

**Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé
sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé
des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec**

**Rapport de recherche soumis au
Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)
Programme national de recherche et de développement en santé (PNRDS)**

Renée Bourbonnais, DSc
Romaine Malenfant, PhD
Chantal Viens, PhD
Michel Vézina, Md, MPh, FRCP
Chantal Brisson, PhD
Denis Laliberté, Md, MPh, FRCP
Janet Sarmiento, M.A.

**Équipe de recherche RIPOST
Université Laval
et
Direction de la santé publique de Québec**

Août 2000

Cette étude a pu être effectuée grâce aux subventions
du PNRDS, 6605-5313-001
et du CQRS, RS-3119-097

Vous pouvez vous procurer ce document, au coût de 20 \$ (incluant la TPS), en faisant votre chèque à l'ordre du CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et en le faisant parvenir à l'adresse suivante :

Madame Renée-Claude Landry
Centre de documentation
CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières
55, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1R 1S9
Téléphone : (418) 641-2572, poste 551
Télécopieur : (418) 522-5437
Courriel : reneeclaude.landry@ssss.gouv.qc.ca

Toute citation doit identifier la source.

Mots-clés : environnement psychosocial de travail, restructuration, infirmières, santé mentale.

Dépôt légal : 2000
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 2-9804576-6-6

© CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'une recherche réalisée de l'automne 1997 à l'automne 1999 par des chercheur-e-s de l'Université Laval et de la Direction de la santé publique de Québec grâce à des subventions obtenues du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) et du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). L'étude avait comme objectifs de mesurer et comprendre les impacts de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières de l'agglomération de Québec et de rendre compte des stratégies individuelles et collectives déployées par les infirmières pendant cette période de transition.

La population étudiée est constituée des infirmières à l'emploi de CHSCD, de CHSLD ainsi que de CLSC de l'agglomération de Québec où se sont produits différents changements lors de la transformation du réseau de la santé. Parmi les 16 établissements ciblés, 13 ont accepté de participer à l'étude. Toutes les infirmières qui offraient des soins infirmiers et étaient détentrices de poste à temps complet et à temps partiel au 1er avril 1995 ont été incluses dans l'étude.

Pour l'atteinte des objectifs énoncés, l'équipe a eu recours à une approche multiméthode, c'est-à-dire, l'utilisation par alternance planifiée des techniques quantitatives et qualitatives lors du recueil et de l'analyse des données. Ainsi, le volet quantitatif de la recherche, réalisé au moyen de deux questionnaires téléphoniques et d'une analyse des absences pour maladies certifiées, comprend trois études épidémiologiques, l'une de type longitudinal (1993-1999) et les autres suivant un devis transversal. Pour sa part, le volet qualitatif comporte l'analyse compréhensive d'une quarantaine d'entrevues semi-dirigées avec des informateurs clés, d'une dizaine d'entretiens focalisés et des témoignages de 41 infirmières.

Le volet quantitatif de la recherche a mis en évidence une forte prévalence de problèmes de santé mentale chez les infirmières de l'agglomération de Québec, depuis le début de la transformation, plus précisément, en 1997 et 1998. Les résultats font état d'un nombre important d'infirmières ayant vécu un niveau élevé de détresse psychologique et ayant déclaré une consommation de médicaments psychotropes. Ils révèlent aussi une augmentation de la durée des absences pour maladie certifiée quel que soit le diagnostic et une augmentation de la fréquence et de la durée des absences pour un diagnostic de santé mentale. Un nombre important d'infirmières déclarent avoir été exposées à un niveau élevé de demande psychologique au travail et à un faible soutien social de la part des collègues ou des supérieurs. Elles sont aussi nombreuses à avoir subi une augmentation de la charge de travail, une diminution de la latitude décisionnelle et une diminution de soutien social au travail et à avoir expérimenté de nombreux

conflits de rôle, et cela de façon relativement stable pour les années 1997 et 1998. Ces contraintes de l'environnement psychosocial du travail ont été associées aux problèmes de santé et particulièrement aux indicateurs de santé mentale mesurés chez les infirmières de l'étude. Il ressort des analyses que les infirmières qui ont vécu au moins un changement d'unité de soins s'absentent plus souvent pour un problème de santé mentale. Les infirmières qui déclarent une tension psychologique au travail (demande élevée et latitude faible) éprouvent plus souvent de la détresse psychologique et s'absentent plus souvent pour maladie que celles qui ne sont pas soumises à cette tension.

L'analyse compréhensive des entrevues a mis en évidence l'impact majeur de la déstabilisation des équipes de travail sur les rapports sociaux et le processus d'individualisation de la pratique chez les infirmières. L'intensité du changement a été d'autant plus forte que la recomposition des équipes de gestion et des équipes de soins a été simultanée, alors que l'alourdissement et la complexification des soins amenés par la réforme aurait demandé davantage de soutien et d'encadrement. Les pertes successives de collègues, de clientèles, des routines de travail et les changements d'unité de travail, ont été vécus comme autant de deuils qui ont effrité progressivement le sentiment d'appartenance et fait émerger chez les infirmières des réactions de méfiance, de perte de confiance et de retrait. Ce bouleversement des rapports sociaux a ainsi affaibli leur capacité de développer des stratégies collectives efficaces pour faire face à la restructuration.

Les multiples recompositions des équipes et la surcharge de travail entraînée par le manque d'expérience des nouvelles infirmières a rendu difficile la reconstitution de la solidarité d'équipe. Les différences de culture de travail, de niveaux de qualifications, de statuts d'emploi et de routines de travail ont provoqué un sentiment de perte d'identité et mis en échec le rapport au travail et fragilisé l'état de bien-être des infirmières.

La restructuration du réseau de la santé, tout en créant un déséquilibre dans les conditions qui prévalaient avant sa mise en place, a provoqué une dissonance dans les préoccupations professionnelles des infirmières, ces dernières considérant que la qualité de leur travail a été affectée par l'alourdissement des tâches et la hausse de la charge de travail. Les infirmières ont exprimé avoir perdu le sens de leur travail, vivre une opposition entre la prestation de soins physiques et la relation d'aide auprès des patients; elles avouent également se sentir démobilisées et essouffées, une situation qui s'est traduite, pour une bonne partie d'entre elles, par un niveau de détresse psychologique élevé.

Ainsi, les conclusions de cette recherche nous permettent d'identifier les principaux facteurs de l'environnement de travail qui, en étant modifiés ou intensifiés lors d'une restructuration organisationnelle, sont susceptibles d'influencer positivement ou négativement la santé des infirmières, leur pratique professionnelle et leur vie familiale. À partir de cette analyse épidémiologique et compréhensive, il est possible de dégager des orientations pour des interventions futures dans les milieux de travail du réseau de la santé dans le but de favoriser la diminution ou l'élimination des contraintes objectives de l'environnement de travail.

REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pu être réalisée sans le précieux concours financier du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) et du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Nous tenons aussi à souligner la contribution du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dont la subvention a permis la réalisation de la première enquête téléphonique en 1997.

Nous souhaitons exprimer notre plus grande reconnaissance à chacune des infirmières qui ont offert de leur temps et nous ont fait partager leur vécu en participant à cette étude. La collaboration des directeurs des ressources humaines et des soins infirmiers ainsi que des représentantes syndicales de chacun des treize établissements participants nous ont été d'un grand appui.

Nous remercions tout particulièrement, pour leur disponibilité et leur intérêt, les membres du Comité aviseur de la recherche qui contribuent par leurs réflexions, depuis le printemps 1997, à une meilleure compréhension de la réalité et des contraintes du travail infirmier durant cette période de transition. Leur concours a permis à l'équipe de recherche d'adapter ses outils de cueillette au contexte du réseau de la santé.

Nous avons pu bénéficier des bons services de la firme de sondage dirigée par Messieurs Marcel et Karl-Érick Giner lors des étapes de réalisation des questionnaires téléphoniques. Nous voulons leur témoigner notre reconnaissance pour leur rigueur dans le traitement des informations.

Plusieurs assistantes de recherche ont participé à différentes étapes de la réalisation de cette étude : Mesdames Monique Comeau, Nancy Côté, Ann Lower, Mélanie Lavoie-Tremblay, Caroline Arsenault, Marise Chénard, Gwendal Emond et Hélène Thibeault. Nous tenons à souligner leur contribution efficace.

Nous voudrions également faire part de nos remerciements à Madame Julie Jacques, Madame Caty Blanchette et Monsieur Marc Simard pour la réalisation des analyses statistiques, de même qu'à Madame Lidy Van de Vliet et Madame Françoise Blais pour leur contribution à la mise en forme de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
REMERCIEMENTS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	vi
INTRODUCTION.....	1
I. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	3
II. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	9
III. LES EFFETS DE LA REFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET LA SANTÉ DES INFIRMIÈRES : RÉSULTATS DU VOLET QUANTITATIF.....	11
1. L'ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE.....	11
2. LES ABSENCES POUR MALADIE.....	13
3. UNE MISE EN GARDE DANS L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS.....	18
IV. UNE VISION COMPRÉHENSIVE DU TRAVAIL INFIRMIER EN PÉRIODE DE TRANSITION. RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF.....	19
1. L'INTENSITÉ DU CHANGEMENT TEL QUE PERÇUE PAR LES INFIRMIÈRES.....	19
2. LES STRATÉGIES FACE AUX CHANGEMENTS.....	25
3. LE CONTEXTE DE VIE HORS TRAVAIL.....	29
4. L'AVENIR PROFESSIONNEL.....	30
V. CONCLUSION.....	33
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES.....	44
ANNEXE I : ILLUSTRATION DES MODÈLES D'ANALYSE.....	45
ANNEXE B : MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUALITATIF.....	48
ANNEXE C : MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUANTITATIF.....	51
ANNEXE D : TABLEAUX DES RÉSULTATS DES ÉTUDES QUANTITATIVES.....	57

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1	MODÈLE THÉORIQUE D'ADAPTATION AUX TENSIONS DÉCOULANT DE COUPURES BUDGÉTAIRES DANS LES ORGANISATION DE TRAVAIL, INSPIRÉ DE JICK (1985, 1987) ET DE KLANDERMANS, VAN VUUREN ET JACOBSON (1991).....	45
FIGURE 2 :	MODÈLE DE KARASEK DU STRESS AU TRAVAIL*	46
FIGURE 3 :	MODÈLE DE DÉSÉQUILIBRE ENTRE L'EFFORT ET LA RECONNAISSANCE AU TRAVAIL.....	47
TABLEAU B-1 :	RÉPARTITION DES INFORMATEURS CLÉS RENCONTRÉS SELON LEURS ÉTABLISSEMENTS (11) ET LEURS SECTEURS D'ACTIVITÉS.....	49
TABLEAU B-2 :	DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES RENCONTRÉES SELON LEURS ÉTABLISSEMENTS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES ET DÉMOGRAPHIQUES	50
TABLEAU C-1 :	CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES AYANT PARTICIPÉ AU QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE 1997 ET 1998	58
TABLEAU C-2 :	DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES SELON LES VARIABLES PROFESSIONNELLES	59
TABLEAU C-3 :	DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES SELON LES VARIABLES DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	60
TABLEAU C-4 :	RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC À 95%) ENTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) ET DIFFÉRENTES VARIABLES DE L'ÉTUDE.....	61
TABLEAU C-5 :	RAPPORTS DE PRÉVALENCES (RP) AJUSTÉS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC À 95%) ENTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET DIFFÉRENTES VARIABLES DE L'ÉTUDE	

TABLEAU C-6 : DISTRIBUTION DES ABSENCES POUR MALADIE CERTIFIÉES EN FONCTION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES ET DE LA DURÉE MOYENNE	64
TABLEAU C7 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DES AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ.....	65
TABLEAU C-8 : DENSITÉ D'INCIDENCE DES ABSENCES POUR MALADIE ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) TOUS DIAGNOSTICS ET DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE	66
TABLEAU C-9 : DURÉE MOYENNE, NOMBRE MOYEN DE JOURS D'AUGMENTATION PAR PÉRIODES DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 98,75% (IC À 98,75%).....	67
TABLEAU C-10 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DES CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL AU TRAVAIL	68
TABLEAU C-11 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DE LA TENSION AU TRAVAIL ET LA CHARGE FAMILIALE	69
TABLEAU C-12: RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DES CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL AU TRAVAIL	70
TABLEAU C-13 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DE LA CHARGE FAMILIALE	71

INTRODUCTION

Depuis environ cinq ans, on assiste à une restructuration majeure du réseau de la santé. Les objectifs sous-tendant cette restructuration visent une meilleure efficacité administrative du système et son adaptation aux besoins changeants de la population. Une réorganisation en profondeur des services de santé accompagnée d'une rationalisation serrée de l'utilisation des ressources et du volume de dépenses ont donc été amorcées au milieu des années 1990 avec la volonté d'assurer une vision intégrale des soins (1). L'application de cette restructuration a vite créé des remous dans le réseau de la santé et continue de soulever des controverses (2). La principale critique concerne l'intérêt trop grand accordé aux restrictions budgétaires au détriment de la qualité des soins et des milieux de travail. Une compression d'environ 7% des dépenses administratives et de soutien, la diminution drastique du personnel soignant et du nombre de lits ont accompagné la fusion ou la fermeture d'établissements et le changement de mission de plusieurs autres. Le virage ambulatoire, tel que prévu, a amené la réduction des jours et des taux d'hospitalisation ainsi que la diminution des durées de séjour en centre hospitalier (3). Cependant, le développement des services à domicile s'est effectuée à un rythme différent augmentant la tension exercée sur l'organisation du travail et le système de soins (4).

Ainsi, dans la foulée de ces transformations structurelles, l'organisation du travail des soins infirmiers a été profondément bouleversée notamment par le départ à la retraite de nombreuses infirmières entre 1996 et 1997 et par l'adoption d'un nouveau système de soins intégraux (OIIQ, 1998). Le personnel infirmier a vécu un mouvement sans précédent de redistribution des postes de travail qui a occasionné de multiples supplantations, déstabilisé les équipes de travail, dilué l'expertise et envenimé le climat de travail. Les impacts de telles restructurations sont peu documentés. En effet, la littérature scientifique tout comme les débats publics s'intéressent plus particulièrement aux stratégies administratives, aux modes de gestion, à la qualité des services et à la satisfaction de la clientèle, alors que les impacts sur la santé physique et mentale du personnel soumis à de tels changements sont beaucoup moins connus. La restructuration du réseau de santé québécois présentait donc pour l'équipe de recherche une possibilité des plus intéressantes de contribuer à l'amélioration des connaissances en santé au travail.

Grâce à une subvention du PNRDS et du CQRS, et donnant suite à une première enquête réalisée en 1997 (5), l'équipe de recherche a entrepris une étude longitudinale et compréhensive des impacts de la réforme du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières de l'agglomération de Québec. Le présent rapport expose et discute les résultats de cette recherche effectuée auprès de 2006 infirmières. Le texte fait état, d'abord, des apports théoriques et des études empiriques

pouvant aider à la compréhension des sources de tension en milieu de travail et plus spécifiquement des facteurs de risque engendrés ou renforcés par des changements organisationnels d'envergure. Les objectifs et le devis de recherche sont ensuite présentés. Puis, les principaux résultats sont décrits suivis, dans la dernière section, des principales conclusions de la recherche et de ses implications pour la conception de politiques d'intervention.

I. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Les vertus du travail pour la santé sont largement reconnues, notamment dans un contexte où la sécurité et les conditions d'emploi ne sont plus la caractéristique principale du marché. Il y a toutefois de solides évidences suggérant que certaines conditions de travail, physiques et psychosociales puissent affecter la santé et la qualité de vie au travail (6).

Depuis 1980, le modèle Demande-Latitude de la tension au travail développé par Karasek et Theorell (7) a dominé la recherche empirique sur les facteurs psychosociaux au travail. Il suppose que les personnes exposées à une forte tension au travail, c'est-à-dire à une combinaison de demande psychologique élevée et de latitude décisionnelle faible, risquent davantage de vivre des problèmes de santé. Les demandes psychologiques proviennent de la quantité de travail exigée, de l'effort intellectuel requis et des contraintes de temps entourant l'exécution du travail. La latitude décisionnelle réfère à la possibilité d'utiliser et de développer des habiletés et compétences liées au travail et au degré d'autorité et de participation aux décisions concernant ce travail. Johnson et Hall (8) ont ajouté au modèle le Soutien Social au travail qui viendrait modérer l'effet de la tension au travail sur la santé. Ces contraintes ont été associées à une série d'effets sur la santé physique et mentale (9) [van der Doef, 1999 #1504; van der Doef, 1998 #1505]. Toutefois, ce modèle n'a pas encore été suffisamment documenté dans le contexte d'une organisation en période de turbulence.

Plus récent, le modèle «Déséquilibre Effort-Récompense» de Siegrist (10) est venu compléter le modèle de Karasek, contribuant à mieux rendre compte des conditions contemporaines du marché du travail (insécurité d'emploi, fragilité du statut professionnel) et de l'effet modérateur des profils de personnalité des individus sur les impacts de la tension au travail. Ce modèle s'appuie sur le concept de «réciprocité sociale» i.e. la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre compte tenu de l'effort fourni au travail. C'est lorsque cette attente n'est pas satisfaite, que surgit un déséquilibre entre les efforts consentis et les récompenses attendues (11); ainsi, des situations de travail qui combinent des efforts élevés et de faibles récompenses entraîneraient des réactions pathologiques tant sur le plan émotionnel que physiologique (12). Ce modèle a été appuyé par diverses études notamment en ce qui concerne l'incidence de maladies cardio-vasculaires (13, 14) (15-17) (16). L'effet indépendant du modèle par rapport à celui de Karasek a été évalué lors des études sur les maladies coronariennes (17) et la santé mentale (18) [De Jonge, 2000 #1485].

Or, si les apports théoriques et la recherche empirique portant sur les effets des facteurs psychosociaux sur la santé physique et mentale sont de plus en plus consistants, l'impact des transformations organisationnelles majeures sur le bien-être des employés concernés reste, par contre, beaucoup moins documenté. Ces transformations incluent la perte ou la menace de perte d'emploi (fermeture d'entreprise, réduction de personnel, reclassement et autres), les restructurations organisationnelles telles que la réingénierie, les réformes administratives ou fonctionnelles et l'implantation de nouvelles formes d'organisation de production ou de travail (e.g.«lean production», travail en équipe, redesign socio-technique du travail).

Plusieurs auteurs intéressés à l'insécurité d'emploi découlant de changements structurels dans les organisations de travail l'ont étudiée auprès de travailleurs menacés de perdre leur emploi (19). Toutefois, l'insécurité d'emploi, vue comme l'impuissance perçue de maintenir la continuité désirée dans une situation d'emploi, ne doit pas être accolée uniquement à la perte de l'emploi puisqu'elle génère aussi des incertitudes chez les employé-e-s qui demeurent actifs dans l'organisation, les survivant-e-s des restructurations organisationnelles (20).

Comme l'a déjà souligné Ferrie et al (21, 22), les effets négatifs de l'insécurité d'emploi et l'anticipation de la perte d'emploi sur la santé se feraient sentir avant même que le licenciement ne survienne. Ils se traduiraient par la diminution du niveau de santé physique et mentale déclaré, l'augmentation des absences pour maladie ainsi que la détérioration de certains indicateurs de santé (23); (24)Hartley et al, 1991; (22, 25, 26). L'anticipation de la perte d'emploi serait associée particulièrement à des troubles de sommeil, à des indicateurs de dépression et d'anxiété (27) et aussi à l'augmentation de la morbidité déclarée (22) tandis que l'insécurité perçue durant la période précédant des changements majeurs serait reliée à la détresse psychologique (25, 28). Une étude rapporte pour sa part une augmentation de l'utilisation des services de santé à la suite de l'annonce de coupures (29) alors qu'une autre fait état d'une augmentation des absences pour maladie (28). Inversement, on constate une réduction des symptômes physiques lorsque la menace de perte d'emploi disparaît. Enfin, à partir d'une synthèse des études effectuées de 1980 à 1990 sur les effets des fermetures d'usine, Morris et Cook (30) rapportent un effet à court terme sur la santé mentale et une augmentation des consultations médicales de première ligne.

Des études finlandaises longitudinales (31-33) auprès de travailleurs municipaux ayant été soumis à une expérience de «downsizing» mettent en évidence que lorsque ce dernier est accompagné de changements négatifs dans l'environnement de travail (i.e. augmentation de la demande, diminution de la

latitude et du soutien social au travail), la prévalence de tabagisme et l'absentéisme pour maladie certifiée augmentent. A contrario, les employés ayant participé aux décisions lors d'une expérience de downsizing et ayant perçu une augmentation du contrôle sur leur travail et une meilleure clarté de leur rôle, ne ressentent pas d'effets négatifs sur leur santé et, ce, malgré l'augmentation constatée de la demande psychologique de travail (34).

Des résultats controversés ressortent de la revue d'études empiriques réalisée par Landsbergis et al (35) concernant les nouvelles formes d'organisation de la production et du travail et leurs effets sur la santé. Un peu plus consistantes, les recherches rendant compte des effets du système de production allégée («lean production») dans l'industrie automobile indiquent que ce type de réorganisation occasionne une augmentation de la vitesse, de l'intensité et de la demande de travail sans que cela soit compensé par un certain élargissement de l'autorité décisionnelle ni par les gains de requalification, qui, bien que réels, s'avèrent plutôt modestes ou temporaires. L'impact négatif de cette forme de réorganisation est significatif pour les désordres musculo-squelettiques mais peu documenté pour les autres problèmes de santé, notamment les problèmes de santé mentale. Le nombre restreint d'études prospectives invite, de plus, à la prudence. Dans le secteur hospitalier, les résultats répertoriés par Landsbergis et al (35) sont encore moins concluants. Deux cas de figure opposés s'en dégagent. D'une part, certaines expériences de downsizing axées sur la réduction de personnel, dont l'effet mènerait à accroître le stress, l'incidence de blessures au travail, notamment des blessures au dos, chez les infirmières. D'autre part, le type d'organisation instaurée au cours des années 70-80 aux États-Unis, connu sous le vocable de «magnet hospitals» ou «hôpitaux aimants» dont la structure organisationnelle aplatie, renforcée par des niveaux supérieurs de soutien social, favorisait des niveaux élevés d'autonomie, de responsabilité et de contrôle sur les soins de la part du personnel infirmier. En comparaison aux hôpitaux traditionnels, un tel environnement organisationnel a été associé à de meilleurs résultats («patients outcomes») au niveau de l'évaluation des soins (36, 37); (38), à une réduction significative de blessures par piqûre ((37) et à une faible incidence d'épuisement professionnel ((39).

Les recherches portant sur la restructuration des hôpitaux aux États-Unis et au Canada font aussi ressortir des résultats contradictoires quant à l'avenir de la profession infirmière et aux conditions de travail de l'équipe des soins directs. L'enjeu semble porter sur le degré de qualification et le rôle du personnel infirmier à l'intérieur de l'équipe soignante. Alors que certains prévoient un processus de déqualification et de détérioration de la profession infirmière (40) (41) (42); d'autres soulignent des tendances contradictoires, dont l'opportunité créée par la réorganisation d'élargir le champ de pratique professionnelle des infirmières et d'enrichir leurs capacités et responsabilités dans la dispense des soins

primaires ((43); (44). Le recours au personnel peu qualifié et l'augmentation du ratio patients/infirmière auraient des effets négatifs sur la qualité des soins alors que le niveau de complexité et de sévérité des cas s'accroît (41), exerçant ainsi une pression supplémentaire sur la responsabilité des infirmières. La surcharge de travail ((45)[Greenglass, 2000 #1536](44) et le tiraillement entre la responsabilité professionnelle et les contraintes imposées par la restructuration constitueraient de nouvelles sources de stress.

L'effet de la réforme du système hospitalier sur le bien-être des infirmières, notamment sur la santé mentale, commence à être de plus en plus documenté au Québec et en Ontario (5); (46);(45, 47); (48); (49). Notre étude préliminaire avait déjà constaté une augmentation de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique au début de la transformation du réseau de santé au Québec (5). Une des rares études longitudinales réalisée auprès de quelques 500 infirmières en Ontario, rend compte de l'augmentation des indicateurs de dépression, d'anxiété et d'épuisement professionnel occasionnée par le processus de réingénierie des hôpitaux. L'augmentation soutenue de la demande de travail n'a pas été compensée par des gains au niveau de la latitude décisionnelle qui est restée presque inchangée. La détérioration de l'équipe de travail et la perte de clarté de rôle sont parmi les conséquences de la réorganisation les plus rapportées par les infirmières (46). Le sentiment d'insécurité (50) et la perception de menace génèrent alors la démoralisation et la colère chez les survivants (47); c'est ainsi que l'étendue de la restructuration se trouve associée à la présence de troubles psychosomatiques (45, 47).

Pour ce qui est des impacts des restructurations organisationnelles sur la vie familiale des employé-e-s, la rareté d'études récentes est notoire. Une recherche britannique, publiée en 1982, a cependant permis de constater que les tensions vécues à cause de l'incertitude dans la situation de travail avaient des ramifications dans la vie privée : perturbations dans la relation conjugale, difficultés relationnelles avec les enfants et baisse d'activités sociales (28). Plus récemment, une recherche finlandaise s'est intéressée à l'effet nocif de l'insécurité d'emploi, ainsi que de l'épuisement au travail et des troubles psychosomatiques qui l'accompagnent, sur la satisfaction maritale (51). Dans le milieu hospitalier canadien, on a constaté l'augmentation du conflit travail-famille et famille-travail suscitée, directement ou indirectement, par la restructuration (46); (52).

Divers apports théoriques et études empiriques sur l'impact de la tension au travail sur la santé des travailleurs-euses suggèrent un effet modérateur des stratégies d'adaptation et des caractéristiques de personnalité des individus [De Jonge, 2000 #1485],(53) (54). Le comportement en situation de transition organisationnelle diffère d'un individu à l'autre et les sentiments de contrôle personnel et la tolérance à

l'ambiguïté semblent constituer des atouts importants (55). En effet, les croyances que les individus entretiennent sur leur habileté à contrôler une situation difficile semblent déterminer leur choix de stratégies d'adaptation. Les stratégies d'adaptation au stress, qu'elles soient individuelles ou collectives, peuvent se définir comme les efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer les demandes internes ou externes qui découlent d'une situation stressante (56). Elles semblent être des variables médiatrices entre l'apparition d'un événement perturbateur et des conséquences en découlant, comme l'anxiété, la détresse psychologique ou la dépression (57).

Les stratégies et ressources déployées par l'organisation en situation de restructuration ainsi que diverses stratégies collectives adoptées par les employés affectés doivent aussi être prises en compte. Les stratégies collectives adoptées par les travailleurs-euses soumis à des restructurations majeures sont moins documentées. La littérature rend plutôt compte des réactions de résistance ou d'actions défensives (refus du temps supplémentaire, arrêts du travail et grèves, groupes d'entraide) ainsi que de certaines mesures pour réduire l'insécurité d'emploi (58). L'entraide et la discussion en groupe (59) contribueraient aussi à alléger le stress soulevé par le sentiment d'insécurité d'emploi.

Certaines ressources et stratégies organisationnelles permettent d'influencer l'attitude des individus face au changement et, éventuellement, faciliter les transitions. L'information réaliste sur l'étendue des changements et le futur de l'organisation contribuerait à diminuer le stress lié à la réorganisation (49) et à diminuer l'incertitude (45, 47). La dispense d'une formation pour occuper les nouveaux postes, l'intervention de services psychologiques de soutien aux employés (60) (61) sont aussi suggérés comme ressources nécessaires en période de transition. L'importance du soutien quotidien offert par les supérieurs dans l'adaptation des employé-e-s nouvellement transférés a aussi été documentée (62) (63). Une étude canadienne effectuée auprès d'infirmières vivant une réduction de la taille de leur hôpital a démontré que la perception du soutien de l'administration a joué un rôle important au niveau des réactions des infirmières à la réduction du personnel (64). Celles qui percevaient un soutien de la part de l'hôpital ont rapporté moins d'insécurité d'emploi, plus de satisfaction générale par rapport à leurs tâches, à la quantité de travail et à leurs perspectives de carrière. Une autre étude, traitant d'une expérience de fusion d'hôpitaux en Ontario, met en évidence le rôle bénéfique d'un ensemble de stratégies habilitantes («empowerment»), axées sur l'élargissement d'opportunités d'apprentissage et d'accomplissement au travail et la participation des infirmières à la prise de décisions ; lorsque les infirmières considèrent avoir accès à des structures habilitantes, le niveau de tension déclaré est faible et l'efficacité du travail semble s'améliorer (49) L'expérience de restructuration analysée par (45, 47) mène à des résultats différents

selon lesquels ni le soutien de l'hôpital, ni l'implication des employés ne feraient varier le sentiment de colère chez les infirmières affectées par la réorganisation.

Pour les fins de cette recherche et de manière complémentaire aux modèles de Karasek et Théorell (7) et de Siegrist (10) exposés ci-haut, l'équipe a adopté un modèle inspiré de Jick (29, 65) et de Klandermans et al. (66), schématisé à la Figure 1 (Annexe A), qui permet d'aborder, avec une approche compréhensive, la problématique de la tension découlant de l'annonce de coupures et de l'adaptation à de nouvelles demandes à la suite d'un changement de poste ou de modifications importantes de l'environnement de travail. Le stresser objectif consiste en changements réels imposés qui seront interprétés par l'individu. Le processus d'appréciation subjective dépend de l'importance des coupures et des changements imposés, de la perception de la surcharge de travail, de la pression de temps, des obstacles à la promotion, de la sécurité d'emploi et des relations de travail ainsi que de facteurs individuels reliés à la personnalité, aux ressources et aux capacités d'adaptation (29). Face à un constat subjectif de déséquilibre entre les demandes et les ressources, l'individu met en application un amalgame de stratégies d'adaptation individuelles et collectives dont l'efficacité permettra de revenir à un mieux-être, alors qu'une impression d'équilibre ne sera pas problématique. Un choix moins efficace de stratégies d'adaptation pourra faciliter l'éclosion progressive de conséquences négatives dans plusieurs sphères de la vie des travailleurs-euses. L'importance des tensions ressenties variera selon la chronicité de l'insécurité.

II. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce projet de recherche se caractérise par une *approche multiméthode* favorisant la compréhension d'un phénomène social complexe au moyen de méthodologies qualitative et quantitative. Le *devis* utilisé est longitudinal. La *population* étudiée est constituée des infirmières à l'emploi de centres hospitaliers de courte durée (CHU, CHA, Institut), de centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et des CLSC de la région de Québec où se sont produits différents changements lors de la transformation du réseau de la santé. Toutes les infirmières qui offraient des soins infirmiers et étaient détentrices de poste au 1er avril 1995 ont été incluses dans l'étude.

Les objectifs de la recherche et les méthodologies respectivement utilisées sont présentés de manière succincte dans les lignes qui suivent et en détail aux annexes B et C.

Objectif 1.- Identifier les ressources organisationnelles mises en place et les stratégies collectives élaborées pour faire face à la transformation du réseau de la santé.

La méthodologie utilisée pour l'atteinte de cet objectif est de type qualitatif : des entrevues semi-dirigées avec des informateurs clés, des infirmières et des gestionnaires impliqués dans les processus décisionnels lors de la transformation du réseau de la santé et des entrevues focalisées –focus groups– auprès des infirmières ont été réalisées.

Objectif 2.- Mesurer les impacts de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle et sur la santé des infirmières. Une étude de type épidémiologique composée de plusieurs sous-études¹ a permis la réalisation de cet objectif.

Il s'agit d'une part, d'une *description de la prévalence* des contraintes au travail, des changements organisationnels et des problèmes de santé et de la *mesure des effets* de ces contraintes et changements sur la prévalence des problèmes de santé chez les infirmières professionnellement actives en 1997 (pendant la transformation du réseau). L'hypothèse testée, au moyen de deux enquêtes téléphoniques d'un devis transversal, proposait que la combinaison d'une demande psychologique élevée

¹ Une version détaillée des outils de mesure et des techniques utilisées est présenté à l'annexe C.

et d'une faible latitude décisionnelle au travail est associé à des problèmes de santé et particulièrement des problèmes de santé mentale. On prédisait aussi que le soutien social au travail peut influencer cette association.

On aborde, d'autre part, les problèmes de santé ayant donné lieu à une *absence pour maladie certifiée* sur une période de 6 ans (1993-1999) chez toutes les infirmières ayant détenu un poste au 1 avril 1995 (avant et pendant la transformation du réseau). Il s'agit plus précisément de **a)** décrire l'incidence ; **b)** mesurer le risque de développer de tels problèmes pendant la transformation du réseau ; et **c)** mesurer le risque de développer un problème de santé ayant donné lieu à une absence pour maladie certifiée sur une période de deux ans (1997-99) chez les infirmières professionnellement actives en 1997 selon que ces infirmières avaient été exposées ou non aux contraintes et changements organisationnels mesurés par questionnaire en 1997 (pendant la transformation du réseau). Ces sous-objectifs ont été réalisés à l'aide d'un devis longitudinal comportant deux sous-études de cohorte prospective, la première étude sur une période de six ans (1993-1999) et la deuxième sur une période de deux ans (1997-1999).

Objectif 3 .- Comprendre les impacts de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières à l'aide d'une étude qualitative des témoignages (entrevues individuelles semi-dirigées) d'une quarantaine d'infirmières choisies chez le groupe le plus fortement exposé à la tension causée par les changements.

III. LES EFFETS DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET LA SANTÉ DES INFIRMIÈRES : RÉSULTATS DU VOLET QUANTITATIF

1. L'ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE

Une deuxième enquête téléphonique a eu lieu à l'automne 1998 auprès des infirmières qui avaient déjà participé à une première enquête en 1997 (67). Parmi les 16 établissements hospitaliers ciblés, 13 avaient accepté en 1997 de participer à l'étude. Ainsi, un questionnaire téléphonique de 30 minutes a été réalisé à deux reprises. Le taux de participation au questionnaire téléphonique avait atteint 77% (n = 2006) en 1997 et parmi les infirmières qui avaient répondu à ce premier questionnaire, 79% (n= 1527) ont aussi répondu à celui de 1998.

Les caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières

Le Tableau C-1 brosse un portrait socioprofessionnel des infirmières qui ont répondu au questionnaire téléphonique en 1997 et 1998. Les participantes étaient en grande majorité des femmes (94%); elles avaient entre 23 et 59 ans en 1998, avec une moyenne s'établissant à 43 ans. Une large majorité, équivalant à 90%, oeuvrait en CHSCD, alors que les autres provenaient de CLSC, dans une proportion de 7%, ou de CHSLD, dans une proportion de 3%. Les répondantes occupaient dans une proportion de 85% un poste d'infirmière soignante. Les données du tableau permettent de constater une augmentation des postes à temps complet de 56% en 1997 à 62% en 1998. Le quart de travail le plus fréquent s'est avéré être celui de jour, regroupant plus de la moitié des participantes, suivi par celui de soirée et celui de nuit. Peu de répondantes avaient des emplois selon un horaire rotatif ou alternant. L'ancienneté dans l'établissement du personnel infirmier variait d'un an à 38 ans, avec une moyenne de 18 ans. La majorité des infirmières détenaient un diplôme d'études collégiales (53%) et 38% un diplôme universitaire.

Les caractéristiques du travail

Parmi les contraintes du travail (Tableau C-2), une demande psychologique élevée a été déclarée par 71% des infirmières en 1998 versus 75% en 1997, une latitude décisionnelle faible par 49% des infirmières en 1998 versus 52% en 1997 et un soutien social faible par 52% des infirmières en 1998

versus 51% en 1997. Le niveau de récompense, mesuré en 1998 seulement, était faible chez 60% des infirmières. Le conflit de rôle a augmenté entre 1997 et 1998 passant de 60% à 64%. Depuis la transformation du réseau, les infirmières ont déclaré une augmentation de la charge de travail (85% en 1997 et 79% en 1998), une diminution de la latitude décisionnelle (37% en 1997 et 35% en 1998) et une diminution du soutien social au travail (66% en 1997 et en 1998). Somme toute, les contraintes dans l'environnement de travail sont très souvent déclarées par les infirmières et sont relativement stables pendant la période de l'étude.

L'état de santé

Comme il est possible de le constater au Tableau C-3, environ 7% et 8 % des répondantes étaient en arrêt de travail prolongé au moment de chacune des entrevues téléphoniques et les arrêts pour maladie sont passés de 38% en 1997 à 44% en 1998. En 1997, 12% des infirmières considéraient leur santé moyenne ou mauvaise et en 1998 ce pourcentage atteignait 16%. Ces proportions rejoignent celle rapportée en 1992-93 lors de l'enquête provinciale de Santé Québec par un échantillon représentatif des femmes québécoise (12%) (68). En 1997, 36 % des infirmières considéraient leur santé moins bonne en comparaison à l'année précédente et en 1998 ce pourcentage est passé à 30%.

En 1997, les infirmières de l'étude déclaraient plus souvent un niveau élevé de détresse psychologique (41%) qu'une population comparable d'infirmières étudiées en 1995 (32%) (69) et qu'un échantillon représentatif de travailleuses québécoises (31%) tel que rapporté par l'enquête Santé Québec (68). En 1998, la prévalence est plus faible : 36%, mais toujours plus élevée que celle des travailleuses québécoises.

Parmi les répondantes à l'étude en 1997, 5% avaient consommé des médicaments psychotropes prescrits au cours des deux derniers jours précédant l'enquête, proportion qui est comparable à la consommation de la population québécoise en 1992-93, telle que rapportée par l'enquête Santé Québec (68) et également comparable à la consommation des infirmières dans l'étude de 1994 et 1995 (69). Toutefois, en 1998, on note une augmentation importante de la déclaration de consommation de médicaments psychotropes : 8%. La consommation d'alcool a aussi augmenté de 1997 à 1998 passant de 6,5% à 9,3%.

Parmi les infirmières de l'étude en 1997 et en 1998, environ 35% avaient consulté un professionnel de la santé durant les deux dernières semaines précédant l'enquête alors que Santé Québec

rapportait, en 1992-93, que 25% de la population avaient rapporté un tel comportement (68). En 1997, 16% des infirmières qui avaient consulté l'avaient fait pour un problème de santé émotive ou mentale alors que cette proportion est passée à 19% en 1998.

Les variables associées à la détresse psychologique

Dans les analyses multivariées, nous avons voulu mettre en évidence les contraintes modifiables du travail qui étaient associées à la détresse psychologique. Le Tableau C-4 présente, à titre indicatif, les rapports de prévalence bruts pour toutes les variables de l'étude associées à la détresse psychologique et le Tableau C-5 présente les rapports de prévalence pour chacune des variables ajustés pour toutes les autres variables dans le modèle, c'est-à-dire que chacun représente le risque de détresse psychologique pour un facteur, une fois que les autres facteurs ont été pris en compte. Les variables associées de façon indépendante à la détresse psychologique sont donc : la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle (RP = 1,53 et 1,55), le faible soutien social au travail (RP = 1,23 et 1,22), l'augmentation de la charge de travail (RP = 1,52 et 1,43), la diminution de la latitude décisionnelle (RP = 1,10 (uniquement en 1997), la diminution du soutien social au travail (RP = 1,13 et 1,26) et le conflit de rôle (RP = 1,31 et 1,51) (Tableau C-5).

Les résultats de la présente étude supportent l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique et ce, après ajustement pour plusieurs facteurs potentiellement confondants dont plusieurs contraintes liées spécifiquement à la transformation du réseau. Ces résultats sont consistants avec les études ayant mis en évidence une telle association (7, 69-74). Conformément à ce que rapporte la littérature scientifique, un lien direct entre un faible soutien social au travail, les stratégies d'adaptation de type évitement, les comportements de Type A et la détresse psychologique a été mis en évidence dans la présente étude. Toutefois, aucune de ces variables n'a modifié l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique. Deux études antérieures, l'une chez les cols blancs (75) et l'autre chez les infirmières québécoises (69, 70), ont montré des résultats similaires.

2. LES ABSENCES POUR MALADIE

Celles-ci concernent 1454 infirmières qui ont donné leur consentement écrit à l'examen de leur dossier d'absence dont 1316 infirmières actives qui avaient répondu à un questionnaire en 1997 (taux de réponse à 66%) et 138 infirmières qui ont quitté avant 97 (taux de réponse à 50%). Le nombre d'absences

certifiées est de 1404 cas pendant la période de 6 ans de 1993-99. Parmi les sujets, 749 (51,5%) ont eu au moins une absence certifiée. La distribution des absences par types de diagnostics et leur durée moyenne en jours est présentée au Tableau C-6. Les diagnostics potentiellement associés à l'environnement de travail représentent 64,2% de toutes les absences certifiées. Parmi ceux-ci, les problèmes de santé mentale sont les plus nombreux (25%) et ils durent environ 70 jours en moyenne. Ils sont suivis des problèmes musculosquelettiques (18,2%) qui durent 41 jours en moyenne. Les chercheurs du Whitehall II Study ont rapporté que les problèmes de santé mentale représentaient la deuxième cause la plus fréquente des absences pour maladie certifiées de plus de 21 jours chez les femmes travaillant dans les services publics. (76).

Il y a une association significative entre les indicateurs de santé mesurés en 1997, pendant la transformation du réseau de la santé et les absences pour maladie tous diagnostics et pour les diagnostics de santé mentale (Tableau C-7) : la détresse psychologique (RDI = 1.60 et 1,92 respectivement); la consommation de médicaments psychotropes (RDI = 1.78 et 2,06); la consultation d'un professionnel de la santé (RDI = 1.57 et 2,01); l'état de santé actuel (RDI = 2.11 et 1,92) et l'état de santé depuis un an (RDI = 1.61 et 1,60). Le Whitehall II Study a aussi montré que différents indicateurs de santé physique et mentale prédisaient les taux d'absences pour maladie et particulièrement les absences de longue durée qui nécessitaient un certificat médical (77). Ces résultats appuient l'utilité de ce type d'absences comme indicateur de santé.

Nous avons analysé l'incidence des absences certifiées durant cinq périodes allant de la période 1993-95, avant la transformation du réseau de la santé à celle de 1998-99 caractérisée par une certaine stabilisation dans le réseau (Tableau C-8). Malgré une augmentation plus importante pour la période de 1998-1999 : 26,4 jours par 100 personnes/années versus 22,9 jours pour la période avant la transformation, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les périodes pour l'incidence des absences tous diagnostics. Ces résultats semblent contredire la déclaration de nombreuses personnes rencontrées au cours de l'étude qui rapportaient une augmentation des absences pour maladie depuis le début de la transformation. De plus, des données obtenues du Ministère de la santé et des services sociaux montrent une augmentation de l'assurance salaire (heures assurance salaire / heures travaillées) chez les personnels soignants du réseau de la santé et des services sociaux entre 1993 et 1998 alors que cette augmentation n'est pas manifeste chez les non soignants (78). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats inattendus. D'abord, les infirmières ne s'absenteraient pas plus souvent malgré une détérioration de leur santé parce qu'elles se sentaient responsables de tenir le système. Elles préféreraient être présentes et augmenter leur ancienneté pour obtenir un meilleur poste lorsque les changements survendraient.

Plusieurs infirmières rencontrées nous ont mentionné prendre tous les congés auxquels elles avaient droit (vacances, congé pour études, sans solde, traitement différé), plutôt que de s'absenter pour maladie. Enfin, les départs massifs à la retraite en juillet 1997 auraient permis à celles qui allaient s'absenter de se retirer du travail donnant ainsi lieu à un phénomène du travailleur en bonne santé.

Cependant, pour les absences pour un diagnostic de santé mentale, le test de tendance pour l'augmentation de la densité d'incidence sur les cinq périodes est statistiquement significatif. La densité d'incidence, pour les deux dernières périodes (5,6 jours et 12,7 jours), est statistiquement différente par rapport à la première période (2,9 jours). Ceci concorde avec les informations obtenues à partir des questionnaires téléphoniques qui montrent que la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes semblent avoir augmenté pendant la période de transformation du réseau de la santé 1997-1998 par rapport à 1994-1995.

Nous nous sommes également intéressés à la durée moyenne des absences pour maladie sur les différentes périodes (Tableau C-9) et avons constaté une augmentation moyenne statistiquement significative de 6 jours (IC = 4,15-8,03) par période pour les absences tous diagnostics. L'analyse de variance montre que cette augmentation est statistiquement significative pour les trois dernières périodes par rapport à la première, avant la transformation. L'augmentation moyenne de 5,7 jours (IC = 0,51-10,89) de la durée d'absences pour un diagnostic de santé mentale est aussi statistiquement significative. Toutefois, faute de puissance dans l'analyse de variance, aucune des périodes ne se distingue significativement de la première pour la durée moyenne de ce type de diagnostic.

L'incidence des absences pour maladie certifiées ajustée pour l'âge et le statut d'emploi¹ n'est pas affectée par le changement d'établissement qui concerne 112 infirmières (8,5%). En effet le rapport de densité d'incidence des absences (RDI) qui compare les infirmières qui ont changé d'établissement à celles qui n'ont pas changé est de 0,79 et n'est pas statistiquement significatif ($p=0.28$) pour l'ensemble

¹ L'âge et le temps partiel influencent l'incidence des absences; plus l'âge augmente, plus l'incidence augmente et les infirmières à temps partiel s'absentent moins que les infirmières à temps complet. Elles n'ont pas les mêmes conditions d'admissibilité à l'indemnisation des absences mais de plus, elles sont moins longtemps exposées.

des diagnostics ni pour les diagnostics de santé mentale (RDI = 0,99) $p=0.98$. Le changement d'unité qui concerne 467 infirmières (35,5%) n'affecte pas non plus l'incidence des absences pour l'ensemble des diagnostics (RDI = 1,04) $p=0.79$. Toutefois ces infirmières se sont plus souvent absentes pour un diagnostic de santé mentale (RDI = 2,18) $p<0.001$.

Les variables associées aux absences pour maladie certifiées

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'association des absences certifiées avec les contraintes de plus en plus reconnues de l'environnement psychosocial du travail, présentes même en dehors des périodes de transformation mais qui sont sans doute amplifiées dans ces périodes de changements. **L'incidence des absence tous diagnostics** sur deux ans (1997-1999) est associée aux différents facteurs suivants : la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle au travail (RDI = 1,63); le soutien des supérieurs et des collègues (RDI = 1,44); un faible niveau de récompense (RDI = 1,32), le conflit de rôle (RDI = 1,31), le statut d'emploi (RDI = 1,30); l'horaire de soir (RDI = 1,34); le soutien social hors travail (RDI = 1,32) : l'âge en continu (RDI = 1,01) et la consommation de tabac (RDI = 1,72) (Tableau C-10). Les variables qui n'ont pas été associées de façon significative à ce type d'absence sont : l'ambiguïté de rôle, le titre d'emploi, le type d'établissement et le type d'unité, le nombre de changements de poste de travail, les stratégies de contrôle et d'évitement, les comportements de type A, le genre, l'état civil, la charge familiale et la consommation d'alcool.

L'association des absences certifiées tous diagnostics avec une combinaison de demande élevée et de faible latitude ne subit aucune confusion significative des autres facteurs étudiés. Par contre la recherche de facteurs modifiants a montré que le soutien social, les stratégies d'adaptation et les comportements de type A ne modifient pas cette association. Cependant, la charge familiale et le niveau de récompense le font. En effet, l'association entre la tension au travail élevée et les absences pour maladie tous diagnostics demeure statistiquement significative pour les infirmières qui ont une charge familiale élevée (RDI = 1,92) ou un niveau faible de récompense (RDI = 2,06). Lorsque ces deux contraintes sont présentes, l'association entre l'incidence de ce type d'absence et la tension au travail est plus importante (RDI = 2,68) (Tableau C-11).

L'analyse des absences pour un diagnostic de santé mentale n'a permis de mettre en évidence aucune association significative avec les facteurs de risque étudiés. Ceci s'explique en partie par les petits effectifs car seulement 171 infirmières se sont absentes pour ce type de problème entre 1997 et 1998. Le Tableau C-11 montre toutefois les facteurs du travail qui, sans être statistiquement significatifs présentent

un rapport d'incidence important. Il s'agit de la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle (RDI = 1,97), le titre d'emploi (RDI = 1,77), le statut d'emploi à temps plein (RDI = 1,45), l'horaire de soir (RDI = 1,49) et les stratégies d'évitement (RDI = 1,57) (Tableau C-12).

La mesure d'association entre l'incidence de ce type d'absence et la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude au travail était différente selon le niveau de charge familiale. Nous présentons donc au Tableau C-13 le rapport d'incidence des absences pour un diagnostic de santé mentale selon chacune des strates de cette variable. Contrairement aux absences tous diagnostics, ce sont les infirmières ayant une faible charge familiale qui s'absentent plus souvent pour un diagnostic de santé mentale lorsqu'elles sont exposées à une forte tension au travail (RDI = 4,95) par rapport aux infirmières qui ont une forte charge familiale (RDI = 0,81). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre mesure de charge familiale inclut la présence ou non d'enfants qui peuvent occasionner une surcharge domestique mais par ailleurs constituer un apport important de soutien social. Les infirmières trouveraient alors un refuge dans le milieu familial et celles qui ont des enfants, et donc une charge familiale plus grande, bénéficieraient en même temps de plus de soutien en dehors du travail. Il est de plus possible que les infirmières qui ont des enfants aient développé des stratégies plus efficaces pour faire face aux changements et aux contraintes de l'environnement psychosocial au travail et se maintiennent ainsi en meilleure santé mentale.

Nos résultats sur l'association entre la tension au travail et les absences pour maladie certifiées complètent ceux d'autres études récentes sur le sujet qui ont utilisé les mêmes méthodes d'analyse (77, 79). Dans le Whitehall II study, l'association entre une combinaison de demande élevée et de faible latitude et la survenue des absences pour maladie n'était pas significative pour les absences certifiées. Toutefois, dans notre étude, l'association était statistiquement significative pour les absences certifiées tous diagnostics et de façon plus importante chez les infirmières qui avaient en plus une charge familiale élevée et un niveau faible de récompense au travail. Pour les absences pour un diagnostic de santé mentale, ce sont les infirmières qui ont une charge familiale faible qui s'absentent plus souvent lorsqu'elles sont exposées à la tension au travail. De plus, bien que le soutien social ait été associé à la survenue des absences tous diagnostics, il ne modifiait pas l'association entre la tension au travail et les absences. Les chercheurs du Whitehall II study ont aussi rapporté un effet protecteur du soutien social au travail sur les absences courtes pour un problème de santé mentale chez les hommes et les femmes (80). La même étude a montré un effet protecteur du soutien social au travail sur les absences longues pour un problème de santé mentale chez les femmes et un effet opposé chez les hommes (80). Plusieurs études n'ont pas pu mettre en évidence un effet modifiant du soutien social au travail dans l'association entre la

tension au travail et les absences pour maladie (81-84). Seulement Parkes et al ont démontré une interaction significative entre la tension au travail, le soutien social et des symptômes somatiques indiquant un effet modérateur du soutien social au travail chez des travailleurs de la santé (85).

3. UNE MISE EN GARDE DANS L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS

Les résultats tirés du volet transversal de l'étude (enquêtes téléphoniques), ne permettent pas de conclure à des relations causales entre les variables professionnelles et la santé des infirmières. Par contre l'analyse des absences pour maladie repose sur des données longitudinales et renforce l'évidence d'un lien entre les contraintes de l'environnement psychosocial du travail et la santé des infirmières.

Un biais dans la sélection des infirmières a pu faire en sorte que celles qui ont répondu à l'entretien téléphonique ne représentent pas bien l'ensemble des infirmières éligibles à l'étude. Ce biais aurait pu entraîner une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence des problèmes de santé et des contraintes de travail mesurées. Toutefois, un excellent taux de participation a été obtenu, minimisant ainsi la possibilité et l'ampleur d'un tel biais.

De plus, un biais d'information peut être lié à l'autodéclaration des variables professionnelles basée sur la perception plutôt que l'utilisation de mesures objectives des contraintes. Le questionnaire, mesurant à la fois les contraintes professionnelles et les problèmes de santé, peut toutefois introduire un biais qui explique les associations mises en évidence. Ce biais potentiel est évité dans l'étude des absences pour maladie.

Enfin, un biais de confusion serait introduit si une variable associée à la fois à la santé mentale et aux caractéristiques du travail étudiées venait influencer les associations présentées. La présente étude a tenté d'examiner la plupart des facteurs d'ordre professionnel, personnel ou social connus dans la littérature scientifique et qui sont mentionnés le plus souvent par les infirmières. Ils ont été pris en compte dans les analyses qui présentent ainsi l'association indépendante entre les caractéristiques du travail et la détresse psychologique ou les absences pour maladie.

IV. UNE VISION COMPRÉHENSIVE DU TRAVAIL INFIRMIER EN PÉRIODE DE TRANSITION. RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF¹

L'étude qualitative² réalisée, en complémentarité au volet quantitatif de cette recherche, devait permettre de mieux comprendre comment ces changements organisationnels ont affecté la vie au travail, l'avenir professionnel et l'organisation de la vie familiale des infirmières. Nos résultats rendent compte, entre autres, de l'impact majeur de la recomposition des équipes de travail sur les rapports sociaux. Il en ressort avec netteté la déstabilisation des rapports construits au fil des ans autour des histoires professionnelles, des cultures, des dynamiques d'équipe et des pratiques de travail communes.

Nous traiterons dans les pages qui suivent, d'abord, de l'intensité du changement tel que perçue par les infirmières, dans ses dimensions objectives et subjectives, pour analyser, ensuite, les stratégies et réactions des infirmières qui ont été directement touchées. Les effets sur leur contexte de travail et de vie hors travail seront, par la suite, abordés ; et, finalement, nous présenterons le regard qu'elles posent sur leur profession et sur l'exercice de leur métier.

1. L'INTENSITÉ DU CHANGEMENT TEL QUE PERÇUE PAR LES INFIRMIÈRES

Les conditions de travail des infirmières ont été passablement modifiées par un accroissement de la charge de travail, la complexification des tâches et leur technicisation, entre autres dus à l'introduction de nouvelles technologies, de même qu'à une réduction importante des ressources et à une accélération du rythme de travail. Les infirmières ont eu à composer avec de multiples pertes au niveau de leurs collègues, de leur philosophie et pratique de soins et de leurs ambitions professionnelles ; elles ont dû "réapprendre" à travailler alors qu'elles ne se sentaient pas prêtes à affronter de tels changements. La recomposition simultanée des équipes d'encadrement et des équipes de soins et la rupture des

1 Le rapport complet de cette étude qualitative est disponible sur demande (R. Bourbonnais, R. Malenfant, C. Viens, N. Côté, C. Arsenault, M. Vézina, *Le travail infirmier sous tension. Une vision compréhensive du travail infirmier en période de transition*. Équipe RIPOST, Université Laval et CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, Québec, 2000.

2 Voir l'annexe B (Méthodologie du volet qualitatif).

communications à l'intérieur des organisations, qui a marqué la période de transition, ont alourdi davantage les impacts négatifs de la restructuration.

L'impact sur la sécurité d'emploi : les déplacements et les supplancements

La dimension la plus immédiatement visible des effets des changements engendrés par la restructuration du réseau de la santé a été les nombreux déplacements de personnel. Les infirmières qui avaient cumulé moins d'ancienneté ont été particulièrement affectées. Même avec un poste, à temps complet ou à temps partiel, le processus de supplancement et la règle d'ancienneté pouvaient les obliger à changer de département ou encore réduire significativement le nombre d'heures de travail sur appel, pour celles qui complétaient ainsi leur temps partiel.

Précisons que la sécurité d'emploi réfère à un statut d'emploi protégé, à des acquis permanents. Parmi les infirmières à temps partiel, celles qui cumulaient le plus d'années d'ancienneté et qui complétaient leur semaine par des journées de travail sur appel, s'étaient construites au fil des ans une certaine forme de sécurité quant au nombre d'heures de travail sur lequel elles pouvaient compter et planifier l'organisation de leur vie. Elles gardaient aussi une certaine maîtrise sur leur temps de travail en décidant de leur disponibilité. Ces heures de disponibilité n'étaient toutefois pas protégées. Les changements provoqués par la restructuration du réseau sont venus perturber les chaînes de priorité d'appel de même que les avantages qui y sont reliés. Le poste et le quart de travail ne sont pas protégés non plus par la sécurité d'emploi.

Avec la réforme et les séries de supplancements successives, obtenir un poste à temps complet ne veut plus nécessairement dire avoir une plus grande stabilité d'emploi. La seule stabilité qui existe à ce moment, c'est le nombre d'heures protégées. Compte tenu du contexte, il apparaît pour certaines plus avantageux de ne pas perdre certains acquis (i.e. éviter le quart de nuit, ne pas travailler les fins de semaine ou pendant les fêtes) plutôt que de tenter d'améliorer leurs conditions par une plus grande sécurité d'emploi surtout lorsque leur équilibre travail-famille en dépend.

En plus des exigences de l'adaptation à une nouvelle équipe ou à de nouveaux environnements de travail, les infirmières directement touchées par ces nombreux changements ont dû apprendre de nouvelles façons de faire, d'autres façons de soigner, d'autres routines et techniques de soins. Elles se devaient d'être efficaces et de fonctionner rapidement dans leurs nouvelles tâches et responsabilités tout

en sachant qu'elles restaient vulnérables à d'autres déplacements provoqués par la chaîne de supplantations.

Enfin, les procédures de supplantations ont contribué significativement à intensifier les impacts négatifs des nombreux changements et à alourdir le climat de travail. En effet, l'absence de contact personnalisé, la rapidité de prise d'effet de la décision, le manque de soutien entourant les procédures de la part des supérieurs immédiats ont été vécus péniblement par les infirmières qui ont été touchées.

L'impact sur l'équipe soignante et la gestion des soins

Toutes les infirmières ont témoigné de l'importance de l'équipe de travail, plus spécifiquement de l'équipe de soins, comme lieu d'appartenance et comme structure essentielle pour donner un sens et une orientation à leur travail auprès des patients. Depuis la réforme, les infirmières sentent qu'elles sont davantage laissées à elles mêmes et, conséquemment, leur pratique s'est individualisée, signifiant pour elles un changement drastique dans la façon de percevoir et d'effectuer leur travail.

Au plan organisationnel, nous pouvons aborder l'analyse du discours que portent les infirmières sur leur pratique à travers trois principales dimensions : 1) la philosophie des soins qui guide la pratique infirmière et donne les paramètres de décisions sur les priorités de soins ; 2) la gestion des soins qui implique à la fois les supérieurs et les infirmières dans l'organisation quotidienne des soins et dans laquelle la circulation verticale et horizontale de l'information joue un rôle déterminant et, finalement, 3) la dynamique de l'équipe qui traduit les relations entre les personnels soignants qui ont la responsabilité des soins directs aux patients. L'articulation de ces trois dimensions semble être compromise depuis la réforme, principalement parce que la vision globale, voire le sens même des soins ont été perdus.

L'un des premiers problèmes que les infirmières soulèvent à propos de la réforme, c'est le changement dans la **philosophie de soins**. L'objectif de réduction budgétaire sous-jacente à la réforme ne laisse plus de place à l'approche holiste, globale, intégrée qui prévalait avant la réforme. Les soins sont maintenant axés sur la performance, la rapidité, les statistiques, dans le but avoué de rationaliser les dépenses au maximum. L'orientation actuelle va à l'encontre des valeurs professionnelles des infirmières. Avant la réforme, la vision des soins englobait, en complémentarité, le *care* et le *cure*, deux dimensions essentielles à la qualité. À présent, la dimension du *care* semble être négligée, en même temps qu'une vision strictement économique des soins finit par nuire également au *cure*. Les infirmières arrivées depuis peu sur les départements manquent de formation et d'encadrement, ce qui affecte à court et à long terme

la qualité technique des soins. Le problème est plus aigu sur les départements spécialisés où la technologie de pointe et les connaissances spécifiques occupent une place importante.

Les infirmières reconnaissent toutefois que le système de soins devait être réformé. Ce qu'elles dénoncent, ce sont le rythme trop rapide des changements et les objectifs qui les sous-tendent. Aux changements de pratique obligés par la réforme se juxtaposaient des changements souhaités afin de palier à certains effets pervers d'une définition trop étendue des soins globaux. Si l'approche globale est une source de reconnaissance professionnelle, elle peut aussi devenir un prétexte pour déléguer des tâches déqualifiantes lorsqu'elle est mal délimitée. C'est alors la nature des tâches actuellement effectuées par des infirmières au nom du bien-être global du patient qui est mise en cause.

De façon concrète, la vision des soins ainsi que les valeurs auxquelles adhère l'équipe est opérationnalisée par la **gestion des soins** adoptée par l'encadrement. Or, le changement simultané au niveau des équipes de soins et au niveau de la structure d'encadrement est venu modifier les rapports entre supérieurs et personnel soignant, exigeant, ainsi, des équipes de soins, une grande part d'autonomie, de responsabilisation et une performance accrue. Aux yeux des infirmières, le rôle du supérieur devrait consister à planifier, développer, administrer et motiver le personnel soignant en fonction d'une vision commune de la qualité des soins. Il semble que ce ne soit plus la priorité et que la gestion des soins va maintenant à l'encontre de ces responsabilités, soulevant des tensions entre les niveaux hiérarchiques. La gestion s'est éloignée de la pratique : les objectifs de gestion passent avant les objectifs de la pratique professionnelle.

Ainsi, avant la réforme, la communication verticale entre supérieurs et personnel soignant assurait la transmission d'informations nécessaires à une vision partagée du travail et à la coordination des tâches pour assurer le bien-être du patient. Les infirmières se sentaient soutenues et légitimées dans leur façon d'effectuer leur travail. Le personnel d'encadrement était disponible et *connaissait* son équipe et la charge de travail. Son rôle était davantage centré sur l'organisation des soins. Depuis la réforme, les infirmières ressentent une vive coupure entre leurs priorités et celles des gestionnaires qui sont eux-mêmes débordés par leur travail administratif. Les supérieurs/es sont beaucoup moins présents pour régler les problèmes qui surviennent sur les lieux de travail et les réunions d'équipe se font rares. Pourtant, les infirmières disent avoir besoin plus que jamais d'encadrement et de la présence du supérieur puisque les changements rapides et nombreux amènent un nombre important de conflits dont les solutions relèvent de son autorité. Les infirmières se retrouvent seules pour régler, comme elles le peuvent, les problèmes de relations

interpersonnelles et d'organisation du travail, mais elles considèrent leur marge de manœuvre restreinte. Elles reconnaissent d'ailleurs le manque de pouvoir de leurs supérieurs pour corriger la situation.

Les infirmières disent recevoir peu de marques de reconnaissance de la part des supérieurs et de l'institution en retour des efforts pour assurer un travail de qualité auprès des patients. Ce manque de reconnaissance, les infirmières le décèlent également dans la philosophie de gestion qui laisse croire qu'elles peuvent être remplacées dans l'équipe de soins par n'importe quelle autre infirmière, peu importe ses compétences et son champ d'expertise. Le manque de communication et de confiance ont contribué à établir un climat de confrontation dans les relations entre les infirmières et les supérieurs. Ce climat constitue en soi un problème à gérer en plus de l'augmentation du travail à effectuer. L'ensemble de la dynamique d'équipe et des relations entre les membres de l'équipe soignante s'en trouve affecté.

Rappelons que pour la plupart, l'**équipe de travail** représentait une "petite" famille. La collaboration et l'entraide rendaient le travail plus facile, plus intéressant, plus motivant. Cet esprit avait également comme bénéfice de souder davantage l'équipe, les unes compensant pour les autres à certaines occasions. Ce n'est plus le cas dans plusieurs départements où les équipes de soins ont été disséminées, où le travail est beaucoup plus individualisé et où l'entraide est moins apparente.

En plus d'une rupture des liens de collaboration, de nouvelles règles administratives dans certains établissements agissent comme un frein à d'autres formes de solidarité qui existaient avant la réforme. Avant, il était possible de se faire remplacer au travail lors d'occasions spéciales. Depuis la réforme, les règles ont été resserrées. Pour certaines infirmières aux prises avec des horaires plus contraignants, la souplesse de l'organisation du travail pouvait réduire, dans une certaine mesure, les difficultés de conciliation du travail avec la vie sociale et familiale.

Le sentiment d'appartenir à une équipe est difficile à reconstruire. La confiance au sein de l'équipe se voit affaiblie d'autant plus que des réactions de méfiance ont été engendrées par des niveaux d'expérience très différenciés, par l'instabilité du personnel et par la charge de travail importante. La pénurie d'infirmières d'expérience générée par les prises de retraite précoces a été l'amorce de ce type de réactions. Les infirmières expérimentées restantes ayant de la difficulté à faire confiance aux "jeunes nouvelles" ont tendance à prendre à leur compte la responsabilité du travail de ces dernières et les risques d'erreurs professionnelles se mettant ainsi en surcharge de travail. Les plus vulnérables se sont retrouvées en épuisement professionnel et contraintes à l'arrêt de travail. Ce climat de méfiance entre collègues est peu propice au développement d'une dynamique d'équipe. La surcharge de travail, les supplantations, le

climat de méfiance, ont mené directement à une individualisation de la pratique. Ce sont maintenant les performances individuelles telles la débrouillardise, les compétences, la rapidité d'exécution et d'apprentissage, la confiance en soi qui, d'une certaine façon, priment sur la vie d'équipe et qui en déterminent la dynamique.

La dimension subjective du changement : L'incertitude et le sentiment de perte.

L'incertitude par rapport à l'avenir les amène à penser en fonction de ce qu'elles doivent faire pour protéger leurs acquis alors qu'elles se sentent de plus en plus isolées. Il apparaît clair, à la lecture des témoignages, que le processus de transformation a été vécu avec un grand sentiment de perte.

Le départ de collègues et amies a été perçu comme autant de deuils par plusieurs infirmières. Il fut souvent difficile pour plusieurs d'accueillir avec enthousiasme les nouvelles infirmières sur les départements surtout pour les infirmières qui se voyaient déclassées dans leur niveau d'ancienneté et qui ont ainsi perdu plusieurs de leurs avantages. Pour toutes celles qui étaient sur la liste de rappel ou qui attendaient des postes, un certain malaise était ressenti. L'arrivée de nouvelles infirmières fut souvent perçue comme une menace pour leur poste de travail ou le nombre d'heures sur appel. Les nouvelles infirmières sur les départements ne se sentaient donc pas toujours les bienvenues et n'ont pas toujours reçu le support nécessaire à leur intégration. Ces nombreux déplacements ont fait en sorte que les infirmières se sont retrouvées à travailler avec une majorité de collègues qu'elles ne connaissaient pas alors que depuis nombre d'années, l'équipe était demeurée stable et "familiale". De plus, les fusions entre des départements et les centres hospitaliers ont provoqué des phénomènes de "gang", une façon de retrouver "son" territoire, mais qui a miné le climat de travail et l'esprit d'équipe de certains groupes.

L'équipe qui, aux yeux des infirmières, jouait un rôle important dans la structuration d'un projet de soins et qui procurait une source de reconnaissance entre collègues et un moyen privilégié d'entraide, de collaboration et d'apprentissage, s'est vu profondément déstabilisée par les changements dans le réseau. Il n'est pas alors étonnant que la réforme ait été vécue comme une perte, une détérioration importante de la qualité de vie au travail des infirmières, de la qualité et du sens du travail lui-même. La vie d'équipe semble difficile à reconstruire mais demeure cependant une priorité pour les infirmières qui tentent par plusieurs moyens de la recréer tout en essayant de s'adapter à la nouvelle réalité.

2. LES STRATÉGIES FACE AUX CHANGEMENTS

Pour faire face à ces multiples transformations, les infirmières ont développé différentes stratégies dont certaines visent à préserver, en fait recréer l'essentiel de ce qui a été perdu du travail d'équipe alors que d'autres concernent plutôt l'adaptation à leur nouvel environnement de travail. La rapidité et l'intensité des changements ont poussé les infirmières à privilégier des stratégies individuelles au détriment des actions collectives qu'elles soient au niveau local, syndical ou professionnel. De leur part, les gestionnaires, pris au dépourvu, n'ont su adopter des stratégies organisationnelles adéquates qui auraient pu permettre une meilleure gestion de cette période de transition.

Préserver la vie d'équipe et la qualité des soins

Les stratégies déployées par les infirmières pour maintenir fonctionnelle l'équipe de travail ont touché à la fois l'efficacité de l'équipe, l'amélioration du climat de travail, la qualité des soins et le rétablissement de la communication entre les supérieurs et les infirmières. Les demandes les plus fréquentes adressées aux gestionnaires touchaient l'augmentation du personnel afin d'alléger la charge de travail, non seulement l'ajout de personnel d'appoint, mais aussi l'ajout de ressources régulières. Les insuffisances au niveau de la formation, notamment chez les «nouvelles» infirmières, ont été également blâmées. Ces carences rendent, en effet, encore plus difficile leur intégration à l'équipe et affectent la fonctionnalité de l'ensemble, contribuant du même coup à alourdir la tâche de plus anciennes déjà surchargées par le nombre accru de patients et la complexification des soins.

D'autres stratégies ont visé la motivation des équipes de soins dans le but d'améliorer le climat sur les départements ou encore dans le but de stimuler la collaboration et la confiance par l'organisation de rencontres de discussion sur les problèmes de l'équipe. D'autres visaient à reconstruire des liens d'amitié et de solidarité par l'organisation de rencontres en dehors des heures de travail. Enfin, le désir de rétablir la communication entre les supérieurs et les infirmières a amené ces dernières à insister auprès du supérieur pour l'organisation de réunions d'équipe. Le discours diffère de la part des infirmières nouvellement arrivées qui disent avoir été freinées dans leurs démarches de changement par la résistance des infirmières ayant plusieurs années d'ancienneté dans leur institution.

S'adapter aux nouvelles exigences du travail.

Plusieurs ont essayé de répondre aux nouvelles exigences en effectuant des heures de travail supplémentaires, en négligeant leurs pauses et leurs heures de dîner pour pouvoir accomplir l'ensemble de leurs tâches ou ont accepté de prendre plus de responsabilités pour aider à la réorganisation. Plusieurs infirmières ont investi de leur temps personnel pour acquérir les connaissances suffisantes pour être rapidement fonctionnelles sur leur nouveau département.

Cependant, l'ensemble des témoignages mettent en évidence l'importance de développer une distance par rapport au travail pour faire face à la situation, que ce soit en n'effectuant que les tâches et les heures de travail pour lesquelles elles sont payées ou en respectant leurs limites individuelles : prendre des pauses, refuser de faire du temps supplémentaire, etc. Pour d'autres, le travail à temps partiel aide à préserver une saine distance par rapport au travail. Alors que le choix de travailler à temps partiel était souvent un choix de vie pour l'éducation des enfants, il devient, avec la réforme, une façon de se protéger contre un travail exigeant et envahissant. Et lorsque le travail devient vraiment trop lourd, certaines personnes ont recours à des congés de maladie. Depuis la réforme, il est cependant plus difficile pour plusieurs de se couper du travail. La surcharge amène beaucoup d'insécurité par rapport à la qualité du travail qui est effectué et aux oublis potentiellement dangereux pour le patient.

Stratégies individuelles et stabilité d'emploi

Il est évident que les déplacements de personnel provoqués par la réforme n'ont pas eu les mêmes conséquences sur la vie professionnelle de toutes infirmières. Les acquis reliés à l'ancienneté façonnent l'expérience objective du changement et, en corollaire, l'expérience subjective par le plus grand sentiment de maîtrise qu'ils procurent. Nous avons pu classifier les infirmières rencontrées autour des 4 situations d'emploi les plus typiques:

1) Les nouvelles infirmières qui possèdent peu d'expérience et peu d'ancienneté en milieu hospitalier s'attendaient à être supplantées dès le début du processus. Elles ont vu leur possibilité de travailler de jour reculer de plus en plus. Elles manifestent un certain détachement par rapport à leur travail et plusieurs d'entre elles songent à changer de carrière. Elles perçoivent leur maîtrise face aux changements comme étant très faible.

2) Les infirmières qui possèdent plusieurs années d'ancienneté mais qui sont "nouvelles" sur un département. Certaines ont choisi elles-mêmes de changer de département parce qu'une situation plus avantageuse s'offrait à elles. Grâce à une ancienneté qui les place tout de même en meilleure position, ces infirmières perçoivent une plus grande maîtrise face aux changements, mais se sentent toujours vulnérables ; la peur de perdre leur poste ou de devoir travailler sur un quart de travail différent est toujours présente. Dans certains cas, elles ont dû accepter une perspective de fin de carrière tout à fait différente de ce qu'elles avaient espéré ou envisagé.

Ainsi, ces deux catégories d'infirmières ont à vivre une grande instabilité professionnelle et sont appelées à s'adapter autant de fois qu'elles changent de place. Elles doivent apprendre de nouvelles façons de soigner, de nouvelles techniques, et éventuellement, assumer rapidement le rôle des anciennes (former, orienter, surveiller), même si elles ne se sentent pas à l'aise et compétentes dans leurs nouvelles fonctions.

3) Les infirmières qui possèdent expérience et ancienneté et qui sont restées stables dans leur emploi durant la réforme doivent aussi composer avec un roulement important de personnel dans leur équipe. Les déplacements des autres infirmières ont des répercussions sur leur travail puisqu'elles doivent superviser le travail des nouvelles, les former autant de fois que des changements se produisent, ce qui augmente considérablement leur charge de travail.

4) Les infirmières qui ont un poste à temps partiel qu'elles complètent sur appel et dont les niveaux d'expérience et d'ancienneté sont variés. Plusieurs d'entre elles ont réduit leur disponibilité de travail sur appel pour des raisons de santé. D'autres ont retiré leur nom de la liste d'appel pour avoir davantage le contrôle de leur horaire de travail. Elles désirent ainsi délimiter plus clairement leur vie professionnelle et leur vie privée. Le manque de personnel qualifié sur la liste de disponibilité est également une source de stress pour ces infirmières qui sont fréquemment demandées de rentrer au travail pendant leurs journées de congé ou même pendant leurs vacances.

Plusieurs de ces personnes ont préféré diminuer leur temps de travail, vivre avec un budget restreint et faire des choix de vie en conséquence plutôt que de vivre sans pouvoir planifier des activités autres que le travail. Il y a cependant d'autres infirmières sur appel qui ont eu la réaction inverse et qui se sont mises à emmagasiner le plus grand nombre d'heures de travail possible. Et ce, en vue de s'assurer, à long ou à moyen terme, une plus grande sécurité d'emploi en accumulant de l'ancienneté afin de pouvoir le plus tôt possible avoir un poste à temps complet. Devant l'insécurité et le peu de possibilités

d'avancement, certaines personnes vont prioriser leur vie au travail au détriment de leur vie hors travail pour s'assurer de meilleures conditions d'emploi, très souvent, au détriment de leur bien-être mental.

Les actions collectives

Les changements répétés ont engendré un état de fatigue chez les infirmières et il n'a pas été facile de mobiliser le personnel autour de stratégies d'action organisées. Les infirmières nous ont dit préférer consacrer leur énergie à leur travail et aux soins de leurs patients plutôt que d'essayer de défendre leurs intérêts auprès des gestionnaires croyant que tout était décidé d'avance et qu'elles n'y pouvaient rien. Individuellement ou collectivement, les infirmières ne sentent pas qu'elles ont le pouvoir de changer le cours des événements. Les stratégies qu'elles ont déployées pour tenter de reconstruire la vie d'équipe ont été principalement faites sur une base individuelle. Une des raisons en est que les problèmes de l'équipe se discutent plus difficilement en groupe à cause d'une démobilitation faisant en sorte que les collègues préfèrent ne pas en entendre parler.

Les stratégies organisationnelles

D'après les propos des infirmières, il semble que pour les supérieurs et les directions, la nature des problèmes fut exclusivement interprétée comme étant une résistance aux changements, autrement dit, un problème d'attitude. Les problèmes d'organisation du travail furent ainsi occultés et même réfutés lorsque soulevés par les infirmières à leurs supérieurs.

Les infirmières ne se sont pas senties soutenues par les directions et par les supérieurs de façon générale. Cependant, quelques infirmières-chefs, sur quelques départements et dans différents centres hospitaliers, ont pris des initiatives pour aider leur personnel. Demander les services d'une personne ressource en psychologie, organiser des rencontres de groupe, un "point de presse" quotidien, ont été des stratégies mises en place. Les infirmières ont pu également bénéficier du programme d'aide aux employés (PAE) qui est un service de consultation psychologique. La portée de ces stratégies organisationnelles semble assez limitée, selon les infirmières rencontrées, puisqu'elles ne contribuaient pas à accroître le pouvoir décisionnel des infirmières pas plus qu'elles ne leur offraient un soutien direct dans leur travail.

3. LE CONTEXTE DE VIE HORS TRAVAIL

En période de changements intenses au plan du travail, on ne peut omettre les dimensions de la vie hors travail et les impacts que peuvent avoir, de façon réciproque, la situation de l'une et l'autre de ces sphères de vie. Dans le même sens, certaines caractéristiques personnelles peuvent influencer sur cette dynamique. Nous avons choisi pour les fins de ce rapport de jeter un regard sur le contexte familial des infirmières qui ont participé à la recherche et sur le soutien de leur entourage.

La vie familiale

Dans un contexte où le travail est en transformation, où les individus doivent s'adapter à un horaire de travail très chargé et vivent beaucoup d'insécurité, il semble que s'occuper des tâches quotidiennes peut devenir fastidieux. Certaines personnes vivent cette tension plus intensément surtout lorsque des problèmes surviennent en même temps dans leur vie personnelle ou que le travail vient bouleverser les habitudes quotidiennes par des changements d'horaire, de lieu de travail, une augmentation des heures de travail, une réorientation, etc. De plus, la nature des responsabilités familiales varie beaucoup en fonction de l'âge des enfants.

La conciliation du travail et de la famille est particulièrement difficile pour celles qui travaillent de soir et qui ont des enfants d'âge scolaire. Elles ont en effet beaucoup moins de temps pour s'occuper de leurs enfants et n'ont plus l'impression de remplir leur rôle de mère, ce qui est particulièrement difficile au plan émotif. Celles qui travaillent de soir à temps plein n'ont que les fins de semaines pour voir leurs enfants, mais elles doivent accomplir plusieurs tâches pendant leurs journées de congé. Le travail de nuit comporte également plusieurs difficultés d'organisation où les besoins des enfants et le bien-être de la mère ne sont pas toujours compatibles.

La situation est autre pour celles qui vivent avec des adolescents à la maison. C'est une période qui exige de l'encadrement de la part des parents malgré l'autonomie grandissante des enfants. Cette autonomie ne se traduit cependant pas nécessairement, pour les parents, par un allègement de la responsabilité des tâches ménagères et de la préparation des repas. La situation est plus ardue si les adolescents vivent des difficultés importantes.

Les responsabilités auprès des jeunes adultes sont différentes. Ce ne sont pas tellement les difficultés de conciliation qui préoccupent, ce sont plutôt des préoccupations d'ordre financier. Les

transformations du réseau de la santé ont en effet créé beaucoup d'incertitude financière, surtout pour les personnes sur appel. L'inquiétude augmente en contexte de monoparentalité.

Le soutien de l'entourage

La grande majorité des infirmières disent avoir reçu du soutien de leurs proches durant cette période de changements professionnels intenses. Le soutien, dans plusieurs cas, se présente sous la forme d'écoute, d'empathie de la part du conjoint, d'une amie ou d'un membre de la famille élargie. Ce soutien peut aussi s'exprimer par le partage des responsabilités familiales. D'autres ont réagi en adoptant plutôt des stratégies de retrait et ont décidé de garder le silence sur leurs soucis pour ne pas inquiéter les membres de la famille. La peur de déranger les gens en parlant de leurs problèmes, particulièrement lorsqu'ils sont récurrents depuis deux ans, en freinent plusieurs qui avaient l'habitude de se confier à un proche.

D'ailleurs, malgré le contexte de travail difficile, un grand nombre d'infirmières n'arrivent pas à déléguer certaines tâches et responsabilités qui relèvent de l'organisation familiale aux autres membres de la famille. Il est souvent difficile pour les infirmières de demander de l'aide ; elles attendent de ne plus pouvoir vaquer à leurs activités pour demander de l'aide, pour en accepter. Plus que la peur d'inquiéter les enfants ou de déranger les amis et le conjoint, demander de l'aide peut être vécu comme un échec, l'aveu d'une incapacité à accomplir seule ses responsabilités, l'expression d'un signe de faiblesse qui dans plusieurs cas mène à la maladie.

4. L'AVENIR PROFESSIONNEL

Plusieurs conflits traversent la profession infirmière. Bien que présents avant la transformation du réseau, ces conflits semblent avoir été exacerbés par les multiples changements des dernières années. Les problèmes touchent plusieurs éléments essentiels de la profession : la nature et la qualité des soins, la reconnaissance et l'autonomie professionnelles, la pénurie de main d'œuvre, l'absence de cohésion au sein de la profession. Les infirmières nourrissent des craintes par rapport à l'avenir de leur profession et se méfient de nouvelles orientations qui pourraient affaiblir davantage leur statut professionnel. Elles constatent que la réforme a modifié radicalement leur façon de prodiguer des soins. Elles ont moins de temps pour le "care" et les ressources ne sont pas suffisantes pour assurer la qualité du "cure". Elles se questionnent sur ce que deviendra la spécificité de leur profession.

Les infirmières sentent leur place de plus en plus menacée au sein des équipes multidisciplinaires au sein desquelles, étant donné les rapports de pouvoir entre professions, elles se sentent reléguées à un rôle d'exécutantes notamment par rapport aux médecins. Maintenant que les soins sont divisés en fonction des multiples spécialités, la profession infirmière apparaît de plus en plus subordonnée aux autres professionnels qui forment l'équipe de soins, les travailleurs sociaux, les inhalothérapeutes, les diététiciennes, etc. Cette incursion des autres professionnels de la santé est vécue comme une perte de pouvoir où l'infirmière récolte les tâches qui nécessitent le moins de qualifications. Les infirmières veulent que la valeur et la spécificité de leur profession soient reconnues et c'est par un accroissement de leur pouvoir qu'elles veulent arriver à occuper une position égale aux autres professionnels.

L'éventuelle pénurie de main d'œuvre infirmière menace aussi la formation de la relève. L'avenir de la profession repose, en partie, sur la capacité de recrutement des jeunes infirmières. Or, les mauvaises conditions de travail rendent peu attrayante le statut des infirmières : des horaires de travail difficiles et irréguliers, le peu d'avancement, un salaire moins intéressant que dans plusieurs autres professions de formation de même niveau.

Les infirmières constatent que leur profession est dans une position difficile et elles se montrent pessimistes quant au redressement possible de la situation. Elles se sentent plus divisées que jamais. Pour défendre collectivement leurs intérêts, elles ne comptent plus sur l'appui du syndicat qui, selon elles, n'a pas su les représenter efficacement auprès des supérieurs et du gouvernement. Elles sont également méfiantes par rapport à certaines positions de l'Ordre des infirmier-e-s du Québec (OIIQ) qui nuisent, selon elles, à la majorité des membres, particulièrement en ce qui concerne la délimitation des tâches infirmières par rapport à celles des autres professionnels de la santé ainsi que la non reconnaissance des années d'expérience pour l'accès à certains postes.

Les possibilités d'avancement dans la profession se sont réduites depuis que le baccalauréat est exigé pour l'obtention de postes de superviseurs ou d'assistantes. Cela crée beaucoup d'insatisfactions au sein des infirmières qui ont reçu une formation collégiale et qui se sentent écartées des postes de responsabilités alors qu'avant elles y avaient accès de par leurs années d'expérience de travail. Elles craignent que leurs postes disparaissent, qu'elles soient confinées à des tâches moins intéressantes ou que le choix des postes auxquels elles ont accès devienne très limité.

Le discours des infirmières concernant la formation est, à certains égards, paradoxal. À la fois elles prônent la formation universitaire comme solution pour acquérir davantage de reconnaissance auprès

de la population et des autres professionnels de la santé, à la fois elles critiquent la formation, autant collégiale qu'universitaire, qu'elles trouvent insuffisante pour assurer la qualité des soins. Les infirmières opposent la reconnaissance de la formation universitaire à la reconnaissance de l'expérience de travail. Elles refusent que la formation universitaire devienne une base de hiérarchisation entre les bachelières et les techniciennes, que la formation universitaire soit davantage reconnue que l'expérience de travail dans la pratique quotidienne de leur métier. Elles considèrent que les bachelières, malgré leur formation, ne possèdent pas les connaissances et l'expérience de travail nécessaires pour occuper des postes cadres dans les soins. Les infirmières expérimentées dénoncent le manque de disponibilité qu'elles ont dans le contexte actuel pour transmettre leurs connaissances à la nouvelle génération d'infirmières et craignent que cela nuise à la qualité du travail des jeunes infirmières.

La déstabilisation des équipes rend difficiles la mobilisation et la solidarité des infirmières. L'arrivée de plusieurs nouvelles infirmières sur les départements a aussi changé la dynamique. Les nouvelles, surtout les jeunes avec peu d'expérience, semblent en effet, avoir une autre conception du travail infirmier et ne se montrent pas toutes intéressées par l'expérience et la façon de travailler des anciennes. Les effets négatifs de l'absence de collectif et de solidarité entre collègues sont évidents. Les infirmières nous parlent abondamment de la solitude au travail, de la perte du sentiment d'appartenance, de l'absence de stratégies collectives. Le travail d'équipe a cédé sa place à une individualisation de la pratique qui fragilise individuellement et collectivement les infirmières. Les infirmières ont développé davantage de stratégies individuelles, au prix de leur motivation au travail, de leur sentiment de compétence, de leurs valeurs professionnelles et de leur santé.

Ainsi, les résultats de l'étude qualitative nous permettent d'identifier les principales dimensions de l'organisation du travail qui sont particulièrement touchées lors d'une restructuration d'envergure. De là, il est possible de dégager des orientations pour des interventions organisationnelles futures.

V. CONCLUSION

Les changements structurels importants survenus dans le réseau québécois de la santé depuis 1995 ont eu de lourds impacts sur le travail et la santé des infirmières. Ils ont été nombreux, rapides et majeurs : changement de mission, fusions d'établissements, réorganisations administratives, déplacements de personnel, incitatifs à la retraite, le tout dans un climat que plusieurs ont qualifié d'improvisé et dominé par les contraintes budgétaires. Au plan humain, les organisations et les personnes qui les composent, ont été profondément secouées.

La recherche multi-méthode entreprise par l'équipe a permis d'établir un bilan épidémiologique et compréhensif de l'état des contraintes de travail dans le réseau de la santé et de la situation de santé des infirmières de l'agglomération de Québec pendant les périodes d'implantation et de stabilisation de la réforme. L'analyse du discours des infirmières ayant subi les multiples transformations dans leur environnement de travail et dans leur pratique professionnelle a aussi révélé le sentiment d'incertitude et d'isolement qui a accompagné l'adoption de certaines stratégies d'adaptation au changement.

Le volet quantitatif de la recherche a mis en évidence une forte prévalence de problèmes de santé mentale chez les infirmières de l'agglomération de Québec, depuis le début de la transformation, plus précisément, en 1997 et 1998. Les résultats font, en effet, état d'un nombre important d'infirmières ayant vécu un niveau élevé de détresse psychologique et ayant déclaré une consommation de médicaments psychotropes. Ils révèlent aussi une augmentation de la durée des absences pour maladie certifiées quel que soit le diagnostic et une augmentation de la fréquence et de la durée des absences pour un diagnostic de santé mentale. Les infirmières sont nombreuses à déclarer les contraintes de l'environnement psychosocial au travail (une demande psychologique élevée et une augmentation de la charge de travail, une diminution de la latitude décisionnelle, un faible soutien social au travail et une diminution de ce dernier, un faible niveau de récompense et de nombreux conflits de rôle), et cela de façon relativement stable lors des deux enquêtes téléphoniques, en 1997 et 1998. Ces contraintes de l'environnement psychosocial du travail ont été associées aux problèmes de santé et particulièrement aux indicateurs de santé mentale mesurés chez les infirmières de l'étude.

Il ressort clairement des analyses que les infirmières qui ont vécu au moins un changement d'unité de soins s'absentent plus souvent pour un problème de santé mentale. Les infirmières qui déclarent une tension psychologique au travail (demande élevée et latitude faible) éprouvent plus souvent

de la détresse psychologique et s'absentent plus souvent pour maladie que celles qui ne sont pas soumises à cette tension. Ces résultats appuient le modèle Demande-Latitude de Karasek.

L'analyse compréhensive a mis en évidence l'impact majeur de la déstabilisation des équipes de travail sur les rapports sociaux et le processus d'individualisation de la pratique de la profession infirmière. L'incertitude, l'isolement, la perte d'identité et la détresse, marquent la façon dont les infirmières ont vécu cette période de transition.

L'intensité du changement s'est d'autant plus faite sentir avec la recomposition simultanée des équipes de gestion et des équipes de soins alors que l'alourdissement et la complexification des soins amenés par la réforme aurait demandé davantage de soutien et d'encadrement. La dynamique des équipes a été profondément bouleversée dans un contexte où il était difficile, du point de vue des infirmières, de maintenir une qualité de relation d'aide auprès des patients alors qu'elles ne pouvaient plus compter sur la présence et le soutien d'une expertise dans l'accomplissement du travail tant au niveau de la gestion des soins que de celle de la gestion administrative. Les pertes successives de collègues, les changements d'unité de travail, de clientèle, de routine de travail ont été vécus comme autant de deuils qui ont effrité progressivement le sentiment d'appartenance et fait émerger chez les infirmières des réactions de méfiance, de perte de confiance et de retrait.

Le manque d'information et la rupture de communication ont contribué à éloigner la gestion de la pratique. Pour les infirmières, il était devenu de plus en plus difficile d'anticiper, de prévoir le changement et ses conséquences sur leur vie professionnelle, familiale et personnelle, bref de comprendre le processus de changement et de développer des stratégies efficaces pour y faire face. Il en est résulté un sentiment de perte de maîtrise de sa situation, un sentiment d'infantilisation parce qu'on ne les a pas impliquées dans les décisions et le choix des stratégies organisationnelles, une individualisation de la pratique et la perte de motivation au travail.

Les multiples recompositions des équipes et la surcharge de travail entraînée par le manque de qualifications ou d'expertise des nouvelles infirmières a rendu encore plus difficile la reconstitution de la solidarité d'équipe. Les différences de culture de travail, de niveaux de qualifications, de statuts d'emploi et de routines de travail ont provoqué un sentiment de perte d'identité et d'appartenance qui ont mis en échec le rapport au travail et fragilisé l'état de bien-être des infirmières.

Enfin, la restructuration du réseau de la santé, tout en créant un déséquilibre dans les conditions qui prévalaient avant son arrivée, a favorisé une dissonance dans les préoccupations professionnelles des infirmières, ces dernières considérant que la qualité de leur travail est affectée par l'alourdissement des tâches et la hausse des charges de travail. Les infirmières ont exprimé avoir perdu le sens de leur travail, vivre une opposition entre la prestation de soins physiques et la relation d'aide, se sentir démobilisées, essouffées ; une situation qui s'est traduite pour une bonne partie d'entre elles par un niveau de détresse psychologique élevé.

L'impact négatif et coûteux que peut avoir la prévalence élevée de problèmes de santé mentale au travail sur le fonctionnement des organisations a déjà été documenté en Europe et aux Etats-Unis (86); (87); (88). Outre les conséquences sur la santé mentale des individus, le stress en milieu de travail entraînerait pour l'organisation un plus haut taux d'absentéisme et de roulement de personnel, plus d'accidents, plus de maladies, un plus bas niveau de performance, une perte de productivité et une augmentation des coûts de soins de santé (88). Les coûts engendrés par le stress se chiffrent en milliards de dollars et la Politique québécoise de la santé et du bien-être reconnaît que le tiers des journées d'absences du travail dues à des problèmes de santé mentale est relié au travail lui-même et donc aux conditions dans lesquelles il s'exerce (89).

Des interventions dans les milieux de travail hospitaliers devraient s'appuyer sur ces résultats ainsi que sur les suggestions des infirmières pour modifier les aspects délétères du travail. Les informations recueillies auprès des infirmières au cours des trois dernières années, fournissent plusieurs pistes de solutions : la stabilisation des équipes de travail, les besoins de formation, la circulation horizontale et verticale de l'information et la reconnaissance du travail infirmier (90). De plus, ces informations permettent de mieux comprendre les caractéristiques et contraintes de l'organisation du travail infirmier et elles permettent de mieux cerner la problématique des rapports sociaux qui a marqué cette période de restructuration tel que les rapports entre les diverses professions, la hiérarchie entre les unités de soins, les conflits entre les quarts de travail, la polarisation entre les anciennes et les nouvelles infirmières et autres.

Traditionnellement, les interventions en milieu de travail ont été orientées sur les mécanismes d'adaptation individuels visant à réduire les effets du stress sur les individus plutôt qu'à réduire la présence de stressseurs. Toutefois, il est de plus en plus reconnu par les experts du domaine de la recherche sur le stress au travail que les interventions sont moins efficaces lorsqu'elles sont orientées principalement sur l'individu et les stratégies individuelles d'adaptation plutôt que sur les contraintes objectives de

l'environnement du travail (91). Ainsi, au chapitre des résultats, les approches organisationnelles s'accompagnent d'effets plus importants et durables que les approches individuelles (92).

L'implantation de changements pour modifier les contraintes du travail identifiées par les infirmières pourrait amener un environnement de travail positif où l'insatisfaction, les désordres psychologiques, le désir de quitter le travail et la profession ainsi que l'absentéisme seraient réduits.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La santé et les services sociaux. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation. Québec: Gouvernement du Québec; 1996.
2. Ministère de la santé et des services sociaux. Organisation des services: état de situation et perspectives. La Direction des Communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux. ed. Québec: Financement et organisation des services de santé et des services sociaux; 2000.
3. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Le système de québécois de santé et des services sociaux (points de repère). Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2000 8 juin 2000.
4. Collège des Médecins du Québec, Groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services sociaux. Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services sociaux. Montréal: Collège des Médecins du Québec; 1998 septembre 1998.
5. Bourbonnais R, Comeau M, Viens C, Brisson C, Laliberté D, Malenfant R, et al. La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. Santé mentale au Québec 1999;24(1):136-153.
6. Vézina M, Cousineau M, Mergler D, Vinet A, Laurendeau M. Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. Boucherville: Gaétan Morin; 1992.
7. Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
8. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988;78(10):1336-1342.
9. Kristensen TS. Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review. Journal of Occupational Health Psychology 1996;1(3):246-260.
10. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996;1(1):27-41.
11. Niedhammer I, Siegrist J. Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. Revue d'épidémiologie et de santé publique 1998;46:398-410.
12. Vézina M. Organisation du travail et santé mentale: état des connaissances et perspectives d'intervention. Revue de médecine du travail 1999;XXVI(1):14-24.
13. Siegrist J, Peter R. Job stressors and coping characteristics in work-related disease: Issues of validity. Work & Stress 1994;8(2):130-140.
14. Siegrist J, Peter R, Cremer P, Seidel D. Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. J internal med 1997(242):149-156.

15. Peter R, Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: General or specific sociological explanations? *Social Science and Medicine* 1997;45(7):1111-1120.
16. Peter R, Siegrist J. Chronic Psychosocial Stress at Work and Cardiovascular Disease: The Role of Effort-Reward Imbalance. *International Journal of Law and Psychiatry* 1999;22(5-6):441-449.
17. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American Journal of Public Health* 1998;88(1):68-74.
18. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work Characteristics Predict Psychiatric Disorder: Prospective Results from the Whitehall II Study. *Occupational Environmental Medicine* 1999;56(5):302-307.
19. Bussing A. Worker responses to job insecurity: A quasi-experimental field investigation. In: Debus G, Schreff H-W, editors. *The psychology of work and organization. Current trends and issues*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.; 1986. p. 137-144.
20. Greenhalgh L, Rosenblatt Z. Job insecurity: Toward conceptual clarity. In: Cameron KS, Sutton RI, Whetten DA, editors. *Readings in organizational decline. Frameworks, research, and prescriptions*. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company; 1988. p. 291-303.
21. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD. Health effects of anticipation of job change and non-employment: Longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal* 1995;311:1264-1269.
22. Ferrie J, Shipley M, Marmot M, Stansfeld S, Smith G. The health effects of major organisational change and job insecurity. *Soc. Sci. Med.* 1998;46(2):243-254.
23. Beale N, Nethcott S. Job-Loss and Family Morbidity: A Study of Factory Closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1985;35:510-514.
24. Hartley J, Jacobson D, Klandermans B, Vuuren V. *Job Insecurity:Coping with Job at Risk*. London: Sage; 1991.
25. Arnetz BB, Brenner S-O, Levi L, Hjelm R, Petterson I-L, Wasserman J, et al. Neuroendocrine and immunologic effects of unemployment and job insecurity. *Psychother Psychosom* 1991;55:76-80.
26. Ferrie J, Shipley M, Marmot M, Stansfeld S, Smith G. An uncertain future: The health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American Journal of Public Health* 1998;88(7):1030-1036.
27. Mattiasson I, Lindgarde F, Nilsson JA, Theorell T. Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: Longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *British Medical Journal* 1990;301:461-466.
28. Jenkins R, MacDonald A, Murray J, Strathdee G. Minor psychiatric morbidity and the threat of redundancy in a professional group. *Psychological Medicine* 1982;12:799-807.
29. Jick TD. As the ax falls. Budget cuts and experience of stress in organizations. In: Beehr TA, Bhagat RS, editors. *Human stress and cognition in organizations. An integrated perspective*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1985. p. 83-114.
30. Morris JK, Cook DG. A critical review of the effect of factory closure on health. *British Journal of Industrial Medicine* 1991;48:1-8.

31. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of Change in the Psychosocial Work Environment on Sickness Absence: A Seven Years Follow Up of Initially Healthy Employees. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000;54(7):484-493.
32. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organizational downsizing on health of employees. *The Lancet* 1997;350:1124-1128.
33. Elovainio M, Kivimäki M. Organizational and Individual Factors Affecting Mental Health and Job Satisfaction: A Multilevel Analysis of Job Control and Personality. *Journal of Occupational Health Psychology* 2000;5(2):269-277.
34. Parker S, Chmiel N, Wall T. Work Characteristics and Employee Well-Being Within a Context of Strategic Downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology* 1997;2(4):289-303.
35. Landsbergis PA, Cahill J, Schnall P. The Impact of Lean Production and Related New Systems of Work Organization on Work Health. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999;4(2):108-130.
36. Aiken L, Fagin C. Evaluating the Consequences of Hospital Restructuring. *Medical Care* 1997;35(10):OS-1 a OS-4.
37. Aiken L, Sloane D, Klocinski J. Hospital Nurses Occupational Exposure to Blood: prospective, Retrospective, and Institutional Report. *American Journal of Public Health* 1997;87(1):103-107.
38. Kramer M, Schmalenberg C. Magnet Hospitals : Part II Institutions of Excellence. *Journal of Nursing Administration* 1998;18(2):11-19.
39. Aiken L, Sloane D. Effects of Organizational Innovations in AIDS Care on Burnout Among Urban Hospital Nurses. *Work and Occupations* 1997;24(4):453-477.
40. White JP. Health care, hospitals, and reengineering: The Nightingales sing the blues. In: Duffy A, Glenday D, Pupo N, editors. *Good jobs, bad jobs, no jobs. The transformation of work in the 21st Century*. Toronto: Harcourt Brace; 1997. p. 117-142.
41. Shamian J, Lightstone E. Hospital Restructuring Initiatives in Canada. *Medical Care* 1997;35(10):OS62-OS-69 (Supplément).
42. Decter M. Canadian Hospitals Transformation. *Medical Care* 1997;35(10):OS-70-OS75.
43. Baumgart A. Hospital Reform and Nursing Labor Market Trends in Canada. *Medical Care* 1997;35(10):OS124-OS131 (Supplément).
44. Bowen M, Lyons K, Young B. Nursing and Health Care Reform: Implications for Curriculum Development. *Journal of Nursing Education* 2000;39(1):27-33.
45. Greenglass E, Burke R. The Relationship Between Hospital Restructuring, Anger, Hostility and Psychosomatics in Nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2000;10:155-161.
46. Woodward C, Shannon H, Cunningham C, McIntosh J, Lendrum B, Rosenbloom D, et al. The Impact of Re-Engineering and other Cost Reduction Strategies on the Staff of a large Teaching Hospital: a longitudinal study. *Medical Care* 1999;37(6):556-569.
47. Burke R, Greenglass E. Hospital Restructuring and nursing Staff Well-Being: The Role of Coping. *International Journal of Stress Management* 2000;7(1):49-59.
48. Hemingway M, Smith C. Organizational Climate and Occupational Stressors as predictors of Withdrawal Behaviours and Injuries in Nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 1999;72:285-299.

49. Laschinger H, Wong C, McMahon L, Kaufmann C. Leader Behavior impact on Staff Nurse Empowerment, Job Tension and Work Effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 1999;29(5):28-39.
50. Keil JM, Armstrong Stassen M, Cameron SJ, Horsburgh ME. Part-Time Nurses: The Effect of Work Status Congruency on Job Attitudes. *Applied Psychology: An International Review* 2000;49(2):227-236.
51. Mauno S, Kinnunen U. The Effects of Job Stressors on Marital Satisfaction in Finnish Dual-Earner Couples. *Journal of Organizational Behavior* 1999;20(6):879-895.
52. Burke R, Greenglass E. Work-Family Conflict, Spouse Support, and Nursing Staff Well-Being During Organizational Restructuring. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999;4(4):327-336.
53. Theorell T, Alfredsson L, Westerholm P, Falck B. Coping with unfair Treatment at Work- What is the Relationship between Coping and Hypertension in Middle-Aged Men and Women. *Psychoterapy and Psychosomatics* 2000;69(2):86-94.
54. Daniels K. Coping and the Job Demands-Control-Support Model: An Exploratory Study. *International Journal of Stress Management* 1999;6(2):125-145.
55. Ashford SJ. Individual strategies for coping with stress during organizational transitions. *The Journal of Applied Behavioral Science* 1988;24(1):19-36.
56. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984;46:839-852.
57. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;58(5):844-854.
58. VanVuuren T, Klandermans B, Jacobson D, Hartley J. Employees' reactions to job insecurity. In: Hartley J, Jacobson D, Klandermans B, VanVuuren T, editors. *Job insecurity. Coping with jobs at risk*. London: Sage Publications; 1991. p. 79-103.
59. Cooper J. Managing Workplace Stress in Outpatient Nursing,. *Professional Nurse* 1999;14(8):540-543.
60. Matteson MT, Ivancevich JM. Merger and acquisition stress: Fear and uncertainty at mid-career. *Prevention in Human Services* 1990;8(1):139-158.
61. Noer DM. *Healing the wounds. Overcoming the trauma of layoffs and revitalizing downsized organizations*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1993.
62. Gerpott TJ. Intracompany job transfers: An exploratory two-sample study of the buffering effects of interpersonal support. *Prevention in Human Services* 1990;8(1):113-137.
63. Nelson DL. Adjusting to a new organization: Easing the transition from outsider to insider. *Prevention in Human Services* 1990;8(1):61-86.
64. Armstrong-Stassen M, Keil J, Cameron SJ, Horsburgh ME. Predictors of nurses' reactions following hospital downsizing. In: *Work, Stress, and Health '95: Creating Healthier Workplaces; 1995*; Washington, DC: APA-NIOSH; 1995. p. 24p.
65. Jick TD. Managing and coping with budget-cut stress in hospitals. In: Payne R, Firth-Cozens J, editors. *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley & Sons; 1987. p. 259-269.
66. Klandermans B, VanVuuren T, Jacobson D. Employees and job insecurity. In: *Job insecurity. Coping with jobs at risk*. London: Sage Publications; 1991. p. 40-64.

67. Bourbonnais R, Comeau M, Viens C, Brisson C, Laliberté D, Malenfant R, et al. Impacts de la transformation du réseau de la santé chez les infirmières. *Santé Mentale au Québec* 1999;24(1):136-154.
68. Santé Québec, Bellerose C, Lavallée C, Chénard L, Levasseur M, (sous la direction de). Et la santé, ça va en 1992-93? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993. Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec; 1995.
69. Bourbonnais R, Comeau M, Vézina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999;4(2):95-107.
70. Bourbonnais R, Comeau M, Dion G, Vézina M. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine* 1998;34(1):20-28.
71. Braun S, Hollander RB. Work and depression among women in the Federal Republic of Germany. *Women and Health* 1988;14(2):3-26.
72. Kauppinen-Toropainen K. Job demand and job content: Effects on job dissatisfaction and stress. Helsinki: Department of Psychology Institute of Occupational Health; 1981.
73. Landsbergis PA. Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior* 1988;9:217-239.
74. Stansfeld SA, North FM, White I, Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:48-53.
75. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M, Moisan J. Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1996;22(2):139-145.
76. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II study. *Social Science and Medicine* 1995;40(2):189-197.
77. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: From the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:124-130.
78. Ministère de la santé et des services sociaux. Assurance salaire du personnel du réseau de la santé et des services sociaux entre 1993 et 1998. In.; 1999.
79. North FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health* 1996;86(3):332-340.
80. Stansfeld SA, Rael EGS, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine* 1997;27:35-48.
81. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social Science and Medicine* 1991;32(1):15-27.
82. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *British Medical Journal* 1993;306:361-366.
83. Vahtera J, Pentti J, Uutela A. The effect of objective job demands on registered sickness absence spells; do personal, social and job-related resources act as moderators? *Work & Stress* 1996;10(4):286-308.

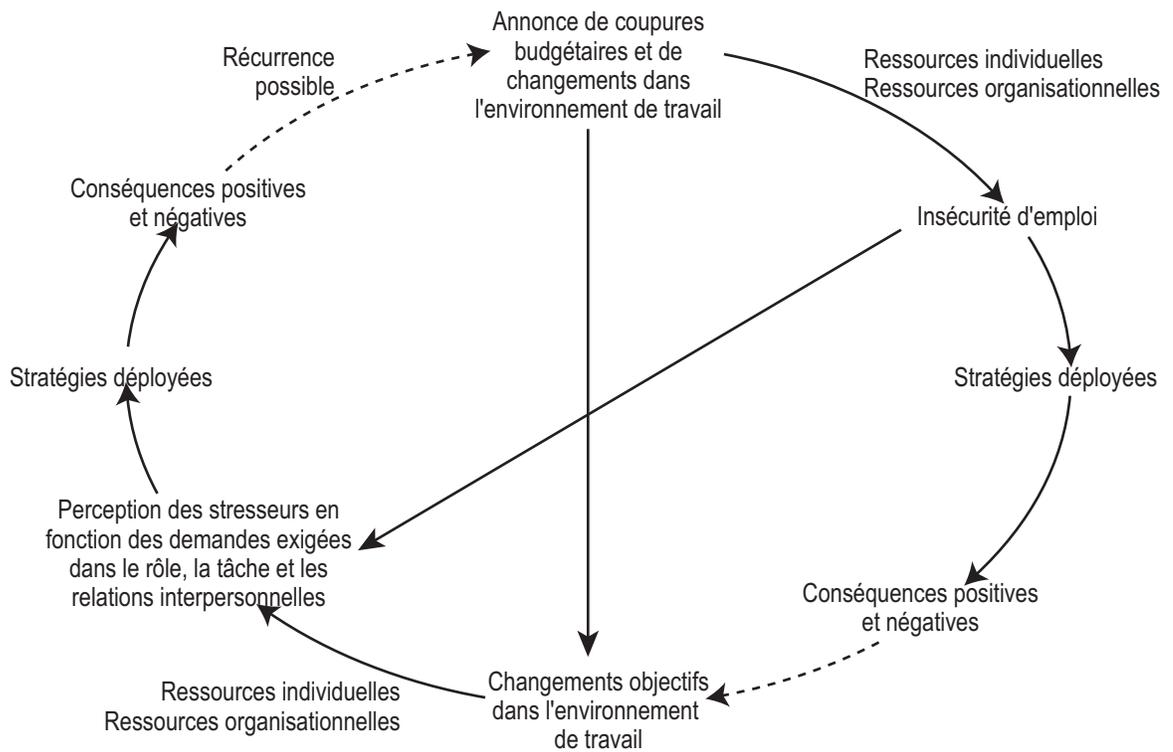
84. Niedhammer I, Bugel I, Goldberg M, Leclerc A, Guéguen A. Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort : a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine* 1998;55:735-741.
85. Parkes KR, Mendham CA, Von Rabenau C. Social support and the demand-discretion model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples. *Journal of Vocational Behavior* 1994;44:91-113.
86. Vézina M. La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec* 1996;XXI(2):117-138.
87. Jex S. *Stress and job performance: theory, research, and implications for managerial practice*. Thousand Oaks: SAGE; 1998.
88. Beermann B, Kuhn K, Kompier M. Germany: Reduction of stress by health circles. In: Kompier M, Cooper C, editors. *Preventing Stress, Improving Productivity: European case studies in the workplace*. New York: Routledge; 1999. p. 222-241.
89. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec; 1992.
90. Côté N, Malenfant R, Viens C, Bourbonnais R. Impact de la transformation du réseau de la santé chez les infirmières de la région de Québec. *Pistes d'intervention*. Québec: RIPOST, Université Laval, CLSC Haute-Ville; 1999 Septembre 1999.
91. Levi L. Work, stress, and health overview and future directions: An international perspective. In: *Occupational and Health Administration Conference on Work, Stress, and Health*; 1995; Washington, DC: American Psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health, U.S. Office of Personnel Management; 1995.
92. Burke RJ. Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress* 1993;7(1):77-87.
93. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.
94. Morgan DL. *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA: Sage; 1993.
95. Kaufmann J. *L'entretien compréhensif*. Nathan ed. Paris: Nathan; 1996.
96. Huberman AM, Miles MB. *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael; 1991.
97. Karasek R. *Job Content Questionnaire and User's Guide*. Los Angeles: Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California; 1985.
- Brisson C, Blanchette C, Guimont C, Dion G, Moisan J, Vézina M, et al. Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire. *Work & Stress* 1998;12(4):322-336.
99. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 1989;15:271-279.
100. Landsbergis PA, Vivona-Vaughan E. Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior* 1995;16:29-48.
101. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30(6):473-483.

102. Ilfeld FW. Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports* 1976;39:1215-1228.
103. Prévaille M, Boyer R, Potvin L, Perreault C, Légaré G. La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Montréal: Santé Québec; 1992.
104. Laurier C, Dumas J, Grégoire JP, Duval L. L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères: analyse des données de l'Enquête Santé Québec. Montréal: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux; 1990.
105. Enquête nationale sur la santé de la population. Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion de l'ENSP. Ottawa: Statistique Canada; 1994.
106. Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 1970;15:150-163.
107. Latack JC. Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology* 1986;71(3):377-385.
108. Tierney D, Romito P, Messing K. She ate not the bread of idleness: Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers. *Women & Health* 1990;16(1):21-42.
109. Friedman M, Rosenman R. *Type A Behavior and Your Heart*. London: Wildwood House; 1974.
110. Rothman K. *Modern Epidemiology*. Toronto: Little Brown and Company; 1987.
111. Skov T, Deddens J, Petersen MR, Endahl L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *International Epidemiological Association* 1998;27:91-95.
112. Bourbonnais R, Vinet A. L'absence du travail comme indicateur de santé: signification, mesures et conditions d'utilisation. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 1989;37:173-182.
113. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24:285-308.
114. Bourbonnais R, Vinet A, Vézina M, Gingras S. Certified sick leave as a non specific morbidity indicator: A case-referent study among nurses. *British Journal of Industrial Medicine* 1992;49:673-678.
115. Kalbfleish JD, Prentice RL. *As the statistical analysis of failure time data*. New York: Wiley; 1980.
116. Cox DR, Oakes D. *Analysis of survival data*. London: Chapman and Hall; 1984.

ANNEXES

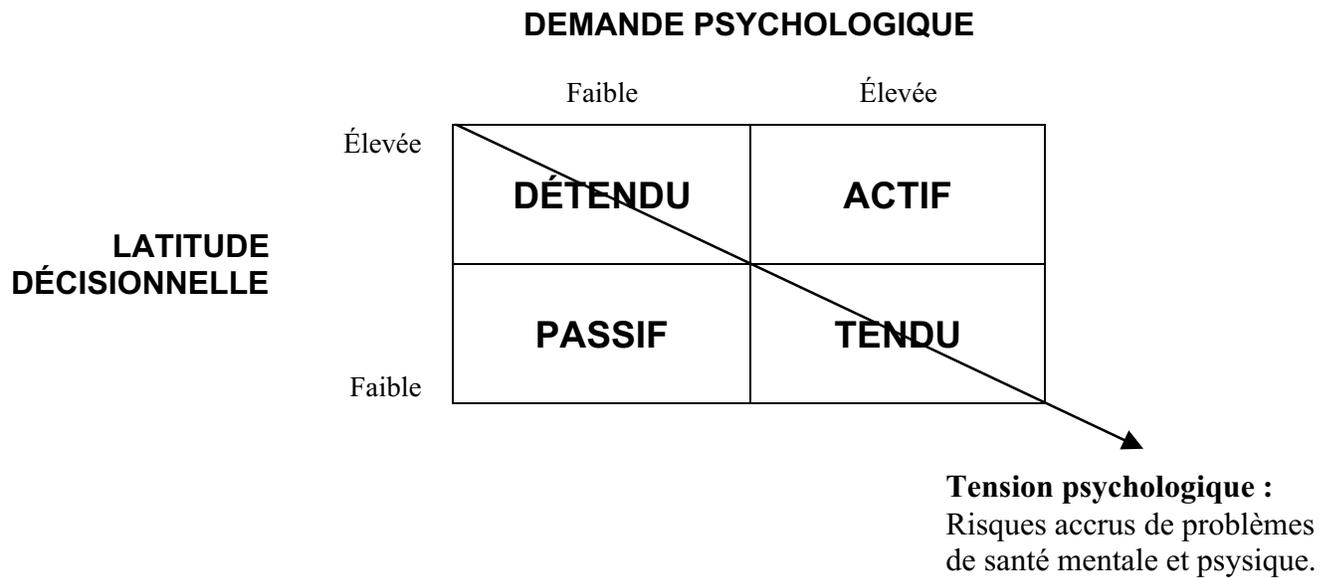
ANNEXE I : ILLUSTRATION DES MODÈLES D'ANALYSE

Figure 1 **Modèle théorique d'adaptation aux tensions découlant de coupures budgétaires dans les organisation de travail, inspiré de Jick (1985, 1987) et de Klandermans, Van Vuuren et Jacobson (1991)**



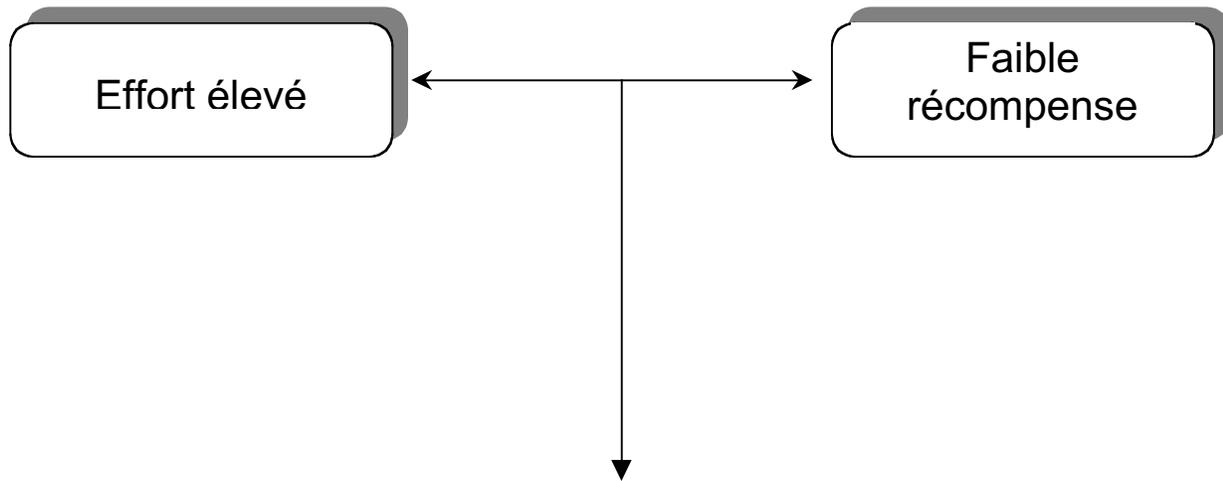
Note : les flèches indiquent des liens temporels

Figure 2 : Modèle de Karasek du stress au travail*



* Tiré de Karasek et Theorell, 1990

Figure 3 : Modèle de déséquilibre entre l'effort et la reconnaissance au travail¹



1 Réf. : *Adapté de SIEGRIST, J. (1996).*

ANNEXE B : MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUALITATIF

Les techniques utilisées lors de l'étude qualitative comprennent des entrevues semi-dirigées avec des informateurs clés, des entretiens focalisés et des entrevues semi-dirigées avec des infirmières.

Un total de quarante-trois informateurs clés ont participé à des **entrevues semi-dirigées** réalisées entre novembre 1997 et février 1998. Il s'agissait de bien documenter les changements vécus depuis le début du plan triennal déposé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Québec, le 1er avril 1995. Ces **informateurs clés** ont été choisis en fonction de leur position privilégiée en tant que planificateurs des ressources infirmières ou en tant que représentants syndicaux. Les thèmes d'entrevue ont porté principalement sur la description du processus de transformation, les écarts entre les prescriptions du plan triennal et la réalité de la transformation, les différents mouvements de personnel infirmier (redéploiement et supplantations) ainsi que les ressources organisationnelles mises en place dans les établissements pour faciliter l'adaptation aux changements. (Voir Tableau B-1).

Les **entretiens focalisés (focus groups)** ont été effectués auprès des infirmières. Ces entrevues de groupe permettent d'observer un grand nombre d'interactions spontanées sur un sujet choisi dans un laps de temps très court (93). La constitution des groupes a été guidée par le critère d'homogénéité des participantes (94). Les infirmières ont été recrutées sur la base de chacun des types de changement vécu, information obtenue lors du questionnaire téléphonique, à l'automne 1997.

Neuf entretiens focalisés regroupant de 10 à 12 infirmières, ont été réalisés. Les rencontres, d'une durée moyenne de deux heures, se sont tenues en dehors des heures de travail, sur les lieux de travail. L'animation a été effectuée par des chercheurs de l'équipe. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes. Les thèmes abordés concernent les modifications concrètes apportées par la transformation dans le contexte de travail et la dynamique d'équipe, les effets de la supplantation, les ressources organisationnelles offertes par les différents CH et CLSC, les stratégies collectives, formelles et informelles, mises de l'avant par le personnel infirmier ou ses représentantes syndicales ainsi que les conséquences perçues des modifications sur le rôle professionnel et le sentiment de compétence dans la prestation des soins.

Enfin, une quarantaine **d'entrevues individuelles semi-dirigées**, en profondeur, ont été réalisées auprès des infirmières de la région de Québec. La sélection des infirmières s'est faite parmi les groupes les plus fortement exposés à la tension causée par des changements à la fois dans l'équipe de travail, le

type de soins et la clientèle desservie. La moitié des travailleuses a été choisie aléatoirement parmi celles ayant obtenu un score élevé de détresse psychologique lors du questionnaire téléphonique alors que l'autre moitié parmi celles ayant obtenu un score faible. Un prétest a permis de déterminer un certain nombre de thèmes à privilégier lors des entrevues : les changements dans leur vie de travail, leur rapport à l'insécurité d'emploi et au processus de supplantation, les stratégies individuelles et familiales déployées pour faire face aux changements, les conséquences négatives et positives perçues sur les projets personnels et professionnels, les projets familiaux, la vie sociale et la santé psychologique et physique. Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure, ont été enregistrées avec le consentement des intéressées. (Voir Tableau B-2).

L'analyse qualitative, de type compréhensif a permis de mettre à jour les principales lignes de force des propos recueillis (95). Les entrevues ont été menées selon l'approche emphatique avec comme point de départ les changements objectifs dans les conditions de travail depuis le début de la restructuration du réseau de la santé pour ce qui est des entrevues individuelles et les stratégies collectives formelles et informelles pour ce qui est des entretiens focalisés. Dans un premier temps, les entrevues ont été transcrites verbatim par une firme spécialisée et une réduction des données a été faite sur chacune afin de cerner les principales dimensions du discours et permettre aux chercheur/es de valider certaines interprétations de l'expérience subjective de la transformation du réseau. Chaque entrevue a par la suite été codée en thèmes et sous-thèmes selon les paramètres du cadre théorique à partir duquel le schéma d'entrevue semi-dirigé avait été construit et selon ce qui émergeait du matériel recueilli. Le travail de codification a été effectué de façon indépendante par deux personnes. L'uniformisation de la codification a été assurée par la méthode de fidélité intra-juge (96). L'analyse transversale a permis de confronter les catégories d'analyse, à faire des liens et par la suite à conceptualiser les changements opérés par la transformation du réseau.

TABLEAU B-1 : RÉPARTITION DES INFORMATEURS CLÉS RENCONTRÉS SELON LEURS ÉTABLISSEMENTS (11) ET LEURS SECTEURS D'ACTIVITÉS.

Établissements	DRH / DSA	DSI / RSI	Représentantes syndicales	CII / PAE Autres	TOTAL
CH	7	6	7	1 (CII) 2 (PAE)	23
CHSLD	0	2	3	1	6
CLSC	3	4	4	2 (MAD) 1 (Info-Santé)	14
Total	10	12	14	7	43

**TABEAU B-2 : DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES RENCONTRÉES
SELON LEURS ÉTABLISSEMENTS ET LEURS
CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES ET DÉMOGRAPHIQUES**

	Centre hospitalier	CLSC	CHSLD	TOTAL
Nombre d’infirmières	27	10	4	41
Âge				
– n.d.	4	1	0	1
– 30-34 ans	3	0	0	4
– 35-39 ans	8	0	1	3
– 40-44 ans	8	2	1	11
– 45-49 ans	3	2	2	11
– 50-54 ans	1	2	0	7
– 55-59 ans		3		4
État civil				
– avec conjoint	20	3	2	25
– célibataire	3	1	0	4
– divorcé	4	6	2	12
Enfants à charge				
– Pas d’enfants ou n.d.	3	2	0	5
– 1 enfant	4	1	0	5
– 2 enfants	15	5	1	21
– 3 enfants	5	0	3	8
– 4 et plus		2	0	2
Statut d’emploi				
– n.d.	4	8	1	5
– Temps plein	11	1	2	21
– Temps partiel	5	0	0	6
– Cumul de 2 temps partiels	1	1	1	2
– Temps partiel plus appel	6		0	7
Quart de travail				
– Jour	11	7	3	21
– Soir	6	3	0	9
– Nuit	4	0	0	4
– Cumul de 2 quarts de travail	5	0	1	6
– Cumul de 3 quarts de travail	1	0	0	1

N.d. = information non disponible.

ANNEXE C : MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUANTITATIF

La population étudiée

La population étudiée est constituée des infirmières à l'emploi de CHSCD, de CHSLD ainsi que de CLSC de l'agglomération de Québec où se sont produits différents changements lors de la transformation du réseau de la santé. Les infirmières œuvrant en centre hospitalier de soins psychiatriques ou en réadaptation physique n'ont pas été incluses dans la présente étude. Une importante opération de relations publiques et de publicité, misant sur les organes de communication des partenaires impliqués, a été mise en place afin de sensibiliser les infirmières à la recherche proposée. Parmi les 16 établissements ou pavillons hospitaliers ciblés, 13 ont accepté de participer à l'étude. Toutes les infirmières qui offraient des soins infirmiers et étaient détentrices de poste à temps complet et à temps partiel au 1er avril 1995 ont été incluses dans l'étude. Chacune des Directions de ressources humaines des établissements visés par l'étude a fourni une liste des infirmières à l'emploi, au 1er septembre 1997, ainsi qu'une liste de celles qui ont quitté entre avril 1995 et septembre 1997. Ces listes ont constitué la liste d'énumération des sujets de l'étude.

Le portrait de l'environnement de travail et de la situation de santé : volet transversal.

Recueil des données : La collecte des données relative aux infirmières actuellement en poste a été confiée à une firme spécialisée dans les enquêtes et sondages, pourvue de l'équipement permettant d'opérationnaliser le recueil par entretien téléphonique. Le questionnaire a duré environ 30 minutes et comportait des questions fermées sur les contraintes actuelles de travail, les changements dans le travail au cours de la dernière année, les indicateurs de santé, les cofacteurs et les données démographiques. La première enquête téléphonique s'est échelonnée du 20 octobre au 18 novembre 1997 alors que la deuxième a eu lieu du 4 octobre au 30 novembre 1998.

Mesure des contraintes dans le travail actuel : La plupart des échelles privilégiées dans la présente recherche ont été employées dans de nombreuses études, comportent de bonnes qualités métriques et sont validées en français. Les contraintes mesurées sont la demande psychologique (la quantité de travail, les exigences intellectuelles requises et les contraintes de temps), la latitude décisionnelle (l'utilisation des habiletés et des compétences ainsi que la participation aux décisions) et le

soutien social au travail du Job Content Questionnaire (JCQ) (97, 98) et le niveau de récompense tiré de l'outil développé par Siegrist (10, 11).

Mesure des changements survenus au cours de la dernière année : Il n'existe pas d'outils de mesure validés des contraintes au travail dans un contexte de changement structurel majeur. Nous en avons donc créé un pour l'étude. Cet instrument est basé sur une classification des changements organisationnels tirant sa source de publications récentes démontrant l'importance du soutien social au travail, d'une charge de travail optimale et de la pleine utilisation de ses habiletés (l'expertise) dans le bien-être au travail (99, 100). La classification est effectuée en fonction de trois axes permettant de classer les infirmières selon qu'elles aient subi a) un changement au niveau de l'équipe de travail, entraînant une modification du **soutien social au travail**; b) un changement dans la **charge de travail**, et c) un changement au niveau de l'expertise, des soins offerts ou de la clientèle desservie (**latitude décisionnelle**). L'outil créé comporte deux sections; une première mesure l'exposition à chacune de ces trois contraintes durant la dernière année et une deuxième porte sur une comparaison de ces contraintes actuellement et avant la transformation du réseau. L'effet simple de chacune de ces contraintes ainsi que leur effet combiné sont examinés.

Mesure des indicateurs de santé : Les indicateurs de santé retenus sont la santé générale perçue, la détresse psychologique, la consommation de médicaments psychotropes ainsi que la consultation d'un-e professionnel-le de la santé. Deux questions ont mesuré l'état de santé général, maintenant et comparativement à l'année précédente. Elles ont été inspirées de l'Enquête Santé Québec (68) et du MOS 36 item Short-Form Health Survey (SF-36) (101). La mesure de détresse psychologique utilisée a été celle du Psychiatric Symptom Index (PSI) (102) dont la traduction française a été validée dans l'Enquête Santé Québec de 1992-93 (103). Il s'agit de la version abrégée de 14 items mesurant la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété, d'agressivité, de dépression et de troubles cognitifs durant la dernière semaine. La consommation de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant l'enquête a été documentée à l'aide d'une question modifiée de l'Enquête Santé Québec. La version de la question a été adaptée pour éviter les biais de déclaration (104). La période de deux jours ne semble pas produire un biais de sous-déclaration. Les trois questions sur le recours aux services de santé ou aux services sociaux au cours des deux semaines avant la réponse au questionnaire ont été inspirées de l'Enquête Santé Québec 1992-1993 (105).

Mesure des cofacteurs ou variables modératrices : Les variables de confusion potentielles ou modératrices mesurées sont : l'ambiguïté et le conflit de rôle de Rizzo et coll (106), les stratégies

d'adaptation aux contraintes du travail de Latack (107), le soutien social hors travail de Santé Québec (68), la charge familiale inspirée de Tierney et coll (108), les comportements de type A inspirée de Friedman et Rosenman (109), la consommation de tabac et d'alcool de Santé Québec (68), les caractéristiques personnelles et socioprofessionnelles : âge, ancienneté, statut d'emploi, titre d'emploi, unité de soins ou programme, quart de travail, statut familial, etc.

L'analyse : Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS. Les caractéristiques des non-répondantes et des répondantes (âge, statut, ancienneté) ont été comparées pour évaluer la possibilité d'un biais de sélection. Les analyses permettent d'étudier la prévalence des contraintes dans le travail actuel, dans les changements survenus au cours de l'année et dans les problèmes de santé. Les mesures des contraintes et de changements (les expositions) sont catégorisées. Pour chacune des expositions, l'analyse consiste à comparer un groupe exposé à un groupe non exposé, pour chacun des indicateurs de santé. Le rapport de prévalence et l'intervalle de confiance à 95% sont utilisés pour mesurer la force et la précision de l'association (110). L'effet potentiellement modifiant ou confondant des cofacteurs a été évalué par analyse stratifiée (110). La régression binomiale a été utilisée pour ajuster les rapports de prévalences simultanément pour les variables ayant démontré un effet confondant lors de l'analyse stratifiée (111).

Les problèmes de santé ayant entraîné une absence pour maladie certifiée : volet longitudinal

La première sous-étude examine sur une période de six ans, du 1er avril 1993 au 31 mars 1999, l'incidence des problèmes de santé ayant entraîné une absence pour maladie certifiée chez toutes les infirmières détenant un poste au début de la période de transformation du réseau de la santé, le 1er avril 1995, aussi bien celles qui étaient actives le 1^{er} septembre 1997 et qui avaient participé au questionnaire téléphonique et celles qui avaient quitté le réseau de la santé entre le 1er avril 1995 et le 1er septembre 1997.

Mesure des problèmes de santé ayant entraîné une absence pour maladie certifiée : Les absences pour maladie certifiées de plus de trois jours sont retenues. Elles représentent un indicateur valable de morbidité en relation avec certaines contraintes du travail (112). Il s'agit d'une mesure indépendante, plus objective que la déclaration de symptômes psychologiques (113). Une procédure de classification des diagnostics par un comité formé de trois médecins du travail, utilisée lors de précédentes études réalisées chez les infirmières et les cols blancs du Québec, fut à nouveau employée (114)

Mesure du changement : une mesure objective du changement d'établissement et d'unité de soins ainsi que la date du changement ont été documentés par le questionnaire téléphonique.

Recueil des données : Les données d'absence ont été prélevées pour la période d'avril 1993 à mars 1999 dans les fichiers administratifs de chacun des établissements où les infirmières ont travaillé. Les infirmières actives à l'automne 1997 et ayant participé au questionnaire téléphonique ont reçu une lettre leur faisant part des premiers résultats de l'étude et requérant leur consentement écrit à la consultation de leur dossier d'absence. Les infirmières ayant quitté entre avril 1995 et septembre 1997 ont également reçu un formulaire de consentement pour la consultation de leurs données d'absence. Les réponses furent retournées par enveloppe pré-adressée.

L'analyse : Les données d'absence ont été réparties en cinq périodes : avant le dépôt du plan triennal de transformation de la Régie régionale (1er avril 1993 - 31 mars 1995), la période d'anticipation des changements (1er avril 1995 - 31 mars 1996), la première année des changements (1er avril 1996- 31 mars 1997), la deuxième année des changements (1^{er} avril 1997 – 31 mars 1998) et la période de stabilisation (1^{er} avril 1998 – 31 mars 1999). La densité d'incidence pour la période du 1er avril 1993 au 31 mars 1995 constitue la mesure de référence. Deux séries d'analyse ont été effectuées sur ces données.

1- L'évolution durant les cinq périodes de la densité d'incidence des absences (DI) et l'évolution sur la durée d'absence ont été étudiées. Deux scénarios ont été envisagés quant aux types d'absences utilisées dans les analyses; le premier comprend toutes les absences pour maladies certifiées de plus de 3 jours alors que le deuxième comprend uniquement les absences pour diagnostic de santé mentale.

Tout d'abord, la DI (le nombre total d'événements sur le nombre total de personnes-temps) a été calculée pour la durée totale de l'étude ainsi que pour chacune des périodes (110). Elle s'exprime en nombre d'événement d'absence par 100 personnes-années et un individu peut avoir plus d'une absence par période. Un intervalle de confiance (IC) à 95% a été construit autour de ces DI. Ensuite, un test de tendance linéaire a permis d'évaluer l'augmentation moyenne de DI par période durant les cinq périodes de suivi. Si le test de tendance s'avérait statistiquement significatif au seuil 5%, une analyse de variance permettait de comparer les DI de chacune des périodes à la DI de la période de référence. Pour l'analyse de variance, une correction de Bonferroni a été utilisée, i.e. le seuil de 5% a été divisé par le nombre de comparaisons, soit 4 ; les IC pour les augmentations de DI par rapport à la période de référence ont été calculés au niveau de signification de 98,75%.

Étant donné qu'un individu peut avoir plusieurs événements d'absence au cours d'une même période, il a fallu tenir compte de la corrélation entre les événements d'absence dans les périodes en utilisant la méthode bootstrap pour : estimer les intervalles de confiance des DI, vérifier si l'augmentation moyenne des DI est significativement différente de zéro lors du test de tendance et finalement vérifier l'augmentation moyenne des DI entre la période de référence et les quatre autres périodes lors de l'analyse de variance.

L'évolution des durées d'absence a ensuite été étudiée. Une durée d'absence est le nombre de jours d'absence continue pour une maladie donnée. Ceci implique qu'une personne peut avoir plus d'une durée d'absence par période si elle a été absente du travail pour des raisons de maladie à plus d'une reprise durant une même période. Un test de tendance linéaire a permis d'évaluer l'augmentation moyenne des durées d'absence par période durant les cinq périodes de suivi. Si le test de tendance s'avérait statistiquement significatif au seuil 5%, une analyse de variance permettait de comparer les durées d'absence de chacune des périodes à la période de référence. Pour l'analyse de variance, une correction de Bonferroni a été utilisée, i.e. que le seuil de 5% a été divisé par le nombre de comparaisons, soit 4 ; les IC pour les augmentations de durées d'absence par rapport à la période de référence ont été calculées au niveau de signification de 98,75%.

Étant donné qu'un individu peut avoir plusieurs événements d'absence au cours d'une même période, il a fallu tenir compte de la corrélation entre les événements d'absence dans les périodes en utilisant la méthode bootstrap pour : vérifier si l'augmentation moyenne des durées d'absence en jours est significativement différente de zéro lors du test de tendance et vérifier s'il y a une augmentation moyenne des durées d'absence en jours entre la période de référence et les quatre autres périodes lors de l'analyse de variance.

2- Dans une deuxième analyse, la densité d'incidence a été évaluée en fonction de l'exposition à un changement objectif d'établissement ou d'unité. Les infirmières exposées sont celles qui ont vécu un changement d'expertise (changement d'unité) ou un changement dans le soutien social (changement d'unité et/ou d'établissement). Les méthodes appropriées pour ce type de données sont les analyses de survie (115). Un rapport de densité d'incidence mesure l'incidence selon les différentes expositions (116). Le modèle de Cox utilisé pour le calcul du rapport d'incidence est celui d'Anderson-Gill, il permet de modéliser des expositions dépendantes du temps en tenant compte des multiples événements d'absence que peut avoir un individu.

Une deuxième sous-étude examine sur une période de deux ans, du 1er avril 1997 au 31 mars 1999, l'incidence des problèmes de santé ayant entraîné une absence pour maladie certifiée chez les infirmières.

Analyses : Cette sous-étude permet de faire le lien entre l'incidence d'absence pour maladie et les contraintes déclarées lors du questionnaire téléphonique. La durée de suivi comprend 18 mois après le questionnaire et six mois avant car la plupart des changements ayant eu lieu en avril 1996, nous postulons que les contraintes déclarées à l'automne 97 étaient les mêmes six mois auparavant. Pour cette analyse de survie, les différents groupes d'exposition sont définis de la même façon que pour l'étude transversale décrite ci-haut. Un rapport de densité d'incidence mesure l'incidence selon les différentes expositions (116). Le modèle de Cox utilisé pour le calcul du RDI est celui d'Anderson-Gill, il permet de modéliser des expositions dépendantes du temps en tenant compte des multiples événements d'absence que peut avoir un individu. L'effet potentiellement modifiant ou confondant des facteurs mesurés lors du questionnaire téléphonique a été évalué et les rapports d'incidences ont été ajustés simultanément pour toutes les variables ayant démontré un effet confondant.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS pour UNIX 6.12 et Splus 3.4.

ANNEXE D :

TABLEAUX DES RÉSULTATS DES ÉTUDES QUANTITATIVES

**TABLEAU C-1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES
AYANT PARTICIPÉ AU QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE 1997 ET 1998**

Caractéristiques socioprofessionnelles	% (N) 1997	% (N) 1998
Genre		
– Féminin	94 % (1882)	94 % (1437)
– Masculin	6 % (124)	6 % (90)
Groupe d'âge		
– 20-34 ans	19 %	14 %
– 35-44 ans	42 %	39 %
– 45 ans ou plus	40 %	47 %
Établissement de santé		
– CH de soins de courte durée	91%	90 %
– CLSC	7%	7 %
– CH de soins de longue durée	3 %	3 %
Titre d'emploi		
– Infirmière	85 %	84 %
– Assistante infirmière-chef, liaison, clinicienne, monitrice	15 %	16 %
Statut d'emploi		
– Temps plein	56 %	62 %
– Temps partiel	44 %	38 %
Quart de travail		
– Jour	51 %	59 %
– Soir	25 %	23 %
– Nuit	19 %	15 %
– Rotation	6 %	3 %
Ancienneté dans l'établissement		
– Moins de 10 ans	25 %	18 %
– Entre 10 et 20 ans	35 %	36 %
– Plus de 20 ans	41 %	46 %
Diplôme		
– Hôpital		9 %
– Collégial		53 %
– Université		38 %

TABLEAU C-2 : DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES SELON LES VARIABLES PROFESSIONNELLES

Variables	% 1997	% 1998
Variabes des modèles Demande-Latitude-Soutien Social et Effort- Récompense		
Demande psychologique Élevée	75 %	71 %
Latitude décisionnelle Faible	52 %	49 %
Tension au travail ¹		
DP- LD +	13 %	17 %
DP - LD-	12 %	12 %
DP+ LD+	36 %	35 %
DP + LD-	40 %	36 %
Soutien social au travail Faible	51%	52%
Recompense Faible		60%
Variabes liées aux modifications dans le contexte de travail		
Changement dans la charge de travail Augmentée	85 %	79 %
Changement dans la latitude décisionnelle Diminuée	37 %	35 %
Changement dans le soutien social au travail Diminué	66 %	66 %
Autre variable d'exposition liées au travail		
Conflit de rôle au travail Élevé	60 %	64 %

¹DP = demande psychologique, LD = latitude décisionnelle, + = élevée, - = faible

TABLEAU C-3 : DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES SELON LES VARIABLES DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Variables	% (N) 1997	% (N) 1998
Arrêt de travail prolongé		
Oui	7% (141)	8% (115)
Maladie	38% (54)	44% (50)
Maternité	31% (45)	33% (38)
Autres	31% (42)	23% (27)
Santé générale comparée à des individus du même âge		
Moyenne	10,0	13,0
Mauvaise	2,4	2,9
Santé générale comparée à l'année précédente		
Un peu moins bonne	31,0	25,4
Bien moins bonne	5,0	4,6
Détresse psychologique		
Élevée	41,3	35,7
Consommation de médicaments psychotropes		
Consommation au cours des 2 jours précédant l'enquête	5,0	8,0
Consultation d'un-e professionnel-le de la santé		
Oui	35,1	34,4
Raison de consultation professionnelle		
Santé physique	59,4	55,5
Santé émotive ou mentale	15,7	18,5
Problème social ou familial	2,7	3,9
Examen préventif ou de routine	22,3	19,5
Consommation tabagique		
Tous les jours	17,2	16,0
Consommation d'alcool		
6 consommations ou plus	6,5	9,3

TABLEAU C-4 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC À 95%) ENTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) ET DIFFÉRENTES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Variables	RP 1997	IC 95%	RP 1998	IC 95%
Variables des modèles Demande-Latitude-Soutien Social et Effort- Récompense				
Demande psychologique				
Faible	1,00			
Élevée	1,98	1,67-2,34	2,33	1,89-2,87
Latitude décisionnelle				
Élevée	1,00			
Faible	1,29	1,16-1,44	1,35	1,18-1,55
Tension au travail ¹				
DP- LD+	1,00			
DP+ LD-	2,69	2,07-3,50	3,06	2,26-4,13
Soutien social au travail				
Élevé	1,00			
Faible	1,71	1,52-1,91	1,84	1,59-2,13
Recompense				
Élevé			1,00	
Faible			2,47	2,04-2,98
Variables liées aux modifications dans le contexte de travail				
Changement dans la charge de travail				
Diminuée	1,00		1,00	
Augmentée	1,97	1,61-2,40	2,19	1,72-2,79
Changement dans la latitude décisionnelle				
Augmentée	1,00		1,00	
Diminuée	1,17	1,05-1,30	1,08	0,94-1,25
Changement dans le soutien social au travail				
Augmenté	1,00		1,00	
Diminué	1,52	1,34-1,73	1,87	1,56-2,24

¹DP = demande psychologique, LD = latitude décisionnelle, + = élevée, - = faible

TABLEAU C-4 (suite)

Autres variables d'exposition liées au travail				
Conflit de rôle				
Faible	1,00		1,00	
Élevé	1,90	1,67-2,15	2,36	1,96-2,84
Établissement de santé				
CH1	1,00		1,00	
CH2	0,96	0,82-1,13	0,96	0,76-1,21
CH3	0,88	0,74-1,04	1,14	0,92-1,42
CH4	0,83	0,69-0,99	0,97	0,76-1,23
CH5	0,83	0,68-1,00	1,01	0,78-1,31
CH6	0,76	0,63-0,91	0,97	0,76-1,22
CHSLD	0,54	0,33-0,87	1,02	0,66-1,56
CLSC	0,76	0,59-0,98	0,78	0,55-1,09
Quart de travail				
Jour	1,00		1,00	
Soir	1,28	1,14-1,45	1,07	0,91-1,25
Nuit	1,05	0,90-1,22	0,98	0,80-1,20
Rotation	1,31	1,07-1,60	0,94	0,61-1,46
Variables personnelles				
Âge				
45-60 ans	1,00		1,00	
35-44 ans	1,03	0,92-1,16	1,04	0,90-1,20
20-34 ans	1,16	1,01-1,34	1,00	0,81-1,23
Soutien social hors travail				
Élevé	1,00		1,00	
Faible	1,85	1,68-2,04	1,94	1,70-2,20
Charge familiale				
Faible	1,00		1,00	
Élevée	1,19	1,07-1,32	1,15	1,01-1,32
Stratégies d'adaptation				
Évitement faible	1,00		1,00	
Évitement élevé	1,40	1,24-1,57	1,50	1,29-1,74
Comportements de Type A				
Faibles	1,00		1,00	
Élevés	1,45	1,29-1,63	1,54	1,33-1,77

TABLEAU C-5 : RAPPORTS DE PRÉVALENCES (RP) AJUSTÉS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC À 95%) ENTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET DIFFÉRENTES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Variables	RP ajustés (IC à 95%) 1997	RP ajustés (IC à 95%) 1998
Tension au travail ⁽¹⁾		
DP-LD+		1,00
DP-LD-	1,00	1,13 (0,75-1,69)
DP+LD+	1,11 (0,79-1,56)	1,56 (1,13-2,16)
DP+LD-	1,48 (1,11-1,97)	1,55 (1,11-2,15)
	1,53 (1,15-2,03)	
Soutien social au travail		
Élevé		1,00
Faible	1,00	1,22 (1,04-1,42)
	1,23 (1,09-1,39)	
Changement dans la charge de travail		
Diminuée		1,00
Augmentée	1,00	1,43 (1,10-1,85)
	1,52 (1,20-1,92)	
Changement dans la latitude décisionnelle		
Augmentée		1,00
Diminuée	1,00	1,02 (0,91-1,14)
	1,10 (1,01-1,20)	
Changement dans le soutien social au travail		
Augmenté		1,00
Diminué	1,00	1,26 (1,05-1,52)
	1,13 (1,00-1,29)	
Conflit de rôle		
Faible	1,00	1,00
Élevé	1,31 (1,14-1,51)	1,51 (1,23-1,86)

¹ DP= demande psychologique, LD= latitude décisionnelle, += élevée, -= faible.

TABLEAU C-6 : DISTRIBUTION DES ABSENCES POUR MALADIE CERTIFIÉES EN FONCTION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES ET DE LA DURÉE MOYENNE

Diagnostics potentiellement liés à l'environnement psychosocial de travail	Fréquence	%	Durée moyenne en jours
Santé mentale	351	25%	69,8
Cardiovasculaires	33	2,4%	34,2
Digestifs	21	1,5%	19,5
Musculosquelettiques	256	18,2%	41,1
Respiratoires	119	8,5%	13,6
Autres	121	6,2%	30,1
Diagnostics non liés à l'environnement psychosocial de travail	433	30,8%	40,6
Diagnostics inconnus	70	5,0%	20,3
TOTAL	1404	100%	43,2

TABLEAU C7 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DES AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

Problèmes de santé	RDI ajusté ¹		RDI ajusté	
	Tous diagnostics	IC 95%	Diagnostics Santé mentale	IC 95%
Détresse psychologique	1,60	1,29 - 1,98	1,92	1,19 - 3,10
Consommation de médicaments psychotropes	1,78	1,28 - 2,48	2,06	1,13 - 3,74
Consultation d'un professionnel de la santé	1,57	1,27 - 1,94	2,01	1,28 – 3,15
État de santé actuel	2,11	1,65 - 2,69	1,92	1,20 – 3,08
État de santé depuis un an	1,61	1,30 - 1,98	1,60	1,01 – 2,54

¹ RDI ajusté pour l'âge et le statut d'emploi (temps complet ou temps partiel)

TABLEAU C-8 : DENSITÉ D'INCIDENCE DES ABSENCES POUR MALADIE ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) TOUS DIAGNOSTICS ET DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE

Périodes	DI¹ Tous diagnostics	IC 95 %²	DI Diagnostics de santé mentale³	IC 95 %
Avant la transformation 1993-1995	22,9	20,3 – 25,4	2,9	2,2 – 3,7
Période d'anticipation 1995-1996	22,5	19,5 – 25,4	3,9	2,8 – 5,2
Première année de changements 1996-1997	22,6	19,6 – 25,8	4,2	3,0 – 5,5
Deuxième année de changements 1997-1998	23,2	20,1 – 26,4	5,6	4,2 – 7,3*
Période de « stabilisation » 1998-1999	26,4	22,9 – 30,1	12,7	10,4 – 15,1*

* $p \leq 0,05$

¹ DI = densité d'incidence par 100 personnes-années.

² IC 95% calculés par la méthode de bootstrap.

³ Test de tendance sur les cinq périodes statistiquement significatif pour les diagnostics de santé mentale seulement.

TABLEAU C- 9 : DURÉE MOYENNE, NOMBRE MOYEN DE JOURS D'AUGMENTATION PAR PÉRIODES DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 98,75% (IC À 98,75%).

PÉRIODES	TOUS DIAGNOSTICS			DIAGNOSTICS SANTÉ MENTALE		
	Durée moyenne en jours	Nombre moyen de jours d'augmentation	IC à 98,75% ¹	Durée moyenne en jours	Nombre moyen de jours d'augmentation	IC à 98,75%
Avant la transformation 1993-1995	31,7	–	–	51,6	–	–
Période d'anticipation 1995-1996	40,4	8,6	-0,19 – 18,26	70,0	17,6	-16,42 – 60,50
Première année de changements 1996-1997	44,0	12,3	2,30 – 23,61	65,9	13,3	-17,05 – 57,07
Deuxième année de changements 1997-1998	48,5	16,5	4,50 – 30,51	72,3	19,5	-16,13 – 61,58
Période de « stabilisation » 1998-1999	57,1	25,3	14,62 – 36,96	78,1	26,2	-0,11 – 52,96

¹ Analyse de variance. Le nombre moyen de jours d'augmentation est statistiquement significatif lors que les IC ne contiennent pas la valeur 0. Les IC sont calculés par la méthode de bootstrap

TABLEAU C-10 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR MALADIE TOUS DIAGNOSTICS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DES CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL AU TRAVAIL

Variables	RDI	IC 95 %
Tension au travail¹		
DP - LD +	1,00	–
DP - LD -	1,26	0,78 – 2,02
DP + LD +	1,34	0,93 – 1,93
DP + LD -	1,63	1,13 – 2,34
Soutien social au travail		
Élevé	1,00	–
Faible	1,44	1,16 – 1,79
Niveau de récompense		
Élevé	1,00	1,02 – 1,69
Faible	1,32	
Conflit de rôle		
Faible	1,00	–
Élevé	1,31	1,05 – 1,64
Statut d'emploi		
Temps partiel	1,00	–
Temps complet	1,30	1,05 – 1,62
Horaire de travail		
Jour	1,00	–
Soir	1,34	1,05 – 1,72
Nuit	1,05	0,76 – 1,43
Rotation	0,80	0,47 – 1,37
Soutien social hors travail		
Élevé	1,00	–
Faible	1,32	1,04 – 1,67
Âge (en continu)	1,01	1,00 – 1,03
Statut de fumeuse		
Non	1,00	–
Occasionnel	1,05	0,60 – 1,83
Régulier	1,72	1,34 – 2,22

¹ DP = demande psychologique ; LD = latitude décisionnelle ; + = élevée ; - = faible

TABLEAU C-11 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR MALADIE TOUTS DIAGNOSTICS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DE LA TENSION AU TRAVAIL ET LA CHARGE FAMILIALE

Variables	RDI²	IC 95 %
Tension élevée ¹ DP+LD- et charge familiale élevée	1,92	1,19-3,11
Tension élevée ¹ DP+LD- et charge familiale faible	1,46	0,88-2,41
Tension élevée ¹ DP+LD- et Récompense faible	2,06	1,12 – 3,78
Tension élevée ¹ DP+LD- et Récompense élevée	1,15	0,63 – 2,11
Tension élevée ¹ DP+LD-, charge familiale élevée et Récompense faible	2,68	1,03 – 7,00

¹ DP = demande psychologique ; LD = latitude décisionnelle ; + = élevée ; - = faible

TABLEAU C-12: RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DES CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL AU TRAVAIL

Variabes	RDI	IC 95 %
Tension au travail¹	1,00	–
DP - LD +	1,54	0,50 – 4,79
DP - LD -	1,34	0,48 – 3,75
DP + LD +	1,97	0,71 – 5,47
DP + LD -		
Titre d'emploi	1,00	–
Assistante infirmière-chef	1,77	1,00 – 3,14
Infirmière		
Statut d'emploi	1,00	–
Temps partiel	1,45	0,88 – 2,37
Temps complet		
Horaire de travail	1,00	–
Jour	1,49	0,88 – 2,54
Soir	1,20	0,66 – 2,19
Nuit	1,20	0,36 – 4,01
Rotation		
Stratégies d'évitement	1,00	–
Élevée	1,57	0,98 – 2,53
Faible		
Âge (en continu)	1,00	0,97 – 1,04

¹ DP = demande psychologique ; LD = latitude décisionnelle ; + = élevée ; - = faible

TABLEAU C-13 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) DES ABSENCES POUR UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95% (IC 95%) EN FONCTION DE LA CHARGE FAMILIALE

Variables	RDIbrut	IC 95 %	RDIajusté¹	IC 95 %
Tension élevée ² DP+LD- et charge familiale élevée	1,19	0,27 – 5,82	0,81	0,15 – 4,40
Tension élevée DP+LD- et charge familiale faible	2,90	0,73 – 11,62	4,95	0,72 – 34,06

¹ RDI ajustés pour les facteurs de confusion, ceux qui changeaient la mesure brute de $\pm 10\%$: le soutien social au travail, le statut d'emploi, le nombre de changement de poste, d'unité ou d'établissement et le comportement de type A.

² DP = demande psychologique ; LD = latitude décisionnelle ; + = élevée ; - = faible