonne santé. La recherche de la satisfaction et de l'effort professionnel chez des soignants de personnes souffrant de RM/TD a augmenté durant les dernières décennies (Hatton, 1999; Hatton, Emerson, Rivers, Mason, Mason, Swarbrick, Kiernan, Reeves, et Alborz, 1999; Jenkins, Rose, et Lovell, 1997; Rose, 1999). La nécessité de maintenir la satisfaction et les performances professionnelles est mise en valeur dans les programmes d'évaluation des professionnels de tous services. (Emerson, Remington, Hatton, et Hastings, 1995 ; Hatton et coll., 1999a ; Jenkins et coll. 1997) et constitue un facteur déterminant de la qualité de vie des patients souffrant de RM/TD (Bradley, Taylor, Mulhern, et Leff, 1997; Robertson, Gilloran, McGlew, et McKee, 1995).

De nombreuses études ont étudié l'influence et la prévisibilité de plusieurs



facteurs de stress, facteurs personnels, environnementaux, et professionnels, influant la satisfaction professionnelle chez les soignants. Bromley et Emerson (1995) ont par exemple démontré que les difficultés quotidiennes à assurer les processus de soin chez les soignants et la méconnaissance générale du comportement des patients contribuaient de manière significative aux demandes émotionnelles élevées chez les soignants confrontés à des personnes au comportement provocant, générant un stress élevé chez ces soignants.

L'étude de Bromley et de Emerson (1995) est importante, car elle suggère la nécessité de l'enseignement conventionnel et de la formation appropriée des soignants afin d'améliorer la satisfaction professionnelle. De nombreuses études se sont concentrées sur les effets de la formation des employés en lien aux résultats des services, tels que le rendement (Brodin, 1998; Levy, et Samowitz, 1994; Smith-Jentsch, Jentsch, Payne, et Salas, 1996 ; Van Gelder, Gold, et Schalock, 1996) et la qualité de la formation et du perfectionnement du personnel sur la satisfaction professionnelle (Birdi, Allan, et Warr, 1997; Kacmar, Wright, et McMahan, 1997).

Plusieurs études ont souligné l'importance de la formation du soignant et de la clarté de l'organisation administrative dans les services destinés aux personnes souffrant de RM/TD (Brodin, 1998; Hatton et Emerson, 1998; Hatton et autres 1999). Dans une étude longitudinale de turn-over

de personnel parmi les soignants, dans un service résidentiel pour des personnes souffrant de troubles fonctionnels multiples, Hatton et Emerson (1998) ont constaté que les soignants qui avaient le moins bénéficié de formation et qui éprouvaient le moins d'ambiguïté par rapport à leurs rôles étaient plus enclins à arrêter le programme en présentant une moins bonne organisation face aux rôles professionnels. L'étude de Hatton et Emerson (1998) a prouvé que les deux meilleurs prédicteurs de turn-over chez les soignants étaient le degré de satisfaction du rendement, et le niveau de support des pairs.

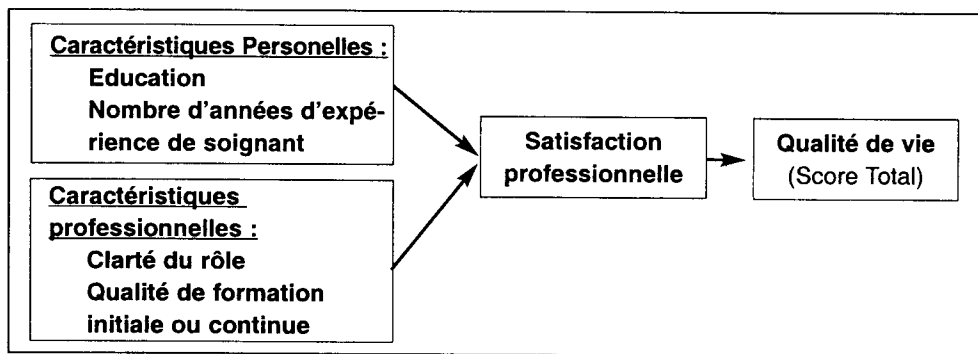
Le but de cette étude était d'examiner la satisfaction professionnelle et la qualité de vie en s'appuyant sur la littérature à ce sujet, relative aux soignants de personnes souffrant de RM/TD. Des données ont été recueillies au sein d'institutions et de services ambulatoires (ou semi-institutionnels) destinés aux personnes souffrant de RM/TD et ont été appliquées à un modèle théorique présenté en figure 1. Le modèle retrace les hypothèses des auteurs, comprenant quatre variables prédictibles de la satisfaction professionnelle, se prolongeant vers un rapport entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie des soignants. Ces quatre variables définies pour prévoir la satisfaction professionnelle sont composées de deux caractéristiques personnelles (éducation et nombre d'années d'exercice comme soignant) et de



deux caractéristiques professionnelles (perception des rôles et qualité de formation). Ce modèle est basé sur la

littérature courante sur la satisfaction et l'effort professionnels.

FIGURE 1  
MODÈLE THÉORIQUE DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE ET DE QUALITÉ DE VIE



Cinq hypothèses ont été évaluées sur la base de ce modèle théorique : (1) le degré de formation d'un soignant détermine sa satisfaction professionnelle ; (2) le nombre d'années d'exercice comme soignant prévoit la satisfaction professionnelle ; (3) la qualité de perception de leur rôle prévoit la satisfaction professionnelle ; (4) la qualité de formation des soignants détermine la satisfaction professionnelle ; et (5) il existe un rapport positif entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie des soignants. Un niveau alpha de .05 a été retenu pour tous les traitements statistiques.

#### MÉTHODE PARTICIPANTS.

Un échantillon de 73 participants a été recruté au sein d'équipements institutionnels et ambulatoires situés dans la région du

sud-ouest de l'Iowa. Quarante soignants ont été choisis parmi un service institutionnel public et administré, alors que 33 soignants étaient choisis parmi des maisons et des appartements thérapeutiques ambulatoires et semi-indépendants. Chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé et fourni des informations démographiques, relatives à son éducation, et à son histoire professionnelle.

Les participants étaient en majorité mariés (63 %), blancs (97 %), et de sexe féminin (66 %), de 21 à 61 ans. Dix-huit pour cent des soignants en ambulatoires avaient un niveau d'éducation comparable à la licence ou plus ; seuls 7 % des soignants d'institutions avaient ce niveau. Les deux groupes ont décrit la qualité de leur formation sur le RM, et leur perception de leur rôle comme



étant au moins des soignants adéquats (ou plus) (49 %, 60 % respectivement).

#### MESURES.

Le protocole se constitue de trois sections : (1) Les informations démographiques, éducatives et professionnelles des soignants ; (2) Les questionnaires Work related Satisfaction and stress (WRSS) ; et (3) Le questionnaire de qualité de vie Quality of life questionnaire de Schalock et Keith (1993). Les WRSS ont été fondés à partir d'échelles développées par Bersani et Heifetz (1985) dont la fiabilité et la validité ont été démontrées. Le questionnaire de satisfaction se compose de 19 questions conçues pour évaluer le niveau de la satisfaction en lien avec l'activité professionnelle et sa perception. Le questionnaire de stress est composé de 21 questions conçues pour identifier les potentiels facteurs de stress. L'alpha de Cronbach était 88 pour le questionnaire de satisfaction, et de 90 pour le questionnaire de stress.

Le questionnaire de qualité de vie de Schalock et Keith est une mesure fiable de la qualité de vie chez les soignants (Schalock et Keith, 1993 ; Schalock, Le Nelson, Sutton, Hotten, et Sheehan, 1997). Ce questionnaire est divisé en quatre sous-sections se composant de 10 questions chacune, liées à la satisfaction, aux compétences (productivité), à l'indépendance et aux qualités personnelles, ainsi qu'à l'intégration sociale. La méthode de cotation ordinale de chaque sous-section consistait à noter chaque

question de 3 à 1, avec 3 étant "le plus, le plus souhaitable" et 1 étant "le moins, le moins souhaitable", avec un score total maximum de 30. La totalité des scores de qualité de vie est alors calculée, avec un score maximum de 120. Les sous-scores pour chaque section sont pris en compte dans l'analyse de la qualité de vie totale. Les données complètes de fiabilité et de validité sont rapportées dans le manuel d'étalonnage (Schalock et Keith, 1993). Pour l'étalonnage et les échantillons courants, les coefficients internes de fiabilité et d'uniformité (alpha de Cronbach) étaient de 90. Des données confirmatives de fiabilité et de validité sont rapportées dans Campo, Sharpton, Thompson, et Sexton (1997) et Lobley (1992). Des données additionnelles d'étalonnage peuvent être trouvées in Schalock et Faulkner (1997).

#### PROCÉDURE.

Le même protocole a été proposé à chacun des 73 participants, avec un taux de réponse de 99% pour les questionnaires de WRSS et de la qualité de vie. Les soignants ont été invités à répondre à des questions de la première section concernant les aspects démographiques, l'éducation reçue, et leur historique professionnel, à savoir : âge ; sexe ; race/ethnie ; état civil; éducation (plus haut niveau) ; fonctions courantes de travail ; historique de travail, y compris le nombre d'années dans ce champ d'activité ; raisons invoquées de devenir un soignant ; qualité de formation par



rapport au RM/TD ; et rapport hiérarchique dans l'équipe. Dans la deuxième section du protocole, les soignants ont été invités à répondre aux questionnaires de WRSS, ils ont été invités à indiquer leur niveau perçu de satisfaction ou d'effort sur une échelle de 1 à 4: (1) ce n'est pas du tout une source de satisfaction/stress, (2) C'est une faible source de satisfaction/stress (3) c'est une source moyenne de satisfaction/stress (4) c'est une source significative de satisfaction/stress. Des scores totaux ont été compilés pour chaque questionnaire. Une méthode de cotation ordinale a été employée, avec des 4 étant le score le plus haut et 1 étant le score le plus bas possible pour chaque question. Ainsi, les mesures des niveaux les plus élevés de satisfaction et de stress ont été compilées et analysées.

La troisième et dernière section du protocole était le questionnaire de qualité de vie, de Schalock et de Keith (1993). Les soignants ont été invités à répondre à 10 questions relatives à chacune des quatre sous-sections.

#### **TRAITEMENT DES DONNÉES.**

Des coefficients de corrélation de Pearson ont été compilés afin de déterminer les corrélations bimodales significatives parmi les quatre variables de prédiction, le programme, les fonctions courantes de travail, la raison primaire de devenir un soignant, la satisfaction professionnelle, les contraintes du travail, et l'ensemble de la qualité de la vie. Une matrice de

corrélations a été créée séparément pour analyser les corrélations bimodales entre la qualité de la vie totale et chaque sous-section de la qualité de vie. Deux analyses multimodales intra-groupe employant une régression linéaire multiple ont été employées pour déterminer l'impact de l'éducation, de la qualité de formation, de la clarté du rôle, et des années passées comme soignant sur la satisfaction professionnelle et la qualité de la vie perçues. En plus des analyses multimodales et de la corrélation bimodale, un test d'indépendance t a été employé pour mesurer les différences entre les moyennes des groupes (sur la qualité du questionnaire de qualité de vie) pour l'institution et les modalités de soins ambulatoires. Toutes les analyses statistiques ont été fondées sur le Protocole Statistique pour les Sciences Sociales (SPSS/PC) système de traitement informatique (SPSS inc., 2000).

#### **RÉSULTATS LA CORRÉLATION POSITIVE.**

La corrélation positive entre la qualité de vie totale et la satisfaction professionnelle ( $r(72) = .428, p < .01$ ) a été indiquée dans la première corrélation bimodale. Une plus longue analyse a indiqué que l'éducation était négativement corrélée avec la satisfaction professionnelle ( $r(71) = -.28, p < .05$ ) et les années passées en tant que soignant ( $r(70) = -.26, p < .05$ ), alors que ce nombre d'années était très corrélé avec la qualité de formation



( $r(70) = .30, p < .05$ ). La perception du rôle est nettement corrélée avec la satisfaction professionnelle ( $r(72) = .24, p < .05$ ) et la qualité de vie totale ( $r(73) = .36, p < .01$ ). La satisfaction professionnelle est également corrélée avec la qualité de vie ( $r(72) = .34, p < .01$ ).

#### RÉGRESSION MULTIPLE.

Les résultats de la première analyse de régression multiple ont indiqué que trois des quatre variables de prédiction (éducation, qualité de formation par rapport aux RM/TD, et perception claire du rôle) ont répondu à l'exigence de validation ( $F$  à entrer  $< .05$ ) pour l'inclusion dans l'équation de régression ( $F = 7,159, p < .001$ ). La régression multiple a montré une corrélation substantielle entre les trois variables de prédiction et la satisfaction professionnelle (variable dépendante) ( $R = .501$ ). La valeur de régression a indiqué qu'environ 25 % de la variance dans la satisfaction professionnelle pouvait être expliquée par les trois variables de prédiction. L'éducation était le meilleur prédicateur de la satisfaction professionnelle ( $\beta = -.41$ ). La perception claire du rôle était le deuxième meilleur

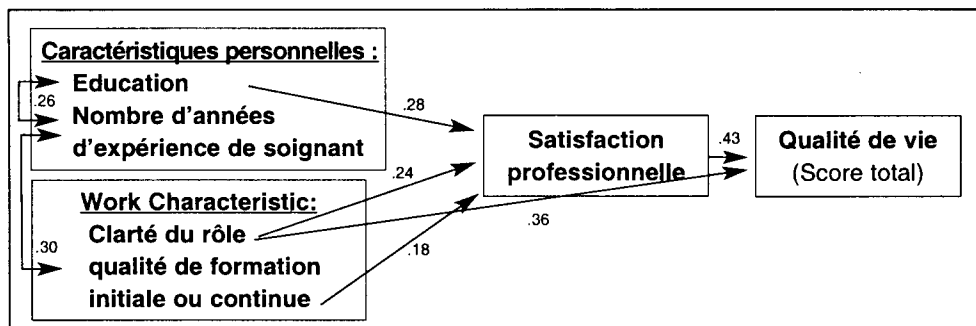
prédicateur de la satisfaction professionnelle ( $\beta = .32$ ), suivi de qualité de formation ( $\beta = .25$ ). La direction de l'influence de l'éducation était négative, alors que les autres variables des deux prédicateurs démontraient une influence positive. Le nombre d'années en tant que soignant n'ont pas montré de prédictibilité et cette variable a donc été exclue de l'équation de régression ( $\beta = -.13$ ).

Les résultats de la deuxième analyse de régression multiple ont indiqué que, des 4 variables de prédiction, seule la perception claire du rôle a montré la une qualité prédictive par rapport à la qualité de vie ( $\beta = .33$ ), répondant ainsi à l'exigence ( $F$  à entrer  $< .05$ ) pour l'inclusion dans l'équation de régression ( $F = 8,190, p < .006$ ). La régression multiple a montré une corrélation modérée entre la clarté de perception du rôle et la qualité de vie (variable dépendante) ( $R = .330$ ). La valeur de régression a indiqué qu'environ 11% de la variance de la qualité de la vie pouvait être expliquée par la clarté de la perception du rôle. La direction cette influence était positive. Le traitement statistique pour la satisfaction professionnelle et la qualité de la vie est présentée sur le schéma 2.



FIGURE 2

MODÈLE STATISTIQUE DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE ET DE QUALITÉ DE VIE.



**INSTITUTIONNEL ET AMBULATOIRE.**

les résultats de l'analyse d'indépendance des groupes (test t) ont indiqué que les moyens pour les soignants différaient de manière

significative pour la satisfaction professionnelle et les sous-sections d'indépendance du questionnaire de qualité de vie. Le tableau 1 en contient un résumé.

TABEAU 1

SCORES MOYENS DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE ET DE STRESS ET VARIABLES DE QUALITÉ DE VIE.

Variable	Program		Sig T
	Institutionnel	Communautaire	
Satisfaction professionnelle	54.74	55.55	0.600
Stress professionnel	41.10	35.18	0.304
Satisfaction (QDV)	23.95	24.85	0.015
Compétence/Productivité (QDV)	24.50	24.58	0.180
Responsabilisation/Indépendance	28.20	28.82	0.038
Appartenance sociale/Intégration Communautaire	28.20	28.82	0.038
<b>Score total de Qualité de Vie</b>	<b>28.20</b>	<b>28.82</b>	<b>0.038</b>

**DISCUSSION** Les résultats de la première analyse de régression multiple ont produit les statistiques qui ont confirmé toutes nos hypothèses concernant

l'organisation de la satisfaction professionnelle sauf une. La première hypothèse prévoyait que le degré de formation déterminait cette satisfaction professionnelle. La force du coefficient





bêta relatif à l'éducation dans l'équation de régression a confirmé cette hypothèse, montrant que cette variable avait le plus fort coefficient de prévisibilité pour la satisfaction professionnelle. Les soignants peuvent estimer qu'ils sont sur-qualifiés, sous-qualifiés, ou peu satisfaits de la perception par le public de leur rôle, abaissant ainsi la satisfaction professionnelle et augmentant la probabilité du turn-over (Hatton et Emerson, 1998 ; Johnson et Johnson, 1996).

La deuxième hypothèse postulait que le nombre d'années ouvrées comme soignant déterminait la satisfaction professionnelle. Cette variable a été exclue de l'équation de régression de la satisfaction professionnelle à cause de faibles coefficients bêta. Par conséquent, la deuxième hypothèse n'a pas été confirmée. Cependant, une analyse de régression multiple semblable en utilisant le stress comme variable dépendante a révélé un lien direct et important entre les années ouvrées comme soignant et stress. D'autres études seraient nécessaires pour mettre en valeur ce lien entre stress et nombre d'années d'exercice.

La troisième hypothèse stipulait que la clarté de l'organisation des rôles devait prédire la satisfaction professionnelle. La force du coefficient bêta pour la clarté des rôles dans l'équation de régression a confirmé cette troisième hypothèse, montrant que cette variable constituait la deuxième source de prédictibilité de la satisfaction professionnelle. En outre,

la direction positive du coefficient bêta couplé à la corrélation positive entre la clarté des rôles et la satisfaction de travail est conforme à la littérature courante sur la perception claire des rôles, l'ambiguïté des rôles, et la satisfaction professionnelle (Chung et Corbett, 1998; Hatton et Emerson, 1998 ; Hatton et coll., 1999).

La quatrième hypothèse déclarait que la qualité de formation des soignants prévoirait la satisfaction professionnelle. La force du coefficient bêta pour la qualité de formation dans l'équation de régression a confirmé cette hypothèse, montrant une forte prévisibilité de la satisfaction professionnelle. En outre, la direction positive du coefficient bêta couplé à la corrélation positive entre qualité de formation et satisfaction professionnelle est conforme à la littérature courante sur la formation du personnel et la satisfaction professionnelle (Birdi et coll., 1997 ; Kacmar et coll., 1997).

L'analyse de corrélation a indiqué que la qualité de formation agit en tant que variable de médiation dans le rapport entre nombre d'années ouvrées comme soignant et satisfaction professionnelle.

Enfin, la cinquième hypothèse prévoyait un rapport positif entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie des soignants. Les résultats d'une analyse bimodale de corrélation ont indiqué une corrélation forte et positive entre la satisfaction professionnelle et cette qualité de vie des soignants, confirmant de fait cette hypothèse. Ces résultats sont conformes aux résultats de



Romney et d'Evans (1996) et suggèrent que le rapport entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie puisse être appliqué aux soignants de personnes souffrant de RM/TD, en institution ou en ambulatoire. Les résultats suggèrent également que la qualité de vie des soignants se situe dans la continuité du modèle analytique présumé de satisfaction professionnelle, dans le sens où satisfaction physique globale et bien-être émotif d'un soignant seraient en grande partie influencés par leur satisfaction ou mécontentement en ce qui concerne leur travail. Le rapport entre satisfaction professionnelle satisfaction globale de la vie a été dans ce sens bien documenté (Judge et Locke, 1993 ; Judge et Watanabe, 1993 ; Tait, Padgett, et Baldwin, 1989 ; Wright, Bennett, et Dun, 1999).

Les résultats de la seconde analyse de régression, associée à une analyse de corrélation bimodale, a indiqué des résultats inattendus et remarquables entre la clarté de la perception des rôles et la qualité de vie. Mouly et Sankaran (1998) ont constaté que la clarté des rôles, entre d'autres variables organisationnelles, a influencé la perception de la qualité de vie chez les soignants.

Ce rapport entre la clarté des rôles et la qualité de la vie n'avait pas été prévu par le modèle théorique ; cependant, le rapport est important, ainsi, davantage de recherche dans le secteur de qualité de vie des soignants seraient nécessaires. L'éducation, les années ouvrées comme soignant, et la qualité de formation n'ont eu aucun

effet significatif sur la qualité de vie, qui est conforme au modèle théorique cité plus haut. Les résultats du test t d'indépendance ont indiqué des différences significatives entre les soignants institutionnels et ambulatoires dans leur perception de qualité de vie et dans leurs capacités d'indépendance et d'évolution personnelle. Les moyennes de qualité de vie et d'indépendance/évolution personnelle étaient plus hautes chez les soignants travaillant en ambulatoire. Bien que ces résultats ne furent pas initialement prévus, les résultats du test t restent conformes à la littérature courante, spécifiant un comportement plus grave et plus provocant des patients institutionnalisés que des patients en ambulatoire (Faulkner, 1995; Rose et coll., 1998), expliquant ainsi la moindre satisfaction et les plus faibles capacités d'indépendance et d'évolution chez les soignants institutionnels.

Le modèle de satisfaction personnelle et de qualité de vie illustre une corrélation linéaire entre certains aspects professionnels, reliés à la vie quotidienne des soignants ainsi qu'à leur perception de cette qualité de vie. L'utilisation de l'analyse de régression multiple a permis aux auteurs de suggérer des rapports influents entre les caractéristiques personnelles et professionnelles pour expliquer ce modèle de satisfaction ; cependant, le faible nombre de variables prédictives ont limité l'analyse de régression et la portée de l'étude elle-même. Cependant, l'importance de cette étude réside dans l'analyse du



lien entre la satisfaction professionnelle et la qualité de vie parmi soignants travaillant avec des personnes atteintes de RM/TD, la rendant unique dans son exploration de deux facteurs importants : la satisfaction professionnelle et la qualité de vie. Les auteurs proposent que ce modèle soit appliqué à l'évaluation de programmes destinés aux personnes souffrant de RM/TD, ainsi que dans l'évaluation du bien-être, du turn-over, et du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants.

Langue Originale : Anglais.

Reçu : 2 juin 2000.

Accepté : 20 mars 2002.

#### RÉFÉRENCES

- Bersani, H. A. & Heifetz, L. J. (1985). Perceived stress and satisfaction of direct-care staff members in community residences for mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, n° 90(3), 289-295.
- Birdi, K., Allan, C. & Warr, P. (1997). Correlates and perceived outcomes of 4 types of employee development activity. *Journal of Applied Psychology*, n° 82(6), pp. 845-57.
- Blumenthal, S., Lavender, T. & Hewson, S. (1998). Role clarity, perception of the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability : a comparison between a National Health Service trust and a charitable company. *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 42, pp. 409-17.
- Bradley, V. J., Taylor, M., Mulkern, V. & Leff, J. (1997). Quality issues and personnel: In search of competent community support workers. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of Life: Vol. II. Application to persons with disabilities* (pp. 149-164). Washington, DC : American Association of Mental Retardation.
- Brodin, J. (1998). Implementation of new technology for persons with mental retardation and the importance of staff education. *International Journal of Rehabilitation Research*, n° 21(2), 155-68.
- Bromley, J. & Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, n°39, pp. 341-52.
- Campo, S. F., Sharpton, W. R., Thompson, B. & Sexton, D. (1997). Correlates of the quality of life of adults with severe or profound mental retardation. *Mental Retardation*, n° 35(5), pp. 329-337.
- Chung, M. C. & Corbett, J. (1998). The burnout of nursing staff working with challenging behaviour clients in hospital-based bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, n° 35(1-2), 56-64.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, n° 38(3), pp. 303-328.
- Dougherty, L. M., Bolger, J. P., Preston, D. G. & Jones, S. S. (1992). Effects of



- exposure to aggressive behavior on job satisfaction of health care staff. *Journal of Applied Gerontology*, n° 11(2), pp. 160-72.
- Dyer, S. & Quine, L. (1998). Predictors of job satisfaction and burnout among the direct care staff of a community learning disability service. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, n° 11(4), pp. 320-32.
  - Emerson, E., Remington, B., Hatton, C. & Hastings, R. P. (eds.). (1995). Special Issue of Staffing. *Mental Handicap Research*, n° 8, pp. 215-339.
  - Faulkner, E. H. (1995). Quality of Life: A Comparative Study of Institutional and Community-Based Care for Adults with Mental Retardation. Unpublished doctoral dissertation, University of Nebraska, Lincoln.
  - Hatton, C. (1999). Staff stress. In Bouras, N. (Ed.), et al. (1999), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 427-438). New York, NY : Cambridge University Press.
  - Hatton, C. & Emerson, E. (1998). Brief report: Organisational predictors of actual staff turnover in a service for people with multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, n° 11(2), pp. 166-171.
  - Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves, D., & Alborz, A. (1999b). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 43(4), 253-267.
  - Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D., & Alborz, A. (1999a). Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 43(3), 206-218.
  - Jahr, E. (1998). Current issues in staff training. *Research in Developmental Disabilities*, n° 19(1), pp. 73-87.
  - Jenkins, R., Rose, J., & Lovell, C. (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 41(6), 502-511.
  - Johnson, G. J. & Johnson, W. R. (1996). Perceived overqualification and psychological well-being. *Journal of Social Psychology*, n° 136(4), pp. 435-445.
  - Johnson, R. & Rusch, F. R. (1990). Analysis of hours of direct training provided by employment specialists to supported employees. *American Journal on Mental Retardation*, n° 94(6), pp. 674-82.
  - Judge, T. A. & Locke, E. A. (1993). Effect of dysfunctional thought processes on subjective well-being and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, n°78, pp. 939-48.



- Judge, T. A. & Watanabe, S. (1993). Another look at the job satisfaction-life satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology*, n° 78, pp. 939-48.
- Kacmar, K. M., Wright, P. M. & McMahan, G. C. (1997). The effect of individual differences on technological training. *Journal of Managerial Issues*, n° 9(1), pp. 104-120.
- Loble, J. (1992). Community living for people with learning disabilities : Is "quality of life" a useful guiding concept ? Unpublished BSc Degree. Lancashire, England : Lancashire Polytechnic.
- Mouly, V. S. & Sankaran, J. K. (1998). The behavior of Indian R&D project groups : An ethnographic study. In J. A. Wagner (Ed.), *Advances in qualitative organization research*, Vol. I (pp. 137-160). Greenwich, CT, USA : Jai Press, Inc.
- Romney, D. M. & Evans, D. R. (1996). Toward a general model of health-related quality of life. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, n° 5(2), pp. 235-241.
- Rose, J. (1999). Stress and residential staff who work with people who have an intellectual disability : a factor analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 43(4), 268-278.
- Rose, J., Jones, F., & Fletcher, B. (1998). Investigating the relationship between stress and worker behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 42(2), 163-72.
- Schalock, R. L. (1994). Quality of Life, quality enhancement, and quality assurance : Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. *Evaluation and Program Planning*, n° 17, pp. 121-131.
- Schalock, R. L. (Ed.) (1997). *Quality of Life : Vol. II : Application to persons with disabilities*. Washington DC : American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. & Faulkner, E. H. (1997). Cross-Validation of a Contextual Model of Quality of Life. *European Journal on Mental Disability*, n° 4(14), pp. 18-27.
- Schalock, R. L., & Keith, K. D. (1993). *Quality of Life questionnaire*. Worthington, Ohio : IDS Publishing Co.
- Schalock, R. L., Nelson, S., Sutton, S., Hotten, S., & Sheehan, M. (1997). A multidimensional evaluation of the current status and QOL of mental health services recipients. *SigLoCero(Spain)*, 28(4), pp. 5-12.
- SPSS, Inc. (2000). *SPSSPC user's guide*. New York : McGraw-Hill.
- Tait, M., Padgett, M. Y. & Baldwin, T. T. (1989). Job and life satisfaction : A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology*, n° 74,



pp. 502-07.

- Van Gelder, M., Gold, M., Schalock, R. L. (1996). Does training have an impact: The evaluation of a competency based staff training program in supported employment. *Journal of Rehabilitation Administration*, n° 20(4), 273-287.
- Warr, P. (1999). Well-being and the workplace. In Kahneman, D. (Ed.), Diener, E. (Ed.), et al. (1999). *Well-being : The foundations of hedonic psychology* (pp. 392-412). New York, NY : Russell Sage Foundation.
- Wright, T. A., Bennett, K. K. & Dun, T. (1999). Life and job satisfication. *Psychological Reports*, n° 84(3), pp. 1025-1028.
- Wright, T. A. & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, n° 5(1), pp. 84-94.

