

**IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE TRAVAIL
SUR LA SANTÉ MENTALE DES INFIRMIÈRES
EN CENTRE HOSPITALIER AU QUÉBEC**

**Renée BOURBONNAIS, DSc
Monique COMEAU, MPs, MSc
Guylaine DION, PhD
Michel VÉZINA, MD, MPH, FRCP**

**Département d'ergothérapie
Faculté de médecine
et
Équipe de recherche
Impacts sociaux et psychologiques du travail**

**UNIVERSITÉ
LAVAL**

**CENTRE DE SANTÉ
PUBLIQUE DE QUÉBEC**

Cette étude a pu être effectuée grâce à une subvention
du CQRS, RS-2251-1-093.

Il est possible de se procurer ce document au coût de 20,00 \$ (incluant la TPS)
en faisant parvenir votre chèque au :

Secrétariat
Département d'ergothérapie
Pavillon Vandry
Université Laval
Ste-Foy, Qc
G1K 7P4
Téléphone : (418) 656-2131, poste 2108
Télécopieur : (418) 656-2535
Courrier électronique : erg@erg.ulaval.ca

Toute reproduction est interdite. Toute citation doit identifier la source.

Celle-ci peut être mentionnée comme suit :

Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., Vézina, M. *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec*, Ste-Foy, Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval, 1997, 79 p.

ISBN 2-9805410-0-1 (Département d'ergothérapie)

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 1997

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 1997

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	v
REMERCIEMENTS	vii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES	2
1.1 Les contraintes psychosociales de l'environnement de travail et la santé mentale	
1.2 L'environnement psychosocial de travail et la santé mentale des infirmières	
1.3 Les covariables	
1.4 Les objectifs de l'étude	
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE.....	7
2.1 La population étudiée	
2.2 Les variables mesurées	
2.2.1 Les variables indépendantes	
2.2.2 Les variables dépendantes	
2.2.3 Les cofacteurs	
2.3 La collecte des données	
2.4 Le respect de la confidentialité et les considérations éthiques	
2.5 Le traitement et l'analyse des données	
2.5.1 La partie quantitative de l'étude	
2.5.2 La partie qualitative de l'étude	
CHAPITRE III RÉSULTATS.....	16
A. La partie quantitative de l'étude	
3.1 Le temps 1 de l'étude	
3.1.1 La description de la population étudiée	
3.1.2 La détresse psychologique	
3.1.3 L'épuisement émotionnel	
3.1.4 La consommation de médicaments psychotropes	

3.2	Le temps 2 de l'étude	
3.2.1	La description de la population étudiée	
3.2.2	La détresse psychologique	
3.2.3	L'épuisement émotionnel	
3.2.4	La consommation de médicaments psychotropes	
3.3	L'évolution dans la détresse psychologique de 1994 à 1995	
3.4	Les absences pour maladie	
B.	La partie qualitative de l'étude.....	51
CHAPITRE IV : DISCUSSION		58
A.	La partie quantitative de l'étude.....	58
1)	La fréquence des problèmes de santé mentale.....	58
2)	La tension au travail et la santé mentale.....	59
3)	Le soutien social et la santé mentale	60
4)	Les forces et les limites de l'étude	61
B.	La partie qualitative de l'étude	63
CONCLUSION		66
BIBLIOGRAPHIE.....		68
ANNEXE 1		76

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 :	Niveaux d'exposition à la tension au travail.....	3
Tableau 1 :	Taux de participation au temps 1 de l'étude	15
Tableau 2 :	Caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières participant au temps 1 de l'étude.....	16
Tableau 3:	Distribution des infirmières participant au temps 1 selon les variables mesurées par le questionnaire.....	22
Tableau 4 :	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) pour la détresse psychologique (PSI) au temps 1 de l'étude	24
Tableau 5 :	Mesure d'association brute et ajustée entre la détresse psychologique et chacun des degrés d'exposition à la tension au travail au temps 1 de l'étude.....	25
Tableau 6 :	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) pour la dimension d'épuisement émotionnel (EE) au temps 1 de l'étude.....	26
Tableau 7 :	Mesure d'association brute et ajustée entre la dimension d'épuisement émotionnel et chacun des degrés d'exposition à la tension au travail au temps 1 de l'étude.....	29
Tableau 8:	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) pour la consommation de médicaments psychotropes (MED) au temps 1 de l'étude.....	30
Tableau 9 :	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) entre la consommation de médicaments psychotropes (MED) et la tension au travail au temps 1 de l'étude.....	31
Tableau 10 :	Taux de participation au temps 2 de l'étude	31
Tableau 11 :	Caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières participant au temps 2 de l'étude.....	33
Tableau 12 :	Distribution des infirmières participant au temps 2 selon les variables mesurées par le questionnaire.....	36
Tableau 13 :	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) pour la détresse psychologique (PSI) au temps 2 de l'étude	38
Tableau 14 :	Mesure d'association brute et ajustée entre la détresse psychologique et chacun des degrés d'exposition à la tension au travail au temps 2 de l'étude	39
Tableau 15 :	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) pour l'épuisement émotionnel (EE) au temps 2 de l'étude.....	41
Tableau 16 :	Mesure d'association brute et ajustée entre la dimension d'épuisement émotionnel et chacun des degrés de tension au travail au temps 2 de l'étude.....	42
Tableau 17:	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) pour la consommation de médicaments psychotropes (MED) au temps 2 de l'étude.....	43
Tableau 18 :	Rapports de prévalence bruts (RP) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %)	

	entre la consommation de médicaments psychotropes (MED) et la tension au travail au temps 2 de l'étude.....	44
Tableau 19 :	Moyennes de détresse psychologique (PSI) au temps 2 avec ajustement pour le PSI au temps 1 et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) selon l'exposition cumulative à la tension au travail.....	45
Tableau 20 :	Moyennes de changement dans la détresse psychologique (PSI) entre le temps 1 et le temps 2 et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) en fonction de l'exposition cumulative à la tension au travail	46
Tableau 21 :	Moyennes de détresse psychologique (PSI) au temps 2 ajustées pour le PSI au temps 1 et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) selon les variables associées.....	47
Tableau 22 :	Rapports de densité d'incidence (RDI) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) d'événements d'absences pour maladie de courte durée (1 à 5 jours) sans certificat médical selon les variables de l'étude	49
Tableau 23:	Rapports de densité d'incidence (RDI) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) d'événements d'absences pour maladie certifiées tous diagnostics en relation avec les variables de santé mentale de l'étude	52
Tableau 24 :	Rapports de densité d'incidence (RDI) et intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) d'événements d'absences pour maladie certifiées pour des diagnostics de santé mentale potentiellement associés à l'environnement psychosocial de travail selon les variables de l'étude	54
Tableau 25 :	Répartition en pourcentage des suggestions et commentaires sur l'amélioration des conditions de travail des infirmières par catégorie au total et selon l'hôpital	55

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans le concours de centaines d'infirmières des six centres hospitaliers sollicités pour la collecte des données. Leur précieuse participation est à l'origine de ce rapport et nous tenons à leur témoigner notre gratitude. Nous tenons à signaler combien, dans chacun des hôpitaux impliqués, la collaboration de gestionnaires de ressources humaines et de soins infirmiers ainsi que de représentants et représentantes de syndicats locaux d'infirmières a facilité le démarrage et l'évolution de notre projet de recherche. De même, les services de santé et sécurité au travail et les services financiers des établissements ont investi conseils et temps pour favoriser la collecte des données d'absences pour maladie des infirmières participantes. Toutes ces personnes nous ont offert un soutien indéfectible depuis avril 1994.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) a également participé au lancement de ce projet, en manifestant son intérêt envers le thème de l'organisation du travail et de ses effets potentiels sur la santé mentale des infirmières. La FIIQ a offert un soutien logistique important et effectué la traduction du questionnaire d'enquête afin que celle-ci puisse inclure un hôpital anglophone.

À différents moments, plusieurs assistantes de recherche sont venues prêter main forte à l'équipe de base afin de contribuer aux préparatifs, de réaliser les rappels téléphoniques auprès des infirmières qui n'avaient pas encore retourné leur questionnaire, de codifier les questionnaires ou de saisir les suggestions et commentaires écrits émis par le personnel infirmier lors de la seconde prise de mesure. Nous voulons remercier de leur effort Olive Goulet, Marie Bégin, Yannick Bourbonnais-Blanchette, Dominique Major, Brigitte Gagnon et Dominique Dion. Ginette Carignan a conçu le guide de codification des questionnaires du temps 1. Danny Laverdière et Carolyne Migneault ont occupé un rôle important lors des deux collectes de données et de la codification des questionnaires. Leur engagement a facilité le bon déroulement de ces étapes.

Deux médecins du travail ont accepté de partager avec Michel Vézina le mandat de codifier les diagnostics d'absence pour maladie ayant nécessité un certificat médical. Nous désirons remercier de leur collaboration Denis Laliberté et Robert Plante. Leurs commentaires éclairés ont permis de raffiner le travail de classification des diagnostics pouvant originer de l'environnement psychosocial de travail.

Lucie Tremblaya assumé le travail de secrétariat et la gestion financière reliés à ce projet de recherche pendant un peu plus de deux années. La mise en page du premier questionnaire restera sûrement un souvenir impérissable pour elle! Depuis septembre 1996, Isabelle Sévigny offre son soutien administratif. Antonyne Bourassa, de l'Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, a réalisé tous les tableaux et l'édition du rapport de recherche. Nous tenons à leur signaler combien nous avons apprécié la qualité de leur travail.

Normande Bouchard, étudiante au baccalauréat en ergothérapie à l'Université Laval, a effectué pendant l'été 1995 l'analyse du contenu de tous les commentaires et suggestions écrits par les infirmières sur les questionnaires du deuxième temps de l'étude. Ses qualités d'analyste et sa rigueur ont été très précieuses à l'avancement du travail de l'équipe. Sa production se reflète dans la partie qualitative des chapitres portant sur les résultats et la discussion.

Le traitement et l'analyse des données quantitatives ont constitué des étapes marquantes de tout ce processus de recherche et ont mobilisé successivement l'expertise de Pascale Bernard et de Myrto Mondor, statisticiennes au Groupe de recherche en épidémiologie de l'Hôpital du St-Sacrement. Leur travail a constitué un élément essentiel de la recherche.

L'équipe réitère ses remerciements à l'endroit de toutes ces personnes qui ont facilité la réalisation de cette étude auprès des infirmières en centres hospitaliers.

RÉSUMÉ

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des problèmes de santé d'origine psychosociale. Le National Institute for Occupational Safety rapporte que les infirmières sont parmi les 40 professions dont la prévalence de désordres reliés au stress est la plus élevée. Toujours chez les américains, parmi l'ensemble des professions, les professionnels de la santé, dont les infirmières, ont un risque supérieur de suicide, d'épuisement professionnel, de consommation d'alcool et autres drogues et les infirmières ont un taux supérieur d'admission à l'hôpital pour un trouble mental.

Les études récentes indiquent que certaines composantes de l'organisation du travail pourraient contribuer au développement de problèmes de santé mentale. En lien avec le modèle théorique de la tension au travail proposé par Karasek, les études les plus consistantes identifient trois composantes précises de l'organisation du travail : la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible et un faible soutien social au travail. L'association entre ces caractéristiques de l'environnement psychosocial de travail et la santé mentale chez les infirmières en centre hospitalier a été étudiée dans la présente recherche.

En effet, l'étude épidémiologique présentée ici visait à montrer l'importance des problèmes de santé mentale reliés à ces trois dimensions de l'environnement psychosocial de travail chez les infirmières de six centres hospitaliers au Québec. Elle a documenté à deux reprises, de façon transversale, par questionnaire autoadministré, l'effet de chacune de ces contraintes et particulièrement l'effet combiné d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle au travail sur trois indicateurs de santé mentale chez les infirmières, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation de médicaments psychotropes. Elle a apporté un éclairage sur l'effet modifiant ou potentiellement protecteur du soutien social au travail. L'étude a également permis de mesurer l'évolution de la détresse psychologique en fonction de l'exposition cumulative aux contraintes de l'environnement psychosocial de travail. Un volet longitudinal a mesuré l'association entre ces contraintes du travail et les absences pour maladie survenues au cours d'une période de 20 mois. Une partie qualitative complète l'étude en esquisant les changements désirés au plan de l'organisation du travail tels que décrits par les infirmières lors de la seconde prise de mesure.

En 1994, le taux de participation à la recherche a été de 62 % avec 1 891 répondantes. La détresse psychologique était élevée chez 28,3 % des répondantes. Les données montrent que 35 % des infirmières ne présentaient aucun signe d'épuisement professionnel alors que 33 % avaient un résultat désavantageux à l'une des trois dimensions, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel. Ving-quatre pourcent des répondantes avaient un score désavantageux à deux des trois sous-échelles. Enfin, 8 % des infirmières en avaient un aux trois dimensions, ce qui indiquait un état de malaise très important chez elles. Finalement, la consommation de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant la réponse au questionnaire était le fait d'une minorité d'infirmières (4,4 %). Cette consommation au cours du mois précédant l'enquête était présente chez 9,6 % d'infirmières.

Les contraintes psychosociales de l'environnement de travail que sont la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible et la combinaison d'une demande élevée et d'une latitude faible ont été associées chez les infirmières de l'étude à un niveau élevé de détresse psychologique et d'épuisement

émotionnel. L'association s'avère plus forte pour la combinaison des contraintes que pour chacune prise séparément, et cela, même après avoir ajusté pour les variables potentiellement confondantes (RC ' 2,34 pour la détresse psychologique et RC ' 5,77 pour l'épuisement émotionnel). L'effet multiplicatif de l'exposition simultanée à la demande psychologique élevée et à la latitude décisionnelle faible est démontré pour la détresse psychologique alors qu'un effet additif est trouvé pour l'épuisement émotionnel. L'effet modifiant du soutien social au travail sur l'association entre la tension au travail et chacun de ces deux indicateurs de santé mentale a été examiné et ne s'est pas révélé concluant. Aucune différence significative dans les rapports de prévalence ne ressort, que les infirmières aient déclaré un soutien social élevé ou faible.

Aucune association significative entre la consommation de médicaments psychotropes et la forte demande psychologique, la faible latitude décisionnelle ou une combinaison de ces deux contraintes n'a été observée chez les infirmières de l'étude.

En 1995, le taux de participation a atteint 79 % avec 1 378 infirmières participantes. La prévalence des problèmes autodéclarés de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de consommation de médicaments psychotropes a subi une légère augmentation comparativement au temps 1 de l'étude. Il importe toutefois de noter qu'aucune différence significative n'a pu être observée lors de la comparaison des prévalences obtenues aux deux prises de mesure.

Les analyses multivariées effectuées au temps 2 pour mesurer l'association entre les contraintes de l'environnement psychosocial de travail et chacun des trois indicateurs de santé mentale de l'étude ont montré les mêmes résultats que les analyses effectuées au temps 1.

L'évolution de la détresse psychologique entre le temps 1 et le temps 2 a ensuite été examinée en fonction de l'exposition cumulative à la tension au travail. Les résultats de ces analyses appuient l'association entre l'exposition à la tension au travail et la détresse psychologique puisque les infirmières non exposées aux deux temps ont eu une moyenne plus faible de détresse psychologique, les exposées aux deux temps ont eu la moyenne la plus élevée et les autres ont obtenu des moyennes intermédiaires qui correspondaient, d'une part, à un retrait de l'exposition, mais avec quelque effet résiduel et, d'autre part, à une nouvelle exposition et un effet assez important.

Enfin, les analyses brutes portant sur l'association des absences pour maladie de courte durée avec la tension au travail ont montré que seule une combinaison de demande élevée et de latitude faible est associée de façon significative à ce type d'absence avec un rapport de densités d'incidence de 1,20. La combinaison de demande élevée et de latitude faible n'a pas été associée de façon significative aux absences pour maladie certifiées avec un rapport de densités d'incidence de 1,08, ni aux absences certifiées pour un problème de santé mentale bien que l'association soit dans le sens attendu avec un rapport de densités d'incidence de 1,21 et un intervalle de confiance à 95 % de 0,68-2,16. Des analyses multivariées seront effectuées ultérieurement sur les données d'absence pour maladie et permettront peut-être de mettre en évidence une association significative avec la tension au travail pour certains sous-groupes spécifiques.

Les résultats de l'étude épidémiologique appuient donc l'association entre la tension au travail, la détresse psychologique, l'épuisement émotionnel, même après avoir ajusté pour les facteurs potentiellement confondants. Le soutien social au travail est associé à la détresse psychologique et à l'épuisement émotionnel, mais il ne modifie pas l'association entre la tension au travail et ces troubles

psychologiques chez les infirmières québécoises. La tension au travail est également associée à l'incidence d'absences pour maladie de courte durée, mais elle n'est pas associée à l'incidence d'absences pour maladie certifiées ni à la consommation de médicaments psychotropes.

L'analyse du contenu des commentaires et suggestions d'améliorations aux conditions de travail émis par près de 1 000 infirmières en 1995 est venu renforcer les résultats de la partie quantitative de l'étude, particulièrement sur les plans de la demande psychologique et du soutien social au travail qui se sont révélés être des composantes souvent abordées par les infirmières. En effet, des dix thématiques dégagées du matériel qualitatif, les désirs d'amélioration concernant la demande psychologique et le soutien social sont arrivés aux premier et second rangs dans les six hôpitaux de la recherche. Il est possible de dégager de leurs propos sur la demande psychologique que les infirmières se sentaient dépassées par la succession de tâches à accomplir dans un laps de temps trop court et, par conséquent, qu'elles ressentaient la déshumanisation des soins offerts alors que le contact privilégié avec les patients est au cœur de la pratique infirmière hospitalière. La nécessité de contrer le manque de reconnaissance de leur travail et l'insuffisance de soutien social offert par les supérieurs et supérieures ont également été des éléments importants soulignés par plusieurs infirmières. Suivent en ordre décroissant les thèmes des avantages sociaux, de la latitude décisionnelle, de l'environnement physique, de l'horaire de travail et du statut, de la formation et du perfectionnement, des aspects structurels, de l'équipement social et, finalement, de la charge physique. Les infirmières travaillant en soins critiques et celles travaillant en soins généraux et spécialisés n'ont pas présenté de différences dans leurs souhaits d'amélioration des conditions d'exercice de leur profession. Dans les six hôpitaux, la hantise face à la transformation du réseau a semblé occasionner les mêmes perceptions d'insécurité et de malaise. Ce contexte d'imprévisibilité et de pertes potentielles ou réelles d'acquis semble venir s'ajouter, chez les infirmières, à des conditions de travail exigeantes sur les plans physique et psychique, vécues dans un climat de prestation de soins où le potentiel de ressourcement est déficient.

La présente étude réalisée chez près de 2 000 infirmières dans six hôpitaux du Québec a identifié des contraintes précises de l'environnement psychosocial de travail ayant des conséquences sur la santé mentale. Ces résultats, jumelés aux commentaires et suggestions d'améliorations des conditions de travail des infirmières elles-mêmes, peuvent faire l'objet de réflexions et d'interventions en vue de modifier les aspects pathogènes du travail sur les unités de soins hospitaliers. En effet, il est de plus en plus reconnu par les experts dans le champ du stress au travail que les interventions qui visent à réduire le stress sont moins efficaces lorsqu'elles tentent uniquement de modifier les capacités d'adaptation des travailleurs et travailleuses plutôt que de s'attaquer aux stressseurs, stratégie qui donnerait des résultats plus durables. Ces modifications dans l'environnement de travail nécessitent cependant l'engagement tant des gestionnaires de la haute direction, des ressources humaines et infirmières que des syndicats locaux, du Conseil des infirmières et des infirmiers et du personnel infirmier dans son ensemble afin que les changements désirés puissent se concrétiser et favoriser une meilleure qualité de vie au travail.

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, les problèmes de santé d'origine psychosociale ont augmenté au Québec comme dans la plupart des pays industrialisés[1-4]. Ainsi, Santé Québec rapporte une hausse importante de la prévalence de détresse psychologique en 1992-93 par rapport à la prévalence de 1987 et ce tant dans la population générale (26,3 % par rapport à 19,4 %) que chez les travailleurs et les travailleuses (25,5 % par rapport à 17,3 %)[2].

Le National Institute for Occupational Safety rapporte que les infirmières sont parmi les 40 professions dont la prévalence de désordres reliés au stress est la plus élevée[5]. Toujours chez les américains, parmi l'ensemble des professions, les professionnels de la santé, dont les infirmières, ont un risque supérieur de suicide, d'épuisement professionnel, de consommation d'alcool et autres drogues et les infirmières ont un taux supérieur d'admission à l'hôpital pour un trouble mental[4]. Chez les infirmières québécoises, il n'existe pas de statistiques sur la prévalence des problèmes de santé mentale.

En 1987, lors d'une étude cas-témoins chez les infirmières de la région de Québec, nous avons toutefois démontré une association de l'absence pour maladie certifiée toutes causes et de l'absence pour un problème de santé mentale avec différents indicateurs de charge de travail[6, 7].

Il est reconnu que certaines contraintes de l'environnement psychosocial de travail peuvent entraîner à court ou à moyen terme des problèmes de santé et tout particulièrement des problèmes de santé mentale[8]. Les caractéristiques du travail les plus étudiées pour leur effet potentiel sur la santé sont la demande psychologique et la latitude décisionnelle au travail[4]. Les travaux de Karasek démontrent une association entre la survenue de problèmes de santé et la tension qui résulte de la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle au travail [3]. Une troisième dimension de l'organisation du travail, le soutien social au travail, est de plus en plus documentée en relation avec la santé. Certaines études rapportent un effet direct du soutien social au travail sur la santé [9], d'autres documentent plutôt l'effet modifiant ou protecteur du soutien social sur la santé, chez les travailleurs exposés à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle au travail [3, 10].

La présente étude vise à montrer l'importance des problèmes de santé mentale reliés à ces trois dimensions de l'organisation du travail chez les infirmières en centres hospitaliers au Québec. Elle documente particulièrement l'effet combiné d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle au travail sur les indicateurs de santé mentale chez les infirmières québécoises. Elle apporte également un éclairage sur l'effet modifiant ou potentiellement protecteur du soutien social au travail. Un volet longitudinal permet en outre de mesurer l'évolution de la détresse psychologique en fonction de l'exposition aux contraintes de l'organisation du travail. Cette étude permet donc de rassembler des informations dans un domaine où la pénurie de données est importante. Une partie qualitative axée sur les propositions d'améliorations aux conditions de travail formulées par les infirmières elles-mêmes offre un complément à l'étude quantitative. Ces données pourront faciliter l'initiation d'interventions axées sur la réduction des contraintes de travail chez les infirmières.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Les contraintes psychosociales de l'environnement de travail et la santé mentale

La *demande psychologique* de travail concerne la quantité et la complexité du travail et les contraintes de temps [3]. Une autre contrainte de l'environnement psychosocial de travail susceptible d'affecter la santé des travailleurs est l'absence de latitude décisionnelle [3, 11]. La *latitude décisionnelle* recouvre deux réalités : l'une concerne l'autonomie de compétence, c'est-à-dire la capacité d'utiliser ses habiletés et ses qualifications et d'en développer de nouvelles; l'autre se rattache à l'autorité décisionnelle, c'est-à-dire à la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent [3]. En plus de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle, un troisième facteur de l'environnement de travail peut influencer la survenue de problèmes de santé. Il s'agit du *soutien social au travail* qui, de façon générale, désigne toute interaction sociale qui apporte une aide ou une reconnaissance de la part des supérieurs ou des collègues de travail [9, 12, 13].

Selon Karasek [1990], dans un travail où la demande psychologique est forte, le risque de développer un problème de santé mentale augmente surtout si le travailleur dispose d'un faible niveau de latitude décisionnelle. Ce n'est donc pas uniquement la demande psychologique qui joue un rôle important dans le développement des problèmes de santé mentale au travail, mais plutôt la tension engendrée par la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle [3]. La demande psychologique et la latitude décisionnelle peuvent se combiner selon quatre possibilités et rendre compte de différents degrés d'exposition à la tension au travail, comme l'illustre le schéma présenté à la page suivante.

Les emplois qui allient une faible demande et une forte latitude (quadrant A) sont décrits comme non générateurs de tension. Une tension modérée au travail peut provenir de deux types d'emplois. D'une part, les emplois dits actifs (quadrant B) qui demandent aux employés d'allier une demande psychologique exigeante avec une latitude décisionnelle importante. Ces emplois, bien que comportant une dose de tension, constituent des défis stimulants pour ceux qui les occupent et sont sources d'apprentissages et de productivité. D'autre part, les emplois dits passifs (quadrant C) où les employés sont à la fois soumis à peu de demande psychologique et de latitude, peuvent conduire à une atrophie progressive des habiletés. Finalement, une forte exposition à la tension au travail est observée dans les emplois qui se caractérisent par une demande psychologique exigeante et une faible latitude décisionnelle (quadrant D). Ces derniers constituent une menace plus importante pour la santé physique et psychologique des individus.

FIGURE 1 : NIVEAUX D'EXPOSITION À LA TENSION AU TRAVAIL (Karasek et Theorell, 1990)

		Demande psychologique	
		Faible	Élevée
Latitude décisionnelle	Élevée	Faible exposition Emplois avec peu de tension A	Exposition modérée Emplois Actifs B
	Faible	Exposition modérée Emplois passifs C	Forte exposition Emplois avec forte tension D

Des études ont mis en évidence une association entre la demande psychologique¹ et la détresse psychologique [14-17], l'épuisement professionnel[14-18] ou des symptômes dépressifs[19-21]. Des études documentent l'association entre la détresse psychologique et une faible latitude décisionnelle² [15] ou le travail parcellaire [16, 17], entre l'anxiété ou la dépression et la contrainte de temps imposée par la machine[22], ou encore, entre différents symptômes dépressifs et l'impossibilité d'utiliser ses habiletés[23-25]. Plusieurs études rapportent un effet direct du soutien social au travail sur l'épuisement professionnel [26], la détresse psychologique[14, 15, 27] ou différents symptômes dépressifs[12, 13, 20, 28].

Toutefois, alors que les effets de la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle sur la santé cardiovasculaire sont bien documentés [29], l'association avec les problèmes de santé mentale est moins claire et les résultats rapportés ne sont pas univoques[3, 21, 30-33]. Plusieurs études transversales et longitudinales auprès d'échantillons nationaux des Etats-Unis, de la Suède, de la Finlande et de l'Allemagne ont démontré un lien entre ces deux contraintes de l'organisation du travail et une augmentation des symptômes psychologiques[3, 21, 30, 31, 34]. Une étude réalisée chez des médecins suédois montre que l'épuisement professionnel est plus élevé chez les médecins rapportant une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle[35]. Au cours d'une étude chez des employés de la fonction publique, Parkes a trouvé une association entre la forte tension au travail et la détresse psychologique, mais seulement chez les sujets ayant un locus de contrôle externe[32]. L'étude de Carayon n'a pour sa part démontré, chez des employés de bureau, aucun effet

¹ Dans la littérature, la dimension de *demande psychologique* peut aussi être désignée par les termes "charge de travail", "complexité" ou "contraintes de temps".

Dans la littérature, la dimension de *latitude décisionnelle* peut aussi être désignée par les termes "contrôle", "autonomie" ou par l'une des composantes "variété des tâches" et "utilisation des qualifications".

additif ou multiplicatif de la tension au travail sur un indicateur concernant la tension psychologique, l'anxiété et la dépression[33].

Les résultats des études ayant porté sur l'association entre les contraintes du travail et la consommation de médicaments psychotropes sont également inconsistants[14, 34, 36-39]. La revue de littérature effectuée par Gaudet (mémoire de maîtrise en cours)[40] permet de constater que trois études ont utilisé de façon intégrale le modèle de Karasek pour mesurer les contraintes du travail. Dans une seule, il a été possible d'observer une forte association entre la consommation de tranquillisants et de somnifères et la tension au travail, chez des travailleurs suédois et américains[34]. Les deux autres recherches n'ont pas démontré une association concluante[37, 41].

Toutefois, comme le rapporte Gaudet[40], certains chercheurs ont étudié de manière isolée l'une ou l'autre des trois composantes de l'environnement psychosocial de travail et la consommation de médicaments psychotropes. Une association entre la prise d'antidépresseurs, de sédatifs et de somnifères et une demande psychologique élevée a été relevée dans une étude[42] alors que dans une autre, la consommation de somnifères au moins une fois par semaine au cours de la dernière année était plus élevée chez les femmes ayant des contraintes de temps plus fortes au travail[43]. Un lien significatif entre la consommation de médicaments et une plus faible latitude décisionnelle a été observée par Karasek[44] et par Muntaner et ses collaborateurs[41]. Finalement, un soutien social déficient ou un climat de travail difficile ont été associés à quelques reprises à la consommation de médicaments psychotropes[43, 45, 46].

La fréquence des absences pour maladie toutes durées est aussi associée à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle[30, 34, 35, 47, 48]. Toutefois, d'autres études n'ont pas mis en évidence un lien entre les absences pour maladie et la tension au travail. Une étude chez un échantillon représentatif de travailleuses et travailleurs scandinaves a révélé que l'absence pour maladie toutes durées, au cours d'une période de trois mois précédant l'enquête, n'était pas liée à la demande psychologique mais plutôt à la latitude décisionnelle[49]. Une autre étude réalisée chez des infirmières n'a démontré aucune association entre l'absence pour maladie de courte durée et un changement au niveau de la latitude, de la demande et du soutien social[50]. Les chercheurs du Whitehall II Study ont pour leur part montré une association entre la tension au travail et des taux plus élevés d'absence pour maladie de courte durée chez les travailleurs et travailleuses occupant les emplois les moins prestigieux dans une population de cols blancs. Ils n'ont pas trouvé d'association entre la tension au travail et les absences pour maladie de longue durée[51].

Les résultats de nos propres travaux de recherche

Enfin, au cours d'une étude transversale auprès de cols blancs de la région de Québec, nous avons mis en évidence une association entre la tension au travail et la prévalence de détresse psychologique[52] et la consommation de médicaments psychotropes au cours des deux derniers jours[53]. Dans cette étude, aucune association significative entre l'absence pour maladie certifiée et la tension au travail n'a pu être démontrée, bien que certains sous-groupes plus à risque d'absence ont été identifiés parmi les cols blancs soumis dans leur travail à une combinaison de demande élevée et de latitude faible[54]. De plus, dans cette étude, bien que le soutien social au travail était associé au niveau de détresse, il ne modifiait pas l'association entre la tension au travail et les indicateurs de santé mentale[52, 53].

L'inconsistance dans les résultats des études sur l'association entre une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle et les problèmes de santé mentale peut être

expliquée par des facteurs méthodologiques: les devis transversaux ou longitudinaux et la puissance des études, les différentes populations étudiées, les diverses façons de mesurer les contraintes de l'environnement psychosocial de travail et les différentes mesures ou indicateurs de santé mentale.

1.2 L'environnement psychosocial de travail et la santé mentale des infirmières

Plusieurs études récentes effectuées chez les infirmières documentent l'association entre les caractéristiques psychosociales de l'environnement de travail et les problèmes de santé mentale. Ces études ont été répertoriées bien que, pour la plupart, elles n'utilisent pas les mêmes définitions opérationnelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle ou du soutien social au travail.

Quelques études ont mis en évidence une association entre des symptômes psychologiques ou les absences pour maladie et la demande ou la charge de travail[6, 7, 42, 55-58], la latitude décisionnelle[50, 59] et le soutien social au travail[50, 55, 56, 58, 60-63]. Toutefois, à notre connaissance, une seule étude a documenté l'association entre une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle et l'épuisement émotionnel chez le personnel hospitalier dont la majorité était des infirmières[21]. Aucune étude n'a documenté l'effet protecteur du soutien social au travail chez les infirmières exposées à la tension au travail.

1.3 Les cofacteurs

D'autres facteurs de risque reconnus ou suspectés de l'environnement de travail influencent également la santé mentale du personnel infirmier, ce sont : l'unité de soins ou le type de clientèle[64, 65], le statut de travail[6], le poste[66], les horaires de travail[42, 67].

De plus, les effets du travail sur la santé mentale varient d'un individu à l'autre. Il s'avère donc important de contrôler pour certains facteurs de personnalité[15, 68, 69] et d'exposition extraprofessionnelle, afin de montrer l'effet indépendant des contraintes du travail sur la santé. Parmi les facteurs extraprofessionnels, la survenue d'événements stressants[70, 71] ainsi que la charge domestique[67, 72, 73] qui s'ajoute à la charge de travail doivent être prises en compte. Le soutien social comme mécanisme protecteur de problèmes de santé existe également, et de façon importante, en dehors du travail, à travers la famille et les amis[56, 62, 74].

1.4 Les objectifs de l'étude

L'objectif général de ce projet consiste à étudier l'association entre une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social au travail et la santé mentale des infirmières.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

- 1- Évaluer l'effet simple de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social au travail sur la santé mentale des infirmières telle que mesurée par des indicateurs de détresse psychologique, d'épuisement professionnel, de consommation de médicaments.
- 2- Déterminer l'effet combiné d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle au travail sur ces indicateurs de santé mentale chez les infirmières.
- 3- Déterminer si le soutien social au travail modifie l'association entre une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle, et ces indicateurs de santé mentale.

- 4- Déterminer l'évolution des indicateurs de santé mentale en fonction de l'exposition à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle au travail.
- 5- Documenter, sur la base d'une année, l'incidence des absences pour maladie en fonction de l'exposition à ces contraintes de l'organisation du travail.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

La présente étude comportait un volet transversal et un volet longitudinal. Le volet transversal a mesuré, à deux occasions, l'association entre la tension au travail et différents indicateurs de santé mentale, soit la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation de médicaments psychotropes. Les prises de mesure ont eu lieu au temps 1 (T1), du printemps à l'automne 1994 et au temps 2 (T2), à l'automne 1995. Le volet longitudinal a pour sa part porté sur l'association entre cette tension au travail et la survenue des absences pour maladie pendant une période de vingt mois.

2.1 La population étudiée

La population étudiée était celle des infirmières détentrices de postes à temps complet et à temps partiel de six centres hospitaliers de quatre villes du Québec à savoir, Chicoutimi, Montréal, Québec et Sherbrooke. Seules les infirmières ont été invitées à participer à l'enquête, les infirmiers n'étant pas assez nombreux dans la profession pour assurer une validité statistique aux résultats de l'étude. Les participantes ont été recrutées sur une base volontaire parmi 3 065 sujets éligibles.

2.2 Les variables mesurées

2.2.1 Les variables indépendantes

La tension au travail

Les principales variables indépendantes liées à l'environnement psychosocial de travail étudiées dans la présente recherche étaient la demande psychologique et la latitude décisionnelle. Un questionnaire auto-administré, prétesté et validé a permis de mesurer ces deux contraintes constituant la tension au travail. Il s'agit du *Job Content Questionnaire* (JCQ)[75] qui est l'instrument amélioré de 18 items recommandé par Karasek. L'échelle de demande psychologique mesure, au moyen de neuf items, la quantité de travail, les exigences intellectuelles et les contraintes de temps. L'échelle de latitude décisionnelle mesure, au moyen de neuf autres items, la possibilité de prendre des décisions, d'être créatif dans son travail ainsi que d'utiliser et de développer ses habiletés.

La validité du JCQ est bien documentée dans des études américaines nationales touchant la population générale[3]. Les qualités psychométriques de l'outil original ont été assurées[3, 75]. La version française mesurant la demande psychologique et la latitude décisionnelle a été validée auprès d'une population de 8 263 cols blancs de la ville de Québec[76]. Les résultats ont appuyé les qualités psychométriques de la traduction, soit la consistance interne, la stabilité temporelle à un an d'intervalle, la validité factorielle et le pouvoir discriminant. Les résultats de l'analyse factorielle ont confirmé la validité de construit de la mesure. De plus, le pouvoir discriminant a été assuré par des différences significatives, dans les scores moyens et les prévalences, selon le sexe et les catégories d'emploi. Dans la présente étude, la consistance interne de la mesure a été appuyée par un coefficient alpha de Cronbach de 0,79 pour l'échelle de demande psychologique et de 0,72 pour l'échelle de latitude décisionnelle.

L'instrument initial proposé par Karasek bénéficie d'un ajout pour permettre de mesurer la variable de soutien social au travail[75]. Le soutien social au travail désigne toute interaction sociale qui apporte une

aide ou une reconnaissance de la part des supérieurs ou des collègues de travail[9, 12, 13]. Le soutien social des collègues et celui des superviseurs sont respectivement cernés par quatre items. Dans la recherche actuelle, la consistance interne de la mesure de soutien social au travail a été confirmée par un coefficient alpha de Cronbach de 0,83.

La césure spécifiant à quel niveau la demande psychologique était considérée élevée a été déterminée par la médiane de la distribution des scores des participantes de la présente étude. Il y avait présence d'une demande psychologique élevée au travail lorsque le score était égal ou supérieur à la valeur 11, pour une étendue de -4 à 21. Une procédure identique a été appliquée pour spécifier le seuil où la latitude décisionnelle était considérée faible : le score devait être inférieur ou égal à 70, pour une étendue de 38 à 96. Le score du soutien social au travail a également été dichotomisé à la médiane. Les sujets obtenant un score inférieur à la valeur 23,5, pour une étendue de 8 à 32, faisaient état d'un faible soutien social au travail.

Pour tenir compte des résultats aux deux phases de la recherche, l'exposition cumulative à la forte tension au travail a été catégorisée en quatre groupes : les infirmières n'ayant pas été soumises à une forte tension au travail, ni au temps 1, ni au temps 2; celles exposées à cette tension seulement au temps 1; celles exposées seulement au temps 2; finalement, les infirmières qui ont été exposées à la forte tension lors des deux prises de mesure.

2.2.2 Les variables dépendantes

Les variables dépendantes à l'étude étaient la détresse psychologique, l'épuisement professionnel, la consommation de médicaments psychotropes et les absences pour maladie.

L'indice de détresse psychologique

La mesure de santé mentale retenue fut le Psychiatric Symptom Index (PSI)[77]. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 29 items mesurant la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété, d'agressivité, de dépression et de troubles cognitifs durant la dernière semaine. La consistance interne a été jugée adéquate, présentant un alpha de Cronbach de 0,91 pour la version originale[77] et de 0,92 pour la traduction en français[78]. Celle obtenue dans la présente étude a atteint 0,93. La validité factorielle de la mesure a également été confirmée[78]. Le score au PSI s'est avéré un bon indicateur de la présence de problèmes de santé mentale tel que démontré par la comparaison avec un outil diagnostique, le Diagnostic Interview Schedule (DIS)[79]. La validité de concomitance de la mesure avec quatre autres indicateurs de santé a été démontrée. Il s'agit de la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, de l'hospitalisation pour ce type de problème, de la présence d'idées ou de tentatives suicidaires et de la consommation de certaines drogues psychoactives[77, 78]. Santé Québec avait distingué, dans la population du Québec, cinq niveaux de détresse psychologique selon la distribution en quintiles du score au PSI, ce qui a permis la dichotomisation du score de détresse psychologique à partir du quintile supérieur, au-dessus duquel les sujets sont considérés comme ayant une symptomatologie élevée[80]. Cette valeur seuil chez les femmes québécoises correspondait à la valeur 25,29 qui est le seuil retenu dans la présente étude.

L'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel a été mesuré par le *Maslach Burnout Inventory* (MBI)[81] qui compte 22 items. L'instrument comprend trois sous-échelles : 1. l'épuisement émotionnel, soit le sentiment d'être émotionnellement dépassé et épuisé par son travail, 2. la dépersonnalisation, soit les sentiments d'insensibilité et les réponses impersonnelles aux clients et 3. l'accomplissement personnel, soit les sentiments de compétence et de réalisation au travail. Cette dernière composante est inversement reliée aux deux autres. Trois scores s'obtiennent parallèlement situant l'individu sur un continuum allant de "moins épuisé" à "plus épuisé" professionnellement. Maslach et Jackson rapportent des coefficients alpha allant de 0,71 à 0,90 pour les trois sous-échelles[81]. La fidélité test-retest de cette mesure est démontrée par des coefficients de 0,82 pour l'épuisement émotionnel, de 0,60 pour la dépersonnalisation et de 0,80 pour l'accomplissement personnel à un intervalle de 2 à 4 semaines; la stabilité temporelle est appuyée de coefficients respectifs de 0,61, 0,56 et 0,59 à un an d'intervalle. La fidélité et la validité de cet instrument ont été démontrées dans plusieurs autres études[82]. La traduction québécoise en langue française a été validée auprès d'échantillons d'infirmières et d'éducatrices en garderie et présente des caractéristiques psychométriques similaires à la version américaine en regard de la validité convergente, la validité factorielle, la validité hypothético-déductive, la fidélité test-retest et la consistance interne[76].

De nombreuses analyses factorielles ont confirmé le bien-fondé de regarder de manière isolée les trois sous-échelles du MBI et les données empiriques indiquent que l'épuisement émotionnel est la dimension principale associée aux cofacteurs et aux conséquences de l'épuisement professionnel[83]. À la lumière de ces constats, les analyses présentées concernent plus spécifiquement la composante d'épuisement émotionnel.

La consommation de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes a été définie à l'aide de deux questions inspirées de celles utilisées dans l'enquête Santé Québec pour documenter la prise de médicaments. La première se lisait comme suit: "Hier ou avant-hier, avez-vous fait usage de tranquillisants, sédatifs, somnifères ou stimulants pour avoir plus d'énergie ou vous remonter le moral?" La participante qui avait répondu affirmativement à cette question devait par la suite préciser dans la seconde question le nom exact du ou des médicaments consommés. Ont été considérées ayant consommé un médicament psychotrope, les participantes ayant répondu affirmativement à la première question et ayant inscrit le nom d'au moins un médicament faisant partie d'une des classes suivantes: barbituriques, antidépresseurs, tranquillisants, stimulants du système nerveux central, benzodiazépines, anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques. La liste de tous les médicaments de ces classes inclus dans le programme public des médicaments et services pharmaceutiques administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec a servi à classifier les médicaments inscrits par les participantes. Lorsqu'un médicament inscrit par une participante n'était pas inclus dans cette liste, un pharmacien, après consultation du Compendium des produits pharmaceutiques, indiquait s'il s'agissait d'un médicament appartenant à l'une des classes à l'étude. Les participantes ayant répondu affirmativement à la première question, mais ayant inscrit un médicament ne faisant pas partie d'une des classes à l'étude ont été inclus dans la catégorie des non-consommatrices de médicaments psychotropes.

La version modifiée de la question de l'enquête Santé Québec a été adoptée pour éviter les biais de déclaration, tel que l'a prescrit Laurier[84]. La capacité de cette question d'identifier les consommateurs de médicaments pour des problèmes liés à la santé mentale a été étudiée et s'est avérée adéquate[84]. La période de deux jours a été choisie par Santé Québec et ne semble pas amener un biais de sous-déclaration.

Les absences pour maladie

Les dates de début et de fin des épisodes d'absence pour maladie, peu importe la durée, ont été prélevées dans le dossier personnel de chacune des infirmières consentantes. Lors d'absences prolongées nécessitant un retour progressif au travail, il a été décidé de faire terminer l'événement d'absence au moment où la travailleuse revenait à temps partiel au centre hospitalier. Pour les absences pour maladie certifiées, c'est-à-dire les absences dépassant trois jours consécutifs dans deux hôpitaux, quatre jours dans un hôpital et cinq jours dans les trois autres centres hospitaliers, la raison d'absence doit être motivée par un certificat médical. Les diagnostics associés à ces absences ont complété cette compilation.

Les raisons médicales d'absence ont été classifiées par trois médecins du travail qui ont regroupé les problèmes de santé en trois grandes classes selon la procédure déjà utilisée au cours d'études antérieures[6, 54].

La première classe, identifiée comme la catégorie A, a regroupé les problèmes de santé mentale "fort probablement associés à l'environnement psychosocial de travail" comme par exemple l'épuisement professionnel. La deuxième classe, B, a rassemblé les problèmes somatiques pouvant avoir une cause psychosociale "potentiellement liée à l'environnement psychosocial de travail" comme les problèmes musculosquelettiques ou cardiovasculaires. La troisième et dernière classe, la catégorie C, incluait les autres raisons d'absence "non associées à l'environnement psychosocial de travail" telle une chirurgie, une fracture ou un accident.

Cette classification a été réalisée de façon indépendante par les trois médecins. La vérification de la codification a démontré que la concordance inter-juges était très importante et le deviendrait davantage si les diagnostics du groupe B, rassemblant les problèmes psychologiques et somatiques pouvant avoir une cause psychosociale, étaient mieux précisés. Une deuxième codification a alors été effectuée par les trois médecins pour classer les diagnostics B "potentiellement associés à l'environnement psychosocial de travail" en cinq sous-catégories : B1 pour les problèmes de santé mentale telle la dépression ou l'anxiété circonstancielle; B2.1 pour les problèmes cardiovasculaires ou circulatoires comme les douleurs thoraciques, l'hypertension, l'angine et B2.2 pour les troubles digestifs telle la colite; B3 pour les problèmes musculosquelettiques telle la lombalgie, la tendinite ou les douleurs cervicales; B4 pour les problèmes respiratoires comme la grippe ou la pneumonie; B5.1 pour les problèmes de santé reliés à la grossesse, B5.2 pour les infections potentiellement tributaires du milieu de travail comme la méningite et la varicelle et, finalement, B5.3 pour les autres problèmes possiblement associés au travail comme les allergies.

2.2.3 Les cofacteurs

En plus de quelques variables sociodémographiques, des facteurs socioprofessionnels comme le titre et le statut d'emploi, l'ancienneté dans l'établissement et le poste, le type d'unités de soins ainsi que l'horaire de travail ont été mesurés. L'insécurité d'emploi a également fait l'objet de deux questions. Les autres cofacteurs analysés dans l'étude ont été le soutien social hors travail, la charge familiale, les événements stressants récents ainsi que le comportement de type A.

Le soutien social hors travail, également nommé satisfaction face à la vie sociale, a été évalué à partir de 16 questions qui mesuraient la nature du réseau social et la satisfaction qu'il génèrait. Un indice de satisfaction par rapport à la vie sociale a été construit en conformité avec les recommandations de Santé Québec[85]. Il a été dichotomisé à partir du quintile le plus faible de satisfaction dans la distribution de cette variable chez les sujets de l'étude.

La charge familiale a, pour sa part, été évaluée par treize questions qui provenaient d'un instrument plus volumineux développé par le National Institute of Child Health and Human Development[86]. Les questions évaluaient le partage des responsabilités familiales et des tâches ménagères. La construction de deux indices a été inspirée de Tierney[73] qui calcule le fardeau domestique sur la base du nombre de personnes vivant dans la maison et de leur degré respectif d'autonomie et l'asymétrie dans l'accomplissement des tâches ménagères. Ces deux indices de charge familiale ont été dichotomisés comme étant élevés ou faibles à la médiane de la distribution des scores dans la population à l'étude.

Les événements stressants récents ont été mesurés au moyen d'une échelle de sept items utilisée dans l'enquête Santé Québec[87]. Cette échelle dressait la liste de certains événements récents, jugés bouleversants, et le sujet devait indiquer s'ils étaient survenus au cours des 12 derniers mois. Les événements comprenaient un déménagement, une perte d'emploi, une séparation ou un divorce, une maladie grave, personnelle ou chez un membre de la famille ainsi que le décès d'un conjoint ou d'une personne chère. Les sujets ont été divisés en un groupe n'ayant pas vécu d'événement stressant et un groupe en ayant vécu au moins un au cours de l'année précédant l'étude.

Le comportement de type A a été mesuré à l'aide d'une échelle de neuf items, inspirée des travaux de Friedman et Rosenman[88], dont la traduction française est empruntée à Arsenault et Dolan[89]. Dans la présente recherche, cette échelle présente un coefficient de consistance interne de 0,72. Les scores des sujets ont été dichotomisés à la médiane afin de départager le groupe d'infirmières présentant davantage de comportements de combativité et de recherche excessive de rendement au travail de celui des infirmières en présentant moins.

2.3 La collecte de données

Au printemps 1994, la liste des infirmières détentrices de poste à temps plein et à temps partiel des six hôpitaux visés a été produite par chaque direction des ressources humaines. Toutes les infirmières absentes du milieu de travail pour une période d'un mois ou plus avant la distribution du questionnaire ont été éliminées de l'étude. Une lettre annonçant la recherche a été distribuée, en avril, avec le talon de paie, à chacune des 3 065 participantes. Puis, des enveloppes personnalisées ont été préparées et regroupées par unité de soins. Ces enveloppes contenaient une lettre explicative, le premier questionnaire, un formulaire de consentement pour la participation à l'enquête et à l'étude des absences pour maladie ainsi que deux enveloppes affranchies pour le retour à l'équipe de recherche du questionnaire et du formulaire de consentement. La première semaine de mai 1994 a permis la distribution des questionnaires par des membres de l'équipe de recherche, accompagnées d'un ou d'une représentante syndicale ou patronale, directement sur les unités de soins. Un rappel écrit adressé à chacune des infirmières a été acheminé via le talon de paie deux et quatre semaines après la distribution.

Devant un taux de réponse faible malgré les rappels, la décision fut prise d'entrer en communication téléphonique au travail avec les infirmières qui n'avaient pas encore retourné leur questionnaire. Une

partie de ces appels a eu lieu au cours de l'été et l'autre, au cours de l'automne. Dans certains cas, un nouvel exemplaire du questionnaire a dû être acheminé aux participantes. Le recueil de questionnaires de la première phase n'a donc été complété qu'en décembre 1994.

La collecte des données au deuxième temps du volet transversal de la recherche a été fort similaire au premier. La direction des ressources humaines de chaque établissement a fourni une liste des infirmières détentrices de postes, par unité de soins, en septembre 1995. Une technicienne de recherche a effectué le repérage des participantes qui avaient changé de poste et éliminé les noms des infirmières qui avaient refusé de remplir le premier questionnaire. Les employées ayant quitté leur emploi ou absentes pour une période d'au moins un mois avant le moment de distribution ont été écartées de cette deuxième collecte de données. La raison de leur absence du milieu de travail a toutefois été documentée. Des enveloppes personnalisées contenant une lettre explicative et le second questionnaire ont été distribuées par des membres de l'équipe de recherche et des représentants du centre hospitalier pendant la semaine du 15 octobre 1995. Des lettres de rappel personnalisées ont été postées par le service postal interne de chaque établissement deux et quatre semaines après la distribution du questionnaire. Aucun rappel téléphonique ne fut effectué lors de cette phase de l'étude. La collecte s'est achevée à la mi-décembre 1995.

Le recueil des événements d'absence a couvert la période du 1^{er} mai 1994 au 31 décembre 1995 et a été effectué pour les 1 807 infirmières qui avaient donné leur consentement écrit à l'examen de leurs absences. Chaque direction des ressources humaines des centres hospitaliers impliqués dans la présente étude étant responsable de la gestion des journées de travail de ses employés, le recueil des données d'absence pour maladie a été effectué de manière à respecter les règles de fonctionnement de chaque hôpital. Dans deux des six centres hospitaliers, deux techniciennes de recherche ont eu directement accès aux feuilles de temps où les journées de maladie étaient indiquées par la lettre "M". Dans un autre établissement, les techniciennes ont dû avoir recours aux fiches cumulatives des infirmières (ou à leur version microfichée) faisant état des journées travaillées par période de deux semaines pour une année complète. Les absences pour maladie y étaient repérables par les codes usuels 335 (banque de jours de maladie payés), 345 (assurance-salaire) et 348 (jours de maladie sans solde). Dans un quatrième hôpital, elles ont pu consulter une fiche annuelle d'assiduité au travail pour chaque employée concernée et y prélever tous les épisodes d'absence indiqués par la lettre "M". Un des centres hospitaliers a refusé que les membres de l'équipe de recherche fassent l'étude des absences à même les fiches cumulatives, préférant qu'une de ses employées soit formée à le faire. Ce recueil a été vérifié et tous les cas douteux ont été discutés et éclaircis avec la directrice du service des finances. Un seul hôpital a pu fournir la liste des épisodes d'absence sur support informatique. Ces informations servant davantage des fins administratives que de recherche, le nettoyage de cette base a dû être effectué de façon à la rendre conforme au recueil réalisé dans les cinq autres établissements.

La liste de tous les épisodes d'absence nécessitant un certificat médical a été préparée et acheminée à la personne responsable du service de santé et sécurité du travail de chaque hôpital. La raison médicale de l'absence a été recueillie dans les dossiers médicaux de chaque infirmière concernée par une employée de ce service. Les diagnostics ont alors été classés par les trois médecins. Une fois cette étape franchie, toutes les données d'absence ont été acheminées à une firme spécialisée garantissant une double saisie informatique des données.

2.4 Le respect de la confidentialité et les considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au comité de déontologie de l'Université Laval et il fut approuvé par ce dernier. De plus, un des centres hospitaliers impliqués dans l'étude a manifesté le désir que le protocole soit porté à l'attention de son comité d'éthique. Les mesures proposées pour assurer la confidentialité des données ont été respectées. Les bases de données permettant d'établir le lien entre chaque infirmière et son numéro d'identification comme participante n'ont été disponibles que pour les membres de l'équipe de recherche pour des fins de gestion du projet. Les informations recueillies ont été traitées de façon strictement confidentielle.

2.5 Le traitement et l'analyse des données

2.5.1 La partie quantitative de l'étude

L'exploitation de la banque de données a été réalisée à l'aide du logiciel SAS version 6,09 (Statistical Analysis System). Un rapport de prévalence avec un intervalle de confiance à 95 % a permis de mesurer l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique, la dimension d'épuisement émotionnel de l'épuisement professionnel et la consommation de médicaments psychotropes[90]. L'effet potentiellement modifiant ou confondant de chacun des cofacteurs a été évalué par analyse stratifiée, en ajustant un à un pour chacun des cofacteurs [90]. La régression logistique a été utilisée pour ajuster les rapports de cotes simultanément pour plusieurs variables[91].

Pour les absences pour maladie, une première analyse a porté sur les absences pour maladie de courte durée, de trois à cinq jours selon les établissements, pour lesquelles les infirmières n'avaient pas à produire de certificat médical. Une deuxième analyse a porté sur les absences nécessitant un certificat médical et a pris en compte l'ensemble des diagnostics d'absence. Enfin, une troisième analyse a porté sur les absences certifiées pour les diagnostics codés A ou B1 qui désignaient des problèmes de santé mentale susceptibles d'être associés à l'environnement psychosocial de travail. Pour chacune de ces mesures d'absence pour maladie, un rapport de densités d'incidence a été calculé[90]. Pour chaque infirmière, chaque événement d'absence de chaque type a été calculé et la période de suivi a été mesurée en personnes-jours. Leurs taux d'absence pour maladie sont exprimés par 100 personnes-années. La régression de Poisson a été utilisée ultérieurement pour effectuer les analyses multivariées et permettre de présenter les résultats au moyen de rapports de cotes ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Les résultats des analyses multivariées feront l'objet de prochaines publications.

2.5.2 La partie qualitative de l'étude

Une question ouverte demandant aux infirmières de proposer des améliorations dans leurs conditions de travail a été traitée par analyse de contenu. L'analyse de contenu permet la classification ou la codification dans diverses catégories des éléments étudiés pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis[92]. La méthode d'analyse de contenu quantitative a été retenue dans le cadre de la présente étude puisque les commentaires obtenus étaient très synthétiques et ne permettaient pas une analyse des nuances entre les ressemblances et les différences entre les catégories[93]. Le contenu a donc été soumis à une forme de quantification et les catégories ont été traitées au moyen de distributions de fréquence et de pourcentages.

L'analyse de contenu a été effectuée en plusieurs étapes comme le suggère la littérature recensée à ce sujet. Ainsi, le traitement des données a débuté par une lecture flottante du matériel. Puis, l'unité de classification a été choisie, c'est-à-dire que les suggestions et commentaires émis par les infirmières ont été fragmentés pour obtenir des commentaires ne concernant qu'un seul thème à la fois. Par la suite, une

liste de codes a été élaborée, tant grâce à la recension des écrits sur le sujet que du matériel colligé lui-même et des définitions opérationnelles en ont découlées. Après cette étape, le processus de classification et de codification a été amorcé.

Les commentaires et suggestions des deux premiers hôpitaux ont été codés simultanément par trois membres de l'équipe de recherche afin de vérifier l'exclusivité, la pertinence et l'exhaustivité des catégories de codes et des définitions opérationnelles. Au fil de la classification, certains codes ont été groupés, d'autres ont été décomposés en codes plus explicites et d'autres encore ont été éliminés ou ajoutés. Le plan de codage a ainsi constamment été questionné, éprouvé et réajusté au fur et à mesure de l'analyse[94]. Les codes utilisés et leurs définitions sont présentés à l'Annexe 1. À deux reprises, à une semaine d'intervalle, les suggestions et commentaires d'un même hôpital ont été codés par la personne responsable de l'analyse de contenu. La fiabilité obtenue (Nombre de suggestions codées de manière identique/ Nombre total de suggestions X 100) s'est chiffrée à 95 %, dépassant le critère de 90 % proposé[95].

CHAPITRE III

RÉSULTATS

A. La partie quantitative de l'étude

3.1 Le temps 1 de l'étude

3.1.1 La description de la population étudiée

Le taux de participation des 3 065 infirmières détentrices de poste sollicitées au temps 1 de l'étude a atteint 61,7 %, variant de 44,4 % à 78,4 % selon les hôpitaux comme le démontre le Tableau 1. À partir du fichier des infirmières détentrices de poste transmis par les établissements hospitaliers impliqués dans l'étude, il a été possible d'effectuer quelques vérifications de la comparabilité des infirmières participantes à celles qui ont refusé de répondre. Sur la base des données disponibles sur l'ancienneté, le statut d'emploi, le quart de travail ou la langue d'usage, peu de différences statistiquement significatives ont pu être décelées : dans l'hôpital 2, davantage d'infirmières possédant moins de 10 années d'ancienneté dans l'établissement et moins de celles possédant plus de 20 années ont été parmi les répondantes que les non-répondantes ($p < 0,006$); dans l'hôpital 3, plus d'infirmières travaillant le jour ont participé à l'enquête ($p < 0,02$); dans l'hôpital 6, davantage d'infirmières occupant un poste à temps complet ont accepté de participer à l'étude ($p < 0,03$). Toutes les autres comparaisons effectuées n'ont révélé aucune différence significative entre les participantes et les non-participantes.

TABLEAU 1 : TAUX DE PARTICIPATION AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Hôpitaux	Infirmières éligibles au temps 1	Infirmières participantes	
		N	%
CH 1	511	319	62,4
CH 2	524	282	53,8
CH 3	371	291	78,4
CH 4	360	271	75,3
CH 5	560	400	71,4
CH 6	739	328	44,4
Total	3 065	1 891	61,7

Le Tableau 2 permet de brosser un portrait socioprofessionnel des infirmières qui ont répondu au premier questionnaire. On y remarque que les répondantes occupaient, dans une proportion de 80 %, un poste d'infirmière soignante et que près de 58 % des participantes travaillaient à temps complet. Les infirmières étaient âgées entre 22 et 65 ans, avec une moyenne de 39,6 ans en 1994. La moitié des participantes à la recherche possédaient un diplôme d'études collégiales en techniques infirmières, près de 35 % avaient effectué des études universitaires, soit un baccalauréat en sciences infirmières, un certificat ou une maîtrise et environ 15 % avaient été formées à l'hôpital.

TABEAU 2 : CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES PARTICIPANT AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Caractéristiques socioprofessionnelles	Infirmières participantes	
	N	%
Titre d'emploi		
Infirmière soignante	1 505	80,0
Infirmière chef d'équipe	106	5,6
Assistante infirmière-chef	225	12,0
Monitrice, clinicienne, liaison	46	2,4
Âge		
34 et moins	520	28,3
35 - 44	811	44,1
45 - 54	432	23,4
55 et plus	78	4,2
Formation		
Diplôme de l'hôpital	292	15,5
D.E.C. en techniques infirmières	938	49,9
Baccalauréat en sciences infirmières	332	17,6
Certificats universitaires	299	15,9
Maîtrise	20	1,1
Ancienneté dans l'hôpital		
Moins de 10 ans	535	29,2
10 à 20 ans	724	39,5
Plus de 20 ans	576	31,3
Ancienneté dans le poste		
Moins de 2 ans	338	20,0
2 à 10 ans	908	53,8
Plus de 10 ans	442	26,2
Statut d'emploi		
Temps complet	1 085	57,5
Temps partiel	801	42,5
Autre	-	-

TABLEAU 2 (suite)

Caractéristiques socioprofessionnelles	Infirmières participantes	
	N	%
Principal quart de travail		
Jour	762	40,4
Soir	353	18,7
Nuit	288	15,3
Rotation	483	25,6
Unité de soins		
<i>Soins critiques</i>	796	
Urgence	92	
Soins intensifs	181	
Cardiologie	50	
Bloc obstétrical	54	
Neuro-chirurgie, neurologie	82	
Unité coronarienne	46	
Néonatalogie	46	
Bloc opératoire, salle de réveil	101	
Équipe volante	144	42,6
<i>Soins généraux et spécialisés</i>	1 073	57,4
Médecine	123	
Chirurgie	166	
Médecine-chirurgie	139	
Orthopédie	49	
Obstétrique, gynécologie	138	
Pouponnière	11	
Pédiatrie	46	
Clinique externe, prélèvements, hémodialyse, chirurgie d'un jour	160	
Gériatrie	98	
Psychiatrie	96	
Autre	47	

L'ancienneté dans l'hôpital a varié de moins d'une année à près de 40 ans, avec une moyenne s'établissant à 15 ans. En effet, près de 40 % des infirmières se situaient dans la catégorie moyenne de 10 à 20 années d'ancienneté en soins infirmiers hospitaliers. Pour le poste occupé, les données indiquent que l'ancienneté a varié de moins d'un mois à près de 32 ans, avec une moyenne de sept années parmi les participantes.

Tous les quarts de travail ont été représentés dans la présente recherche avec la plus vaste proportion de travailleuses le jour, puis sur des horaires rotatifs et, ensuite, de soir et de nuit. Plus de 57 % des participantes œuvraient dans des unités classées comme offrant des soins généraux et spécialisés, alors que les autres travaillaient sur des unités dites de soins critiques, incluant l'équipe volante. Ce regroupement, produit à la suite de la consultation de quatre personnes familières avec les soins infirmiers hospitaliers, demeure arbitraire. Il est basé sur la part d'imprévu dans la planification des soins ainsi que le degré d'expertise clinique ou technique demandé aux infirmières selon le type de soins et de clientèle à desservir. Il faut garder à l'esprit que la distribution de plus en plus hétérogène des patients hospitalisés sur les différentes unités de soins des hôpitaux contribue à diluer cette classification.

D'après les commentaires des gestionnaires de ressources infirmières et des représentantes syndicales à qui les résultats du temps 1 ont été présentés, toutes les proportions dont il est question dans les paragraphes précédents semblaient bien refléter la réalité hospitalière des centres impliqués dans l'étude.

Les résultats concernant les covariables de l'étude comme la charge familiale, les comportements de type A, les événements stressants et la satisfaction face à la vie sociale ne sont pas présentés puisque par définition les indices sont dichotomisés à la médiane. Toutefois, il importe de mentionner qu'environ 40 % des infirmières participantes ont déclaré avoir vécu au moins un événement stressant au cours des douze mois précédant le questionnaire parmi une liste de sept possibilités : déménagement, perte d'emploi ou de poste, maladie personnelle, maladie d'un proche habitant le même foyer, séparation conjugale, décès du conjoint, décès d'un autre être cher. L'examen de certains des constituants de l'indice de satisfaction face à la vie sociale révèle que 15 % des infirmières vivaient plus de la moitié de leurs temps libres de façon solitaire et qu'un peu plus de 18 % s'avéraient globalement insatisfaites de leur vie sociale. Une minorité d'infirmières déclaraient ne pas avoir de confident pour parler librement de leurs problèmes ou ne pas pouvoir compter sur quelqu'un qui puisse les aider si elles étaient mal prises. Un peu moins d'une infirmière sur cinq vivait seule. Environ 80 % des répondantes qui ne vivaient pas seules habitaient avec un conjoint. Approximativement 60 % des infirmières participantes résidaient avec des enfants.

Le Tableau 3 présente la distribution des infirmières sur les variables prioritaires de la recherche. Les résultats indiquent que la tension au travail était faible chez environ 17 % des répondantes, alors qu'elle s'avérait modérée chez près de 52 % d'entre elles. La forte exposition à la tension au travail, lorsque la demande psychologique est élevée et la latitude décisionnelle faible, était présente chez 31 % des infirmières ayant répondu au questionnaire. Comme les scores de soutien social au travail ont été dichotomisés à la médiane, l'ensemble des infirmières a été scindé en deux groupes presque égaux, l'un présentant un soutien jugé faible, l'autre un soutien jugé élevé.

Un indice d'insécurité d'emploi perçue a révélé que malgré le climat d'incertitude dû à la transformation du réseau de la santé qui avait commencé à toucher les hôpitaux en 1994, environ 61 % des répondantes

n'avaient pas de crainte de voir modifier leur situation de travail, alors que près de 17 % se sentaient fortement inquiètes et craignaient la perte de leur emploi ou de leur poste.

En 1994, la détresse psychologique était élevée chez 28,3 % des répondantes. La prévalence de détresse élevée a varié de 22,6 à 33,6 % d'un centre hospitalier à l'autre. Certains des 29 items de cette variable ont été examinés de façon indépendante pour les sujets qui présentaient ces symptômes de temps en temps, assez souvent et très souvent. Il apparaît que dans la semaine précédant le premier questionnaire, 83 % se déclaraient sous pression; 58 % avaient éprouvé des difficultés à s'endormir ou à rester endormies; 43 % s'étaient senties désespérées en pensant à l'avenir; 6 % avaient pensé mettre fin à leurs jours.

Les résultats aux trois sous-échelles de l'épuisement professionnel sont présentés au Tableau 3 en fonction des points de césure proposés au tiers supérieur pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et au tiers inférieur pour l'accomplissement personnel. Les données informent que 35 % des infirmières ne présentaient aucun signe d'épuisement alors que 33 % avaient un résultat désavantageux à l'une des trois dimensions, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel. Ving-quatre pourcent des répondantes avaient un score désavantageux à deux des trois sous-échelles. Finalement, 8 % des infirmières en avaient un aux trois dimensions, ce qui indiquait un état de malaise très important chez elles. Cette mesure, bien qu'elle ne suffise pas à définir un état clinique, peut aider à détecter un niveau de symptomatologie dommageable.

Parmi les infirmières, 2,8 % avaient déclaré être en dépression au moment de la première prise de mesure. À peu près les deux-tiers de ces répondantes avaient consulté un professionnel de la santé à ce sujet. Jusqu'à 5,4 % des répondantes ont répondu qu'elles soupçonnaient souffrir de dépression sans en être certaines. Ensemble, ces infirmières représentaient 8,2 % des participantes.

Finalement, le Tableau 3 permet de constater que la consommation de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant la réponse au questionnaire était le fait d'une minorité d'infirmières puisque 4,4 % l'ont déclarée. Cette consommation au cours du mois précédant l'enquête, bien qu'encore l'apanage d'une minorité de personnes, était présente chez 9,6 % d'infirmières.

TABLEAU 3: DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES PARTICIPANT AU TEMPS 1 SELON LES VARIABLES MESURÉES PAR LE QUESTIONNAIRE

Variables	Infirmières participantes	
	N	%
Tension au travail ⁽¹⁾		
DP - LD + (faible)	320	17,2
DP + LD + (modérée)	468	25,1
DP - LD - (modérée)	499	26,8
DP + LD - (forte)	575	30,9
Soutien social au travail		
Faible	940	50,3
Élevé	928	49,7
Insécurité d'emploi		
Élevée	314	16,7
Moyenne	415	22,1
Faible	1 147	61,1
Détresse psychologique		
Élevée	531	28,3
Faible	1 347	71,7
Épuisement professionnel		
<i>Épuisement émotionnel</i>		
Élevée	656	34,9
Faible	1 223	65,1
<i>Dépersonnalisation</i>		
Élevée	653	35,9
Faible	1 165	64,1
<i>Accomplissement personnel</i>		
Faible	627	33,9
Élevé	1 225	66,1
Consommation de médicaments psychotropes		
Au cours des 2 jours précédant le questionnaire		
Oui	82	4,4
Non	1 790	95,6
Au cours du mois précédant le questionnaire		
Oui	179	9,6
Non	1 685	90,4

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

Le croisement des variables liées à la santé mentale montre que lors de la première prise de mesure, 54 % des répondantes ne présentaient aucun des symptômes psychologiques mesurés. Près de 16,5 % obtenaient des résultats désavantageux à la fois sur la dimension de l'épuisement émotionnel de l'épuisement professionnel et sur la détresse psychologique. Environ 2 % des infirmières présentaient simultanément la présence d'épuisement émotionnel, de détresse psychologique et la prise de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant le questionnaire. Ce dernier regroupement de variables indicatrices d'un état de santé mentale fragilisé augmentait à 3,4 % lorsque la consommation de psychotropes du mois précédant l'enquête était prise en compte.

3.1.2 La détresse psychologique

Les données présentées au Tableau 4 indiquent qu'un niveau de détresse psychologique élevé a été associé à une tension au travail modérée et forte, à un faible soutien social au travail, à l'insécurité d'emploi moyenne et élevée, aux centres hospitaliers, à la plus forte présence de comportements de type A, au fait de fumer régulièrement, au faible soutien social hors travail, aux événements stressants vécus dans l'année précédant l'enquête et à la forte asymétrie dans les tâches ménagères.

Le Tableau 5 fait état des rapports de cotes bruts et ajustés mesurant l'association entre la détresse psychologique et la tension au travail. Il est possible de constater que les contraintes psychosociales de l'environnement de travail que sont la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible et la combinaison d'une demande élevée et d'une latitude faible ont été associées chez les infirmières de l'étude à un niveau élevé de détresse psychologique. L'association s'avère plus forte pour la combinaison des contraintes que pour chacune prise séparément, et cela, même après avoir ajusté pour les variables potentiellement confondantes. En effet, le modèle ajusté pour le soutien social au travail, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants et le soutien social hors travail confère une valeur de 2,34 au rapport de cotes entre la forte tension au travail et la détresse psychologique. L'effet multiplicatif de l'exposition simultanée à la demande psychologique élevée et à la latitude décisionnelle faible est ici démontré.

Des analyses spécifiques à chacun des centres hospitaliers impliqués dans l'étude, non présentées sous forme de tableau, indiquaient que l'association entre la détresse psychologique et la tension au travail se présentait toujours dans le même sens avec, toutefois, des variations dans la force de l'association.

L'effet modifiant du soutien social au travail sur l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique a été examiné et ne s'est pas révélé concluant. Aucune différence significative dans les rapports de cotes entre la détresse psychologique et les degrés de tension au travail ne ressort, que les infirmières aient déclaré un soutien social élevé ou faible.

TABEAU 4 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) POUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Variables	N	PSI Élevé N	RP Bruts	IC 95 %
Tension au travail ⁽¹⁾				
DP - LD+ (faible)	319	52	1,00	
DP + LD+ (modérée)	465	117	1,54	1,15 - 2,07
DP - LD - (modérée)	495	125	1,55	1,16 - 2,07
DP + LD - (forte)	575	229	2,44	1,87 - 3,19
Soutien social au travail				
Élevé	920	188	1,00	-
Faible	938	336	1,75	1,50 - 2,04
Insécurité d'emploi				
Faible	1142	270	1,00	-
Moyenne	411	134	1,38	1,16 - 1,64
Élevée	312	125	1,70	1,43 - 2,02
Hôpital				
CH 1	318	72	1,00	-
CH 2	280	94	1,48	1,14 - 1,92
CH 3	288	80	1,23	0,93 - 1,62
CH 4	269	83	1,36	1,04 - 1,78
CH 5	398	121	1,34	1,04 - 1,72
CH 6	325	81	1,34	1,02 - 1,77
Comportements de Type A				
Faibles	927	236	1,00	-
Élevés	942	293	1,22	1,05 - 1,41
Statut de fumeuse				
Non	1397	372	1,00	-
Occasionnel	138	41	1,12	0,85 - 1,47
Régulier	339	117	1,30	1,10 - 1,54
Soutien social hors travail				
Satisfaction élevée	1423	324	1,00	-
Satisfaction faible	375	190	2,23	1,94 - 2,56
Événements stressants				
Non	1081	258	1,00	-
Oui	749	257	1,44	1,25 - 1,67
Asymétrie dans les tâches ménagères				
Faible	922	224	1,00	-
Élevée	921	298	1,33	1,15 - 1,54

⁽¹⁾ DP ‘ demande psychologique, LD ‘ latitude décisionnelle, + ‘ élevée, - ‘ faible

TABLEAU 5 : MESURE D'ASSOCIATION BRUTE ET AJUSTÉE ENTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET CHACUN DES DEGRÉS D'EXPOSITION À LA TENSION AU TRAVAIL AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Degré d'exposition à la tension au travail ⁽¹⁾	Rapport de cotes brut (IC 95 %) N ' 1819 ⁽²⁾	Rapport de cotes ajusté ⁽³⁾ (IC 95 %) N ' 1819
DP - LD + (faible)	1,00	1,00
DP + LD + (modérée)	1,68 (1,17 - 2,42)	1,55 (1,06 - 2,25)
DP - LD - (modérée)	1,69 (1,18 - 2,42)	1,39 (0,95 - 2,03)
DP + LD - (forte)	3,33 (2,36 - 4,68)	2,34 (1,62 - 3,36)

⁽¹⁾ DP ' demande psychologique ; LD ' latitude décisionnelle ; + ' élevée ; - ' faible

⁽²⁾ Il y a 72 données manquantes sur un total de 1891 sujets

⁽³⁾ L'ajustement a été effectué pour le soutien social au travail, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants survenus au cours des douze mois précédant l'enquête et le soutien social hors travail.

3.1.3 L'épuisement émotionnel

Le Tableau 6 permet de vérifier qu'un niveau d'épuisement émotionnel élevé a été associé à une tension au travail modérée et forte, à un faible soutien social au travail, à l'insécurité d'emploi élevée, aux centres hospitaliers, à la formation de niveau collégial, au fait de travailler 35 heures ou plus par semaine, à la plus forte présence de comportements de type A, au fait d'être une fumeuse régulière, au faible soutien social hors travail et aux événements stressants vécus dans l'année précédant l'enquête. L'association s'est également révélée significative, avec un caractère protecteur d'épuisement émotionnel, chez les infirmières ayant plus de 10 ans d'ancienneté dans le centre hospitalier, celles oeuvrant en psychiatrie ou aux soins intensifs, celles travaillant la nuit, celles cumulant deux emplois et celles déclarant un fardeau domestique élevé.

Le Tableau 7 présente les rapports de cotes bruts et ajustés mesurant l'association entre l'épuisement émotionnel et la tension au travail. Les contraintes psychosociales de l'environnement de travail que sont la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible et la combinaison d'une demande élevée et d'une latitude faible ont été associées chez le personnel infirmier participant à la recherche à un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Encore ici, l'association s'avère plus forte pour la combinaison des contraintes que pour chacune prise séparément. Le modèle ajusté pour le soutien social au travail, l'ancienneté dans l'hôpital, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants et le soutien social hors travail donne une valeur de 5,77 au rapport de cotes entre la forte tension au travail et l'épuisement émotionnel. L'association avec la tension au travail s'est révélée plus forte avec cet indicateur de santé mentale qu'avec la détresse psychologique élevée. Toutefois, l'effet multiplicatif de la combinaison de contraintes psychosociales n'a pas été démontré; il s'agirait plutôt d'un effet additif.

TABEAU 6 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) POUR LA DIMENSION D'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL (EE) AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Variables	N	EE	RP Bruts	IC 95 %
		Élevé		
Tension au travail ⁽¹⁾				
DP - LD+ (faible)	317	44	1,00	-
DP + LD+ (modérée)	467	185	2,85	2,12 - 3,83
DP - LD - (modérée)	496	117	1,70	1,24 - 2,33
DP + LD - (forte)	574	302	3,79	2,85 - 5,04
Soutien social au travail				
Élevé	922	227	1,00	-
Faible	936	422	1,83	1,60 - 2,09
Insécurité d'emploi				
Faible	1142	369	1,00	-
Moyenne	413	151	1,13	0,97 - 1,32
Élevée	312	133	1,32	1,13 - 1,54
Hôpital				
CH 1	319	99	1,00	-
CH 2	277	83	0,97	0,76 - 1,24
CH 3	289	91	1,01	0,80 - 1,28
CH 4	270	106	1,27	1,02 - 1,58
CH 5	400	168	1,35	1,11 - 1,65
CH 6	324	109	1,35	1,08 - 1,69
Ancienneté dans l'hôpital				
Moins de 10 ans	533	211	1,00	-
10 à 20 ans	722	239	0,84	0,72 - 0,97
Plus de 20 ans	571	189	0,84	0,72 - 0,98
Formation				
Diplôme de l'hôpital	289	85	1,00	-
DEC	934	338	1,23	1,01 - 1,50
Certificats universitaires	297	102	1,17	0,92 - 1,48
Baccalauréat ou maîtrise	350	126	1,22	0,97 - 1,53

TABLEAU 6 (suite)

Variables	N	EE Élevé N	RP Bruts	IC 95 %
Unité de soins				
Médecine	326	110	1,00	-
Chirurgie	460	170	1,10	0,91 - 1,33
Médecine-chirurgie	141	60	1,26	0,99 - 1,61
Psychiatrie	96	19	0,59	0,38 - 0,91
Pédiatrie	57	20	1,04	0,71 - 1,53
Obstétrique	134	51	1,13	0,87 - 1,47
Urgence	91	46	1,50	1,16 - 1,93
Soins intensifs	273	69	0,75	0,58 - 0,97
Soins prolongés	98	31	0,94	0,68 - 1,31
Équipe volante	143	57	1,18	0,92 - 1,52
Autre	49	21	1,27	0,89 - 1,82
Principal quart de travail				
Jour	761	276	1,00	-
Soir	349	112	0,88	0,74 - 1,05
Nuit	284	81	0,79	0,64 - 0,97
Rotation	480	185	1,06	0,92 - 1,23
Heures travaillées par semaine				
Moins de 35	695	207	1,00	-
35 ou plus	1169	444	1,28	1,12 - 1,47
Avoir deux emplois				
Non	1678	599	1,00	-
Oui	138	36	0,73	0,55 - 0,97
Comportements de Type A				
Faibles	927	257	1,00	-
Élevés	945	397	1,52	1,34 - 1,73
Statut de fumeuse				
Non	1397	467	1,00	0,83 - 1,35
Occasionnel	135	48	1,06	1,04 - 1,40
Régulier	340	137	1,21	

TABLEAU 6 (suite)

Variables	N	EE Élevé N	RP Bruts	IC 95 %
Événements stressants				
Non	1080	356	1,00	-
Oui	751	284	1,15	1,01 - 1,30
Fardeau domestique				
Faible	833	314	1,00	-
Élevée	1023	337	0,87	0,77 - 0,98

⁽¹⁾ DP ‘ demande psychologique, LD ‘ latitude décisionnelle, + ‘ élevée, - ‘ faible

TABEAU 7 : MESURE D'ASSOCIATION BRUTE ET AJUSTÉE ENTRE LA DIMENSION D'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL ET CHACUN DES DEGRÉS D'EXPOSITION À LA TENSION AU TRAVAIL AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Degré d'exposition à la tension au travail ⁽¹⁾	Rapport de cotes brut (IC 95 %) N ' 1821 ⁽²⁾	Rapport de cotes ajusté ⁽³⁾ (IC 95 %) N ' 1821
DP - LD + (faible)	1,00	1,00
DP + LD + (modérée)	4,19 (2,88 - 6,10)	3,81 (2,58 - 5,63)
DP - LD - (modérée)	1,97 (1,34 - 2,90)	1,88 (1,25 - 2,82)
DP + LD - (forte)	7,26 (5,04 - 10,45)	5,77 (3,92 - 8,50)

⁽¹⁾ DP ' demande psychologique ; LD ' latitude décisionnelle ; + ' élevée ; - ' faible

⁽²⁾ Il y a 70 données manquantes sur un total de 1891 sujets

⁽³⁾ L'ajustement a été effectué pour le soutien social au travail, l'ancienneté dans l'hôpital, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants survenus au cours des douze mois précédant l'enquête et le soutien social hors travail.

Sans être présentées sous forme de tableaux, des analyses spécifiques à chacun des centres hospitaliers de l'étude ont permis de voir que l'association entre l'épuisement émotionnel et la tension au travail se présentait toujours dans le même sens avec, tout comme pour la détresse psychologique, des variations dans la force de l'association.

L'effet modifiant du soutien social au travail sur le lien entre l'épuisement émotionnel et la tension au travail a également été évalué. Aucun changement significatif dans les rapports de cotes entre ces deux variables n'a pu être décelé, que le soutien soit déclaré élevé ou faible.

3.1.4 La consommation de médicaments psychotropes

Le tableau 8 permet de remarquer que la consommation de médicaments psychotropes a été associée au faible soutien social des collègues de travail, à l'insécurité d'emploi moyenne et forte, au centre hospitalier 2, au fait d'être âgée de 55 ans et plus, de fumer de façon régulière, d'être peu satisfaite de son soutien social hors travail et d'avoir vécu un événement stressant au cours des douze mois précédant le questionnaire.

Aucune association significative entre la consommation de médicaments psychotropes et la forte demande psychologique, la faible latitude décisionnelle ou une combinaison de ces deux contraintes n'a été observée chez les infirmières de l'étude comme le démontre le Tableau 9.

Encore ici, l'effet potentiellement modifiant du soutien social au travail a été étudié et n'a pas été confirmé.

TABLEAU 8 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) POUR LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (MED) AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Variables	N	MED N	RP bruts	IC 95 %
Soutien social au travail des collègues				
Élevé	741	22	2,00	–
Faible	1117	57	1,72	1,06 – 2,79
Insécurité d'emploi				
Faible	1138	38	1,00	
Moyenne	408	25	1,84	1,13 – 3,01
Élevé	312	19	1,82	1,06 – 3,11
Hôpital				
CH1	315	10	1,00	–
CH2	277	21	2,39	1,15 – 4,99
CH3	287	12	1,32	0,58 – 3,01
CH4	267	13	1,53	0,68 – 3,43
CH5	398	12	0,95	0,27 – 2,17
CH6	328	14	0,95	0,43 - 2,11
Âge				
34 ans et moins	518	15	1,00	–
35 à 44 ans	804	40	1,72	0,96 – 3,08
45 à 54 ans	423	19	1,55	0,88 – 3,01
55 ans et plus	78	6	2,66	1,06 – 6,65
Statut de fumeuse				
Non	1394	49	1,00	–
Occasionnel	137	8	1,66	0,80 – 3,43
Régulier	334	25	2,13	1,34 – 3,40
Soutien social hors travail				
Satisfaction élevée	1417	44	1,00	–
Satisfaction faible	374	55	3,01	1,96 – 4,62
Événements stressants				
Non	1085	28	1,00	–
Oui	748	51	2,64	1,68 – 4,15

TABLEAU 9 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) ENTRE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (MED) ET LA TENSION AU TRAVAIL AU TEMPS 1 DE L'ÉTUDE

Variables	N	MED N	RP bruts	IC 95 %
Tension au travail ⁽¹⁾				
DP- LD+ (faible)	317	12	1,00	–
DP+ LD+ (modérée)	464	20	1,14	0,57 – 2,30
DP- LD- (modérée)	492	22	1,18	0,59 – 2,35
DP+ LD- (forte)	571	26	1,20	0,61 – 2,35

⁽¹⁾ DP = demande psychologique, LD = latitude décisionnelle, + = élevée, – = faible

3.2 Le temps 2 de l'étude

3.2.1 La description de la population étudiée

Lors du temps 2, un questionnaire a été acheminé à 1 741 infirmières des 1 891 qui avaient participé au premier temps de l'étude. Cette différence dans les effectifs s'explique par le retrait de 130 infirmières qui étaient absentes du milieu de travail pour une période prolongée au moment de la distribution du deuxième questionnaire et 20 autres dont le premier questionnaire s'avérait inutilisable à cause de nombreuses données manquantes. Comme il est possible de le constater au Tableau 10, le taux de réponse à cette deuxième mesure a atteint 79,1%, avec 1 378 répondantes, variant de 64,1% à 86,2% selon les centres hospitaliers. Les vérifications effectuées pour comparer globalement les répondantes au temps 1 (T1) et celles au temps 2 (T2) révèlent que sur la base de l'exposition à la tension au travail déclarée ainsi que des indicateurs de santé mentale comme la détresse psychologique et l'épuisement émotionnel, aucune différence significative ne peut être observée. Comme les prochains paragraphes permettront de le constater, les données à T1 et T2 témoignent d'une stabilité générale des variables étudiées.

TABLEAU 10 : TAUX DE PARTICIPATION AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Hôpitaux	Infirmières éligibles	Infirmières participantes	
	au temps 2	N	%
CH 1	298	241	80,9
CH 2	264	215	81,4
CH 3	267	220	82,4
CH 4	266	206	77,4

CH 5	370	319	86,2
CH 6	276	177	64,1
Total	1 741	1 378	79,1

Le Tableau 11 dresse le portrait socioprofessionnel des participantes à T2. Les répondantes occupaient, dans une proportion de près de 80%, un poste d'infirmière soignante et environ 58% travaillaient à temps complet. Les infirmières étaient âgées entre 23 et 66 ans, avec une moyenne de 41,3 ans en 1995. La moitié des participantes à la recherche détenaient un diplôme d'études collégiales en techniques infirmières, près de 35% avaient effectué des études universitaires, soit un baccalauréat en sciences infirmières, un certificat ou une maîtrise et un peu plus de 15% avaient été formées à l'hôpital.

L'ancienneté dans l'hôpital a varié de près de deux à 41 années, avec une moyenne s'établissant à 17,5 ans. En effet, plus de 44% des participantes se situaient dans la catégorie de plus de 20 années d'ancienneté en soins infirmiers hospitaliers. Pour le poste occupé, les données indiquent que, parmi les participantes, l'ancienneté a varié de moins d'un mois à plus de 33 ans, avec une moyenne de 8,1 années.

Tous les quarts de travail ont été représentés dans la présente recherche avec la plus vaste proportion de travailleuses le jour, puis sur des horaires rotatifs, de soir et de nuit. Environ 55% des participantes oeuvraient dans des unités classées comme offrant des soins généraux et spécialisés, alors que les autres travaillaient sur des unités dites de soins critiques, incluant l'équipe volante.

Les covariables de l'étude comme la charge familiale, les comportements de type A, les événements stressants et la satisfaction face à la vie sociale ont également été très stables comparativement aux proportions observées à T1. Comme en 1994, environ 40% des infirmières participantes ont déclaré avoir vécu au moins un événement stressant au cours des douze mois précédant le questionnaire parmi la liste de sept possibilités. Une question particulière sur la situation financière du ménage, ajoutée en 1995, a permis de constater que 20,5% des infirmières s'en disaient plutôt ou tout à fait insatisfaites.

L'examen de certains des constituants de l'indice de satisfaction face à la vie sociale révèle que 15% des infirmières vivaient plus de la moitié de leurs temps libres de façon solitaire et que 19% s'avéraient globalement insatisfaites de leur vie sociale. Une minorité d'infirmières déclaraient ne pas avoir de confident pour parler librement de leurs problèmes ou ne pas pouvoir compter sur quelqu'un qui puisse les aider si elles étaient mal prises. Un peu moins d'une infirmière sur cinq vivait seule. Environ 70% des répondantes qui ne vivaient pas seules habitaient avec un conjoint. Approximativement 60% des infirmières participantes résidaient avec des enfants.

TABLEAU 11 : CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES PARTICIPANT AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE.

Caractéristiques professionnelles	Infirmières participantes	
	N	%
Titre d'emploi		
Infirmière soignante	1 098	79,7
Infirmière chef d'équipe	75	5,4
Assistante infirmière-chef	169	12,3
Monitrice, clinicienne, liaison	35	2,5
Âge		
34 et moins	287	21,4
35 - 44	582	43,3
45 - 54	417	31,1
55 et plus	57	4,2
Formation		
Diplôme de l'hôpital	210	15,5
D.E.C. en techniques infirmières	674	49,6
Baccalauréat en sciences infirmières	223	16,4
Certificats universitaires	239	17,6
Maîtrise	12	0,9
Ancienneté dans l'hôpital		
Moins de 10 ans	266	20,0
10 à 20 ans	477	35,8
Plus de 20 ans	589	44,2
Ancienneté dans le poste		
Moins de 2 ans	200	15,9
2 à 10 ans	690	54,8
Plus de 10 ans	368	29,3
Statut d'emploi		
Temps complet	793	57,6
Temps partiel	569	41,4
Autre	14	1,0

TABLEAU 11 (suite)

Caractéristiques professionnelles	Infirmières participantes	
	N	%
Principal quart de travail		
Jour	646	47,1
Soir	239	17,4
Nuit	210	15,3
Rotation	278	20,2
Unité de soins		
<i>Soins critiques</i>	585	
Urgence	60	
Soins intensifs	125	
Cardiologie	48	
Bloc obstétrical	47	
Neuro-chirurgie, neurologie	55	
Unité coronarienne	20	
Néonatalogie	47	
Bloc opératoire, salle de réveil	77	
Équipe volante	106	44,9
<i>Soins généraux et spécialisés</i>	717	55,1
Médecine	84	
Chirurgie	79	
Médecine-chirurgie	89	
Orthopédie	37	
Obstétrique, gynécologie	85	
Pouponnière	14	
Pédiatrie	36	
Clinique externe, prélèvements, hémodialyse, chirurgie d'un jour	116	
Gériatrie	69	
Psychiatrie	64	
Autre	38	

Le Tableau 12 présente la distribution des infirmières sur les variables prioritaires de la recherche. Les résultats indiquent que la tension au travail était faible chez environ 22% des répondantes, alors qu'elle s'avérait modérée chez près de 51% d'entre elles. La forte exposition à la tension au travail, lorsque la demande psychologique est forte et la latitude décisionnelle faible, était présente chez tout près de 28% des infirmières ayant répondu au questionnaire. La distribution des infirmières selon les différents degrés de tension au travail présente des différences significatives entre la collecte de données de 1994 et celle de 1995 ($p=0,02$). Ainsi, il y a une légère diminution dans la déclaration d'emplois dits actifs, là où la demande et la latitude sont élevées, et de ceux présentant une forte tension au travail. La déclaration d'emplois dits passifs, caractérisés par une demande et une latitude faibles, et d'emplois avec peu de tension au travail parce que présentant une demande faible et une latitude élevée, ont subi une légère hausse.

L'exposition cumulative à la tension au travail a été évaluée en comparant la répartition de cette variable à T1 et à T2. Les données indiquent que 56,5% des infirmières n'ont pas été exposées à la forte tension au travail; 11,9% des participantes n'ont pas été exposées à la forte tension à T1, mais l'ont été à T2; 15,8% ont été exposées à la forte tension au travail à T1, mais non à T2; finalement, 15,8% du personnel infirmier a été exposé aux deux moments à la forte tension au travail.

Les scores de soutien social au travail ont été divisés en fonction de la médiane de la distribution des scores obtenus par les infirmières participantes au temps 1 de l'étude. Au temps 2, les proportions ne sont pas significativement différentes de celles obtenues pour la même variable à T1.

L'insécurité d'emploi perçue en 1995 était le fait de presque 35% des infirmières qui se disaient fortement inquiètes quant à l'avenir de leur emploi malgré leur permanence. Cela constitue une augmentation de 50% par rapport aux résultats de 1994. D'un autre côté, en 1995, le désir de changer d'emploi ou de cesser de travailler était présent à chaque jour chez 7,3% des infirmières alors que 13,5% y pensaient au moins une fois par semaine. Par contre, 23,9% disaient ne jamais envisager cette éventualité.

En 1995, la prévalence de détresse psychologique élevée touchait 31,5% des répondantes alors qu'en 1994, elle affectait 28,3% des infirmières. La prévalence de détresse élevée a varié de 25,8 à 34,6% d'un centre hospitalier à l'autre. Certains des 29 items de cette variable ont été examinés de façon indépendante pour les sujets qui présentaient ces symptômes de temps en temps, assez souvent et très souvent. Il apparaît que dans la semaine précédant le deuxième questionnaire, 83% se déclaraient sous pression; 60% avaient éprouvé des difficultés à s'endormir ou à rester endormies; 47% s'étaient senties désespérées en pensant à l'avenir; 7% avaient pensé mettre fin à leurs jours.

TABLEAU 12 : DISTRIBUTION DES INFIRMIÈRES PARTICIPANT AU TEMPS 2 SELON LES VARIABLES MESURÉES PAR LE QUESTIONNAIRE

Variables	Infirmières participantes	
	N	%
Tension au travail ⁽¹⁾		
DP - LD + (faible)	295	21,7
DP + LD + (modérée +)	298	21,9
DP - LD - (modérée -)	392	28,8
DP + LD - (forte)	377	27,7
Soutien social au travail		
Faible	680	49,6
Élevé	690	50,4
Insécurité d'emploi		
Élevée	470	34,5
Moyenne	424	31,1
Faible	470	34,5
Détresse psychologique		
Élevée	432	31,5
Faible	938	68,5
Épuisement professionnel		
<i>Épuisement émotionnel</i>		
Élevée	425	31,0
Faible	948	69,0
<i>Dépersonnalisation</i>		
Élevée	506	37,8
Faible	832	62,2
<i>Accomplissement personnel</i>		
Faible	496	36,6
Élevé	859	63,4
Consommation de médicaments psychotropes		
Au cours des 2 jours précédant le questionnaire		
Oui	70	5,1
Non	1 301	94,9
Au cours du mois précédant le questionnaire		
Oui	124	9,0
Non	1 247	91,0

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

Les résultats aux trois sous-échelles de l'épuisement professionnel sont présentés au Tableau 3.1 en fonction des points de césure retenus en 1994. Sur la base des résultats de 1995 à l'inventaire d'épuisement professionnel, 36% des infirmières ne présentaient aucun signe d'épuisement alors que 32% avait un résultat désavantageux à l'une des trois dimensions, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel. Les données indiquent que 21% des répondantes avait un score désavantageux à deux des trois sous-échelles. Finalement, 11% des infirmières en avait un aux trois dimensions, ce qui révèle un état préclinique inquiétant.

Parmi les infirmières, 2,9% ont déclaré être en dépression au moment de la seconde prise de mesure. La majorité de ces répondantes aurait consulté un professionnel de la santé à ce sujet. Jusqu'à 6,5% des répondantes ont répondu qu'elles soupçonnaient souffrir de dépression sans en être certaines. Ensemble, ces infirmières représentaient 9,4% du personnel infirmier rejoint en 1995.

Le Tableau 12 indique finalement que 5,1% des infirmières ont déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant la réponse au questionnaire, comparativement à 4,4% à T1 et 9% au cours du dernier mois alors que lors de la première prise de mesure, il s'agissait de 9,6%.

Le croisement des variables liées à la santé mentale fait remarquer que lors du deuxième temps de l'étude, 55% des répondantes ne présentaient aucun des symptômes psychologiques mesurés. Près de 16,2% obtenaient des résultats désavantageux à la fois sur la dimension de l'épuisement émotionnel de l'épuisement professionnel et sur la détresse psychologique. Environ 2% des infirmières présentaient simultanément la présence d'épuisement émotionnel, de détresse psychologique et la prise de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant le questionnaire. Ce dernier regroupement de variables indicatrices d'un état de santé mentale fragilisé augmentait à 3,3% si la consommation de psychotropes du mois précédant l'enquête était prise en compte. Les résultats sont tout à fait semblables aux deux moments de prise de mesure.

Il importe de noter la stabilité dans la prévalence de chacun des indicateurs de santé mentale de cette étude entre T1 et T2. En effet, aucune différence statistique n'a pu être observée lors de la comparaison des prévalences obtenues aux deux prises de mesure.

3.2.2 La détresse psychologique

Les données présentées au Tableau 13 indiquent qu'un niveau de détresse psychologique élevé a été associé, au temps 2, à une tension au travail modérée et forte, à un faible soutien social au travail, à l'insécurité d'emploi élevée, au travail de nuit, à la plus forte présence de comportements de type A, à la consommation de 1 à 5 consommations d'alcool dans la semaine précédant l'enquête, au faible

soutien social hors travail, aux événements stressants vécus dans l'année précédant l'enquête et à la forte asymétrie dans les tâches ménagères. Le fait d'avoir une formation au baccalauréat ou à la maîtrise serait protecteur de détresse psychologique. En fait, la plupart des facteurs associés à la détresse psychologique au temps 1 le sont aussi au temps 2 quoique l'association soit un peu moins forte. Deux facteurs deviennent associés de façon significative en 1995. Il s'agit de la formation de bachelière ou de maître et le travail de nuit. Le statut de fumeuse était associé à la détresse en 1994 et ne l'est plus en 1995 alors que l'alcool n'était pas associé à T1 et l'est devenu à T2.

TABLEAU 13 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) POUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Variables	N	PSI Élevé N	RP Bruts	IC 95 %
Tension au travail ⁽¹⁾				
DP - LD+ (faible)	291	56	1,00	
DP + LD+ (modérée)	295	97	1,71	1,28 - 2,28
DP - LD - (modérée)	390	107	1,43	1,07 - 1,90
DP + LD - (forte)	376	167	2,31	1,78 - 3,00
Soutien social au travail				
Élevé	686	160	1,00	-
Faible	673	266	1,69	1,43 - 1,99
Insécurité d'emploi				
Faible	465	130	1,00	-
Moyenne	423	120	1,01	0,82 - 1,25
Élevée	466	176	1,35	1,12 - 1,63
Formation				
Diplôme de l'hôpital	209	70	1,00	-
D.E.C.	678	225	0,99	0,80 - 1,23
Certificats universitaires	219	73	1,00	0,77 - 1,31
Baccalauréat ou maîtrise	244	59	0,72	0,54 - 0,97
Principal quart de travail				
Jour	642	201	1,00	-
Soir	236	62	0,84	0,66 - 1,07
Nuit	208	81	1,24	1,01 - 1,52
Rotation	277	87	1,00	0,81 - 1,23
Comportements de Type A				
Faibles	711	202	1,00	-
Élevés	648	224	1,22	1,04 - 1,43

Consommation d'alcool

Aucune				
1-5 consommations/sem.	484	128	1,00	-
6 ou +	757	267	1,33	1,11 - 1,59
consommations/sem.	122	35	1,08	0,79 - 1,48

TABLEAU 13 (suite)

Variables	N	PSI	RP Bruts	IC 95 %
		Élevé		
Soutien social hors travail				
Satisfaction élevée	1002	252	1,00	-
Satisfaction faible	294	160	2,16	1,86 - 2,51
Événements stressants				
Non	827	240	1,00	-
Oui	527	186	1,22	1,04 - 1,43
Asymétrie dans les tâches ménagères				
Faible	658	175	1,00	-
Élevée	657	235	1,34	1,14 - 1,58

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

Le Tableau 14 fait état des rapports de cotes bruts et ajustés mesurant l'association entre la détresse psychologique et la tension au travail. Les contraintes psychosociales de l'environnement de travail que sont la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible et la combinaison d'une demande élevée et d'une latitude faible ont été associées, lors de la deuxième prise de mesure chez les infirmières de l'étude, à un niveau élevé de détresse psychologique. L'association s'est avérée plus forte pour la combinaison des contraintes que pour chacune prise séparément. L'effet multiplicatif de cette double exposition a ainsi été démontré. Le modèle ajusté pour le soutien social au travail, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants et le soutien social hors travail confère une valeur de 1,98 au rapport de cotes entre la forte tension au travail et la détresse psychologique.

TABLEAU 14 : MESURE D'ASSOCIATION BRUTE ET AJUSTÉE ENTRE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET CHACUN DES DEGRÉS D'EXPOSITION À LA TENSION AU TRAVAIL AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Degré d'exposition à la tension au travail ⁽¹⁾	Rapport de cotes brut (IC 95 %) N = 1251 ⁽²⁾	Rapport de cotes ajusté ⁽³⁾ (IC 95 %) N = 1251
DP - LD + (faible)	1,00	1,00
DP + LD + (modérée)	1,93 (1,31 - 2,84)	1,55 (1,03 - 2,34)
DP - LD - (modérée)	1,50 (1,03 - 2,19)	1,13 (0,75 - 1,69)
DP + LD - (forte)	3,28 (2,28 - 4,72)	1,98 (1,33 - 2,94)

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

- (2) Il y a 127 données manquantes sur un total de 1378 sujets
- (3) L'ajustement a été effectué pour le soutien social au travail, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants survenus au cours des douze mois précédant l'enquête et le soutien social hors travail.

Des analyses spécifiques à chacun des six centres hospitaliers montraient également que l'association entre la détresse psychologique et la tension au travail se présentait toujours dans le même sens avec des variations dans la force de l'association.

Comme au temps 1, l'effet modifiant du soutien social au travail sur l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique a été mesuré et s'est avéré non significatif.

3.2.3 L'épuisement émotionnel

D'après le Tableau 15, un niveau d'épuisement émotionnel élevé a été associé à une tension au travail modérée et forte, à un faible soutien social au travail, à l'insécurité d'emploi élevée, au fait de travailler 35 heures ou plus par semaine, à la plus forte présence de comportements de type A, au fait d'avoir consommé de l'alcool dans la semaine précédant l'enquête et au faible soutien social hors travail. L'association s'est également révélée significative, avec un caractère protecteur d'épuisement émotionnel, chez les infirmières travaillant en pédiatrie.

Le Tableau 16 présente les rapports de cotes bruts et ajustés des modèles de régression logistique mesurant l'association entre l'épuisement émotionnel et la tension au travail. Les contraintes psychosociales, prises séparément ou en combinaison, ont été associées chez les infirmières à un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Encore une fois, l'association s'avère plus forte pour la combinaison des contraintes que pour chacune prise séparément, mettant en évidence un effet multiplicatif de cette double exposition. Le modèle ajusté pour le soutien social au travail, l'ancienneté dans l'hôpital, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants et le soutien social hors travail donne une valeur de 5,00 au rapport de cotes entre la forte tension au travail et l'épuisement émotionnel. Comme au temps 1, l'association avec la tension au travail s'est révélée plus forte avec cet indicateur de santé mentale qu'avec la détresse psychologique élevée.

Sans être présentées sous forme de tableaux, des analyses spécifiques à chacun des centres hospitaliers de l'étude ont permis de voir que l'association entre l'épuisement émotionnel et la tension au travail se présentait toujours dans le même sens avec des variations dans la force de l'association.

L'effet modifiant du soutien social au travail sur le lien entre l'épuisement émotionnel et la tension au travail a encore été étudié et ne s'est pas révélé significatif.

3.2.4 La consommation de médicaments psychotropes

Le Tableau 17 permet de remarquer que la consommation de médicaments psychotropes a été associée aux centres hospitaliers 2 et 3, au fait de fumer de façon régulière, d'avoir consommé six verres d'alcool ou davantage au cours de la semaine précédant le questionnaire, d'être peu satisfaite de son soutien social hors travail et d'avoir vécu un événement stressant au cours des douze mois précédant le questionnaire.

TABLEAU 15 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC 95 %) POUR L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL (EE) AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Variables	N	EE Élevé N	RP Bruts	IC 95 %
Tension au travail ⁽¹⁾				
DP - LD+ (faible)	295	40	1,00	-
DP + LD+ (modérée)	297	105	2,61	1,88 - 3,62
DP - LD - (modérée)	388	85	1,62	1,15 - 2,29
DP + LD - (forte)	372	192	3,81	2,81 - 5,17
Soutien social au travail				
Élevé	686	147	1,00	-
Faible	673	276	1,91	1,61 - 2,26
Insécurité d'emploi				
Faible	468	135	1,00	-
Moyenne	421	122	1,00	0,81 - 1,23
Élevée	465	166	1,24	1,03 - 1,50
Unité de soins				
Médecine	252	80	1,00	-
Chirurgie	293	98	1,05	0,83 - 1,34
Médecine-chirurgie	89	32	1,13	0,81 - 1,58
Psychiatrie	64	13	0,64	0,38 - 1,07
Pédiatrie	49	8	0,51	0,27 - 0,99
Obstétrique	85	29	1,07	0,76 - 1,52
Urgence	60	21	1,10	0,75 - 1,63
Soins intensifs	190	51	0,85	0,63 - 1,14
Soins prolongés	69	17	0,78	0,49 - 1,22
Équipe volante	104	38	1,15	0,84 - 1,57
Autre	37	11	0,94	0,55 - 1,59
Heures travaillées par semaine				
Moins de 35	135	28	1,00	1,10 - 2,18
35 ou plus	1223	394	1,55	

TABLEAU 15 (suite)

Variables	N	EE Élevé N	RP Bruts	IC 95 %
Consommation d'alcool				
Aucune	485	126	1,00	-
1-5 consommations/sem.	759	254	1,29	1,08 - 1,55
6 ou + consommations/sem.	120	43	1,38	1,04 - 1,83
Comportements de Type A				
Faibles	711	176	1,00	-
Élevés	653	247	1,53	1,30 - 1,80
Soutien social hors travail				
Satisfaction élevée	1003	266	1,00	-
Satisfaction faible	294	141	1,81	1,55 - 2,12

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

TABLEAU 16 : MESURE D'ASSOCIATION BRUTE ET AJUSTÉE ENTRE LA DIMENSION D'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL ET CHACUN DES DEGRÉS DE TENSION AU TRAVAIL AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Degré d'exposition à la tension au travail ⁽¹⁾	Rapport de cotes brut (IC 95 %) N = 1322 ⁽²⁾	Rapport de cotes ajusté ⁽³⁾ (IC 95 %) N = 1322
DP - LD + (faible)	1,00	1,00
DP + LD + (modérée)	1,79 (1,18 - 2,71)	1,55 (1,00 - 2,39)
DP - LD - (modérée)	3,47 (2,29 - 5,24)	2,74 (1,78 - 4,20)
DP + LD - (forte)	6,75 (4,55 - 10,03)	5,00 (3,31 - 7,56)

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

⁽²⁾ Il y a 56 données manquantes sur un total de 1378 sujets

- (3) L'ajustement a été effectué pour le soutien social au travail, le nombre d'heures travaillées par semaine, l'âge, les comportements de type A, les événements stressants survenus au cours des douze mois précédant l'enquête et le soutien social hors travail.

TABLEAU 17: RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) POUR LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (MED) AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Variables	N	MED N	RP Bruts	IC 95 %
Hôpital				
CH 1	236	6	1,00	-
CH 2	213	17	3,14	1,26 - 7,82
CH 3	220	15	2,68	1,06 - 6,79
CH 4	205	11	2,11	0,79 - 5,61
CH 5	317	11	1,36	0,51 - 3,64
CH 6	177	10	2,22	0,82 - 6,00
Statut de fumeuse				
Non	1044	46	1,00	-
Occasionnel	82	5	1,38	0,57 - 3,39
Régulier	241	19	1,79	1,07 - 3,00
Consommation d'alcool				
Aucune	486	17	1,00	-
1-5 consommations/sem.	758	43	1,62	0,94 - 2,81
6 ou + consommations/sem.	120	10	2,38	1,12 - 5,07
Soutien social hors travail				
Satisfaction élevée	999	40	1,00	-
Satisfaction faible	295	25	2,12	1,31 - 3,43
Événements stressants				
Non	825	32	1,00	-
Oui	526	37	1,81	1,14 - 2,87

Bien que l'association entre la consommation de médicaments psychotropes et la forte demande psychologique, la faible latitude décisionnelle ou une combinaison de ces deux contraintes soit dans

le sens attendu, elle n'est pas statistiquement significative chez les infirmières de l'étude comme le démontre le Tableau 18.

Le rôle potentiellement modifiant du soutien social au travail a encore une fois été évalué et n'a pas été confirmé par les résultats.

TABEAU 18 : RAPPORTS DE PRÉVALENCE BRUTS (RP) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) ENTRE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (MED) ET LA TENSION AU TRAVAIL AU TEMPS 2 DE L'ÉTUDE

Variables	N	MED	RP Bruts	IC 95 %
		N		
Tension au travail ⁽¹⁾				
DP - LD+ (faible)	294	11	1,00	-
DP + LD+ (modérée)	296	13	1,17	0,53 - 2,58
DP - LD - (modérée)	385	19	1,32	0,64 - 2,73
DP + LD - (forte)	374	25	1,79	0,89 - 3,57

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

3.3 L'évolution dans la détresse psychologique de 1994 à 1995

Les prochaines analyses portent sur la moyenne de détresse psychologique (PSI) au temps 2 et l'exposition cumulative à la tension au travail élevée, c'est-à-dire à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle. Le Tableau 19 présente les moyennes du PSI à T2 ajustées pour la valeur du PSI à T1. Cet ajustement est effectué parce que l'importance du PSI à T2 est influencée par la mesure du PSI à T1. Les infirmières qui n'étaient pas exposées au temps 1 et ne l'étaient toujours pas au temps 2 ont eu la plus faible moyenne de détresse psychologique, 19,3; celles qui étaient exposées au temps 1 et ne l'étaient plus au temps 2 ont suivi avec une moyenne de 19,8; ensuite, celles qui n'étaient pas exposées au temps 1 mais l'étaient au temps 2 ont eu une moyenne de 22,3; enfin, les infirmières qui étaient exposées aux deux temps ont obtenu une moyenne de 23,7. La moyenne de détresse psychologique des infirmières exposées à T2 et celle des infirmières exposées à T1 et T2 étaient significativement différentes de la moyenne des infirmières qui n'ont jamais été exposées à une forte tension au travail.

TABLEAU 19 : MOYENNES DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) AU TEMPS 2 AVEC AJUSTEMENT POUR LE PSI AU TEMPS 1 ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) SELON L'EXPOSITION CUMULATIVE À LA TENSION AU TRAVAIL

Exposition cumulative à la tension au travail ⁽¹⁾	N	Moyennes PSI (IC 95 %)	p ⁽²⁾
NE à T ₁ et T ₂	744	19,3 (18,6 - 20,0)	-
E à T ₁ seulement	211	19,8 (18,5 - 21,1)	0,5179
E à T ₂ seulement	156	22,3 (20,7 - 23,9)	0,0006
E à T ₁ et T ₂	212	23,7 (22,3 - 25,1)	0,0001

⁽¹⁾ NE = non exposée ; E = exposée ; T₁ = temps 1 ; T₂ = temps 2

⁽²⁾ La valeur de p correspond à la valeur obtenue au test-t sur la comparaison de moyennes, de chaque niveau d'exposition avec la référence NE à T₁ et T₂. Pour considérer une différence statistiquement significative, le seuil de la valeur p est fixé à 0,017 (après correction Bonneferoni pour un niveau de signification de 0,05)

Une autre façon de mesurer l'évolution de la détresse psychologique entre T1 et T2 consiste à examiner s'il y a eu un changement dans le PSI en fonction de l'exposition cumulative à la tension au travail. Ces résultats sont présentés au Tableau 20. Selon les analyses effectuées sur les moyennes de changement du PSI entre les deux temps de la recherche, celles-ci ont différé selon le niveau d'exposition cumulative, c'est-à-dire selon le changement ou non dans le niveau d'exposition (Test de Fisher : p=0,0447). Chez les infirmières qui n'ont pas été exposées aux deux temps, il y a eu peu de changement dans la moyenne au PSI (0,55) alors que la moyenne des infirmières qui passaient du statut d'exposées à T1 au statut de non exposées à T2 a un peu baissé (-0,37). Les moyennes de celles qui ont été exposées à T2 ont augmenté et ce, de façon plus importante pour celles qui étaient exposées aux deux temps (2,24) que pour celles qui étaient non exposées à T1 et le sont devenues à T2 (2,03). En d'autres mots, bien que les différences entre les groupes ne soient pas statistiquement significatives, les infirmières qui étaient demeurées exposées ou qui l'étaient devenues ont vu leur détresse psychologique augmenter de façon importante par rapport aux infirmières qui étaient demeurées non exposées ou qui ont cessé de l'être.

TABLEAU 20 : MOYENNES DE CHANGEMENT DANS LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) ENTRE LE TEMPS 1 ET LE TEMPS 2 ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC 95 %) EN FONCTION DE L'EXPOSITION CUMULATIVE À LA TENSION AU TRAVAIL

Exposition cumulative à la tension au travail ⁽¹⁾	N	Moyennes de changement PSI (IC 95 %)	p ⁽²⁾
NE à T ₁ et T ₂	744	0,55 (-0,25 - 1,35)	-
E à T ₁ seulement	211	0,37 (-1,86 - 1,13)	0,2890
E à T ₂ seulement	156	2,03 (0,29 - 3,77)	0,1290
E à T ₁ et T ₂	212	2,24 (0,75 - 3,73)	0,0504

⁽¹⁾ NE = non exposée ; E = exposée ; T₁ = temps 1 ; T₂ = temps 2

⁽²⁾ La valeur de p correspond à la valeur obtenue au test-t sur la comparaison de moyennes, de chaque niveau d'exposition avec la référence NE à T₁ et T₂. Pour considérer une différence statistiquement significative, le seuil de la valeur p est fixé à 0,017 (après correction Bonneferoni pour un niveau de signification de 0,05)

Les autres variables de l'étude qui ont été associées à une différence de moyennes dans le PSI à T₂, une fois qu'on a ajusté pour le PSI à T₁, sont présentées au Tableau 21. Il s'agit du soutien social au travail, de l'insécurité d'emploi, des comportements de type A, de la consommation d'alcool, du soutien social hors travail, de la survenue d'événements stressants au cours des douze mois précédant l'enquête et de l'asymétrie dans les tâches ménagères.

Ensuite, l'association entre le PSI à T₂, ajusté pour le PSI à T₁ et l'exposition cumulative à la tension au travail a été examinée à la recherche de facteurs de confusion. L'ajustement de ces moyennes pour chacune des variables de l'étude n'a pas changé les moyennes, c'est pourquoi seules les valeurs brutes ont été présentées, au Tableau 19. Ces résultats appuient l'association entre l'exposition à la tension au travail et la détresse psychologique puisque les infirmières non exposées aux deux temps ont eu une moyenne plus faible au PSI, les exposées aux deux temps ont eu la moyenne la plus élevée et les autres ont obtenu des moyennes qui correspondaient, d'une part, à un retrait de l'exposition, mais avec quelque effet résiduel et, d'autre part, à une nouvelle exposition et un effet assez important.

TABEAU 21 : MOYENNES DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (PSI) AU TEMPS 2 AJUSTÉES POUR LE PSI AU TEMPS 1 ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95%) SELON LES VARIABLES ASSOCIÉES

Variables	N	Moyenne PSI (IC 95 %)		p ⁽¹⁾
Soutien social au travail				
Élevé	678	19,2	(18,5 - 19,9)	
Faible	669	21,6	(20,9 - 22,4)	0,0001
Insécurité d'emploi				
Faible	459	19,7	(18,8 - 20,6)	
Moyenne	421	19,8	(18,9 - 20,7)	
Élevée	463	21,9	(21,0 - 22,8)	0,0008
Comportement de type A				
Faibles	702	19,8	(19,1 - 20,5)	
Élevés	645	21,1	(20,3 - 21,9)	0,0165
Consommation d'alcool				
Aucune	481	19,7	(18,8 - 20,5)	
1-5 consommations/sem.	749	21,1	(20,4 - 21,8)	
6 ou + consommations/sem.	121	19,6	(18,0 - 21,4)	0,0309
Soutien social hors travail				
Satisfaction élevée	992	19,3	(18,7 - 19,9)	
Satisfaction faible	292	24,4	(23,2 - 25,6)	0,0001
Événements stressants				
Non	820	20,0	(19,3 - 20,7)	
Oui	522	21,2	(20,3 - 22,0)	0,0338
Asymétrie dans les tâches ménagères				
Faible	651	19,9	(19,1 - 20,6)	
Forte	652	21,0	(20,3 - 21,8)	0,0379

(1) La valeur de p correspond à la valeur obtenue au test-t sur la comparaison de moyennes, de chaque niveau d'exposition avec la référence NE à T₁ et T₂. Pour considérer une différence

statistiquement significative, le seuil de la valeur p est fixé à 0,017 (après correction Bonneferoni pour un niveau de signification de 0,05)

Pour les *absences de courte durée*, il y a eu 8 815 événements d'absence pour 1 106 389 personnes-jours, pour l'ensemble des infirmières, ce qui représente une densité d'incidence de 291,0 événements par 100 personnes-années. Parmi les 1 891 infirmières, 1 561 (82,5%) ont eu au moins un événement d'absence pour maladie de courte durée.

Les autres indicateurs de santé mentale mesurés dans l'étude, à T1, ont été associés à ce type d'absence comme l'indiquent les rapports de densités d'incidence suivants et leurs intervalles de confiance à 95% : 1,24 (1,18-1,29) pour la détresse psychologique; 1,27 (1,21-1,32) pour l'épuisement émotionnel; 1,48 (1,35-1,61) pour la consommation de médicaments psychotropes; 1,33 (1,19-1,49) pour la présence d'un problème de santé mentale lors de la réponse au questionnaire à T1.

Les rapports de densités d'incidence d'absence pour maladie de courte durée pour chacun des facteurs de l'étude sont présentés au Tableau 22. Ce type d'absence a été significativement associé à un faible soutien social au travail, aux hôpitaux 4 et 5, à l'unité de médecine-chirurgie et à l'équipe volante, à tous les types de formation en dehors de l'hôpital, au titre d'emploi autre que monitrice, à tous les quarts de travail autres que celui de jour, au fait de travailler plus de 35 heures par semaine, au statut de fumeuse, au faible soutien social hors travail et au fait d'avoir vécu des événements stressants au cours de l'année précédant le questionnaire. Les facteurs qui protègent de ce type d'absences pour maladie ont été : l'hôpital 6, l'ancienneté dans l'hôpital et dans l'unité de soins, le statut temps partiel, le fait d'avoir deux emplois, l'âge, la charge familiale et le fardeau domestique.

L'association des absences pour maladie de courte durée avec la tension au travail est également illustrée au Tableau 22. Seule une combinaison de demande élevée et de latitude faible est associée de façon significative à ce type d'absence avec un rapport de densités d'incidence de 1,20 (1,13-1,28).

Pour les *absences certifiées, quel que soit le diagnostic*, il y a eu 471 événements d'absences pour 1 106 389 personnes-jours, ce qui représente une densité d'incidence de 15,5 événements par 100 personnes-années. Parmi les 1891 infirmières participantes, 396 (20,9%) ont eu au moins un événement d'absence pour maladie certifiée. En ordre décroissant parmi l'ensemble des absences certifiées, 59,8% concernaient un diagnostic potentiellement associé à l'environnement psychosocial de travail (Catégorie B) et 38% un diagnostic non associé à l'environnement psychosocial de travail (Catégorie C). Il est à noter que pour la durée de l'étude, aucun diagnostic inscrit aux dossiers médicaux des participantes n'a permis de classer un événement d'absence parmi les problèmes de santé mentale fort probablement associés à l'environnement psychosocial de travail (Catégorie A). En effet, aucune mention d'épuisement professionnel n'a été émise pour les 471 absences pour maladie certifiées. Parmi les diagnostics de la catégorie B potentiellement associés à l'environnement psychosocial de travail, 22,1% étaient reliés à la santé mentale (B1), 4% référaient à des problèmes cardiovasculaires ou digestifs (B2), 12,7% concernaient des problèmes musculosquelettiques (B3),

12,1% étaient identifiés comme des problèmes respiratoires (B4), 4,5% comme des problèmes de santé reliés à la grossesse (B5.1), 2,1% étaient des infections potentiellement tributaires du milieu de travail (B5.2) et, finalement, 2,3% regroupaient d'autres problèmes possiblement associés au travail (B5.3).

TABLEAU 22 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) D'ÉVÉNEMENTS D'ABSENCES POUR MALADIE DE COURTE DURÉE (1 À 5 JOURS) SANS CERTIFICAT MÉDICAL SELON LES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Variables	SPJ ⁽¹⁾	SCOUR ⁽²⁾	DICOUR ⁽³⁾	RDI	IC 95 %
Tension au travail					
DP - LD +	187 960	1403	272,6	1,00	-
DP + LD +	271 910	2138	287,2	1,05	0,98 - 1,13
DP - LD -	292 754	2167	270,4	0,99	0,93 - 1,06
DP + LD -	337 043	3018	327,1	1,20	1,13 - 1,28
Soutien social au travail					
Élevé	545 233	3878	259,8	1,00	-
Faible	548 000	4866	324,3	1,25	1,20 - 1,30
Hôpital					
CH 1	188 551	1380	267,3	1,00	-
CH 2	165 290	1277	282,2	1,06	0,98 - 1,14
CH 3	170 459	1237	265,1	0,99	0,92 - 1,07
CH 4	157 294	1462	339,5	1,27	1,18 - 1,37
CH 5	232 971	2233	350,1	1,31	1,22 - 1,40
CH 6	191 824	1226	233,4	0,87	0,81 - 0,94
Ancienneté dans l' hôpital					
Moins de 10 ans	311 842	2628	307,8	1,00	-
10 à 20 ans	424 553	3543	304,8	0,99	0,94 - 1,04
Plus de 20 ans	337 444	2391	258,8	0,84	0,80 - 0,89
Ancienneté dans l' unité					
Moins de 2 ans	224 952	1820	295,5	1,00	-
2 à 20 ans	531 554	4580	314,7	1,06	1,01 - 1,12
Plus de 20 ans	260 058	1728	242,7	0,82	0,77 - 0,88
Unité de soins					
Médecine	192 615	1444	273,8	1,00	-
Chirurgie	274 424	2180	290,2	1,06	0,99 - 1,13
Médecine-chirurgie	81 025	896	403,9	1,48	1,36 - 1,60
Psychiatrie	55 704	378	247,9	0,91	0,81 - 1,01
Pédiatrie	34 004	288	309,4	1,13	1,00 - 1,28
Obstétrique	79 412	583	268,1	0,98	0,89 - 1,08
Urgence	54 097	421	284,2	1,04	0,93 - 1,16
Soins intensifs	158 849	1210	278,2	1,02	0,94 - 1,10

Soins prolongés	56 761	412	265,1	0,97	0,87 - 1,08
Équipe volante	84 320	751	325,3	1,19	1,09 - 1,30
Autre	28 564	195	249,3	0,91	0,78 - 1,06

TABLEAU 22 (suite)

Variables	SPJ ⁽¹⁾	SCOUR ⁽²⁾	DICOUR ⁽³⁾	RDI	IC 95 %
Formation					
Diplôme de l' hôpital	168 933	1182	255,6	1,00	-
DEC	549 947	4697	312,0	1,22	1,15 - 1,30
Certificats universitaires	174 661	1364	285,2	1,12	1,03 - 1,21
Baccalauréat ou maîtrise	206 787	1541	272,2	1,07	0,99 - 1,15
Titre d' emploi					
Monitrice, clinicienne, liaison	26 800	148	201,7	1,00	-
Assistante infirmière-chef	132 338	1146	316,3	1,57	1,32 - 1,86
Infirmière chef d' équipe	61 231	597	356,1	1,77	1,47 - 2,11
Infirmière soignante	880 936	6876	285,1	1,41	1,20 - 1,66
Principal quart de travail					
Jour	447 130	3230	263,9	1,00	-
Soir	205 523	1698	301,8	1,14	1,08 - 1,21
Nuit	168 394	1693	367,2	1,39	1,31 - 1,48
Rotation	282 443	2171	280,7	1,06	1,01 - 1,12
Statut d' emploi					
Temps plein	632 049	6297	363,9	1,00	-
Temps partiel	471 441	2495	193,3	0,53	0,51 - 0,56
Heures travaillées par semaine					
Moins de 35	412 961	2129	188,3	1,00	-
35 ou plus	684 455	6643	354,5	1,88	1,79 - 1,98
Avoir deux emplois					
Non	988 025	7930	293,2	1,00	-
Oui	80 876	533	240,7	0,82	0,75 - 0,90
Âge					
34 et moins	304 234	2755	330,8	1,00	-
35 - 44	477 079	3820	292,5	0,88	0,84 - 0,93
45 - 54	250 043	1745	254,9	0,77	0,73 - 0,82
55 et plus	45 286	279	225,0	0,68	0,60 - 0,77
Statut de fumeuse					
Non	824 227	6183	274,0	1,00	-
Occasionnel	81 351	716	321,5	1,17	1,09 - 1,27
Régulier	196 567	1888	350,8	1,28	1,22 - 1,35
Soutien social hors travail					
Satisfaction élevée	838 825	6580	286,5	1,00	-
Satisfaction faible	219 529	1872	311,5	1,09	1,03 - 1,14
Événement stressants					
Non	641 534	4744	270,1	1,00	-
Oui	436 030	3876	324,7	1,20	1,15 - 1,25

TABLEAU 22 (suite)

Variables	SPJ ⁽¹⁾	SCOUR ⁽²⁾	DICOUR ⁽³⁾	RDI	IC 95 %
Charge familiale					
Faible	537 201	4634	315,1	1,00	-
Élevée	548 288	4011	267,2	0,85	0,81 - 0,88
Fardeau domestique					
Faible	487 982	4294	321,4	1,00	-
Élevé	604 121	4408	266,5	0,83	0,80 - 0,86

⁽¹⁾ SPJ ' personnes-jours

⁽²⁾ SCOUR ' incidence d ' absences pour maladie de courte durée

⁽³⁾ DICOUR ' densité d ' incidence d ' absences pour maladie de courte durée par 100 personnes-années

⁽⁴⁾ DP ' demande psychologique ; LD ' latitude décisionnelle ; + ' élevée ; - ' faible

Comme pour les absences de courte durée, mais de façon plus marquée, les autres indicateurs de santé mentale mesurés au temps 1 ont également été associés aux absences certifiées. Les rapports de densités d ' incidence ont été : 1,33 (1,09-1,60) pour la détresse psychologique; 1,35 (1,12-1,62) pour l ' épuisement émotionnel; 1,75 (1,23-2,49) pour la consommation de médicaments psychotropes; 2,77 (1,96-3,91) pour la présence d ' un problème de santé mentale lors de la réponse au questionnaire à T1.

Les rapports de densités d ' incidence d'absence pour maladie certifiée pour chacun des facteurs de l ' étude sont présentés au Tableau 23. Ce type d ' absences a été associé significativement à un faible soutien social au travail, à l ' hôpital 2, au nombre d ' heures travaillées par semaine, à l ' âge et au statut de fumeuse. Tous les types de formation autres que le diplôme obtenu à l ' hôpital se sont avérés protecteurs d ' absences pour maladie certifiées.

L ' association des absences certifiées avec la tension au travail est illustrée au Tableau 23. La combinaison de demande élevée et de latitude faible n ' a pas été associée de façon significative aux absences certifiées avec un rapport de densités d ' incidence de 1,08 (0,82-1,42).

Enfin, pour *les absences certifiées pour un diagnostic de santé mentale* potentiellement associé à l ' environnement psychosocial de travail, il y a eu 104 événements d ' absences pour 1 106 389 personnes-jours, ce qui représente une densité d ' incidence de 3,4 événements par 100 personnes-années. Parmi les 1891 infirmières ayant participé à ce volet de l'étude, 91 (4,8%) ont eu au moins un événement d'absence certifiée pour un diagnostic relié à la santé mentale.

Comme pour les absences de courte durée et les absences certifiées tous diagnostics, mais de façon plus marquée, les autres indicateurs de santé mentale mesurés au temps 1 sont associés aux absences certifiées pour un diagnostic de santé mentale potentiellement associé à l ' environnement

psychosocial de travail. Les rapports de densités d'incidences sont : 2,73 (1,86-4,02) pour la détresse psychologique; 2,30 (1,56-3,39) pour l'épuisement émotionnel; 3,33 (1,86-5,96) pour la consommation de médicaments psychotropes; 6,75 (4,01-11,35) pour la présence d'un problème de santé mentale lors de la réponse au questionnaire à T1.

TABLEAU 23: RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (IC 95 %) D'ÉVÉNEMENTS D'ABSENCES POUR MALADIE CERTIFIÉES TOUS DIAGNOSTICS EN RELATION AVEC LES VARIABLES DE SANTÉ MENTALE DE L'ÉTUDE

Variables	SPJ ⁽¹⁾	SLONG ⁽²⁾	DILONG ⁽³⁾	RDI	IC 95 %
Tension au travail					
DP - LD +	187 960	79	15,4	1,00	-
DP + LD +	292 754	115	14,3	0,93	0,70 - 1,24
DP - LD -	217 910	118	15,9	1,03	0,78 - 1,37
DP + LD -	337 043	153	16,6	1,08	0,82 - 1,42
Soutien social au travail					
Élevé	545 233	204	13,7	1,00	-
Faible	548 000	261	17,4	1,27	1,06 - 1,53
Hôpital					
CH 1	188 551	69	13,4	1,00	-
CH 2	165 290	93	20,6	1,54	1,13 - 2,10
CH 3	170 459	62	13,3	0,99	0,71 - 1,40
CH 4	157 294	79	18,3	1,37	0,99 - 1,90
CH 5	232 971	108	16,9	1,27	0,94 - 1,71
CH 6	191 824	60	11,4	0,85	0,60 - 1,21
Formation					
Diplôme de l'hôpital	168 933	109	23,6	1,00	-
DEC	549 947	231	15,3	0,65	0,52 - 0,82
Certificats universitaires	174 661	70	14,6	0,62	0,46 - 0,84
Baccalauréat ou maîtrise	206 787	61	10,8	0,46	0,33 - 0,63
Statut d'emploi					
Temps plein	632 049	310	17,9	1,00	-
Temps partiel	471 441	160	12,4	0,69	0,57 - 0,84
Heures travaillées par semaine					
Moins de 35	412 961	152	13,4	1,00	-
35 ou plus	684 455	318	17,0	1,26	1,04 - 1,53
Âge					
34 et moins	304 234	118	14,2	1,00	-
35 - 44	477 079	178	13,6	0,96	0,76 - 1,21
45 - 44	250 043	140	20,5	1,44	1,13 - 1,84
55 et plus	45 286	21	16,9	1,20	0,75 - 1,90

Statut de fumeuse

Non	824 227	327	14,5	1,00	-
Occasionnel	81 351	41	18,4	1,27	0,92 - 1,76
Régulier	196 567	101	18,8	1,30	1,04 - 1,62

(1) SPJ ' personnes-jours

(2) SLONG ' incidence d ' absences pour maladie certifiées

(3) DILONG ' densité d ' incidence d ' absences pour maladie certifiées par 100 personnes-années

(4) DP ' demande psychologique ; LD ' latitude décisionnelle ; + ' élevée ; - ' faible

Les rapports de densités d'incidence d'absence pour maladie certifiée pour un diagnostic de santé mentale pour chacun des facteurs de l'étude sont présentés au Tableau 24. Ce type d'absences est associé significativement à un faible soutien social au travail, aux hôpitaux 2, 3 et 4, au fait de travailler plus de 10 jours par période de 14 jours, au faible soutien social hors travail, au fait d'avoir vécu un événement stressant au cours des douze derniers mois ainsi qu'au statut de fumeuse. Tous les types de formation autres que le diplôme obtenu à l'hôpital ainsi que le fait d'occuper deux emplois sont protecteurs d'absences pour maladie certifiées pour un diagnostic de santé mentale potentiellement associé à l'environnement psychosocial de travail.

L'association des absences certifiées pour un diagnostic de santé mentale avec la tension au travail est illustrée au Tableau 24. La combinaison de demande élevée et de latitude faible n'a pas été associée de façon significative à ce type d'absence bien que l'association soit dans le sens attendu avec un rapport de densités d'incidence de 1,21 (0,68-2,16).

B. La partie qualitative de l'étude

À notre demande, 76% des 1 378 infirmières ayant répondu au second questionnaire, soit un total de 1 050 personnes, ont proposé des suggestions et commentaires pour améliorer leurs conditions de travail. Quelques infirmières se sont déclarées satisfaites de leurs conditions de travail actuelles, certaines autres ont mentionné le désir de fuir leur milieu en changeant d'hôpital ou de carrière et quelques unes ont déclaré que la situation perçue était désespérée et que rien ne pouvait être fait pour améliorer les conditions de travail du personnel infirmier. D'autres encore ont rapporté des solutions personnelles pour améliorer leur qualité de vie ou des réponses non codables par manque de spécificité. Tous ces types de réponse ont été classés sous la rubrique "non codable" et ne sont donc pas considérés dans les calculs de résultats. De ce fait, 264 items ont été éliminés, soit 10% des commentaires et suggestions. Fait important à noter, à notre demande de suggestions pour améliorer leurs conditions de travail, plusieurs infirmières ont rapporté les problèmes vécus au lieu de proposer des solutions concrètes. Ces commentaires ont tout de même été considérés et classés dans les codes attribués au thème correspondant. Au total, 2259 commentaires, fournis par 987 infirmières, ont donc été soumis à l'analyse.

Le processus de codage a permis d'élaborer une liste de catégories de suggestions et commentaires, soit dix thèmes principaux autour desquels les réponses des infirmières se regroupaient. Les items répertoriés dans chacune des catégories de code ont d'abord été dénombrés en fréquence pour ensuite être transformés en pourcentages. On obtient ainsi le pourcentage des items par catégorie (Nombre d'items d'une catégorie / Nombre d'items au total X 100) de façon globale, puis en fonction de chaque hôpital.

Comme l'indique le Tableau 25, la catégorie "demande psychologique" est ressortie au premier rang puisqu'elle comprend 30% du total des suggestions et commentaires faits par les infirmières. Le "soutien social" suit de très près avec 28%. Puis les "avantages sociaux", la "latitude décisionnelle" et l'"environnement physique" ont regroupé respectivement 8%, 7% et 7% des suggestions et

commentaires. Ont ensuite suivi l'«horaire de travail et statut» (6%), la «formation et le perfectionnement» (5%), les «aspects structurels» (5%), l'«équipement social» (3%) et finalement la «charge physique» (0,5%).

TABLEAU 24 : RAPPORTS DE DENSITÉ D'INCIDENCE (RDI) ET INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (IC 95 %) D'ÉVÉNEMENTS D'ABSENCES POUR MALADIE CERTIFIÉES POUR DES DIAGNOSTICS DE SANTÉ MENTALE POTENTIELLEMENT ASSOCIÉS À L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE TRAVAIL SELON LES VARIABLES DE L'ÉTUDE

TABLEAU 25 : RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES SUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES PAR CATÉGORIE AU TOTAL ET SELON L'HÔPITAL

Catégories ⁽¹⁾	Total	CH 1	CH 2	CH 3	CH 4	CH 5	CH 6
Aspects structurels	4,6	3,8	4,2	2,7	2,5	7,0	6,0
Avantages sociaux	7,7	6,7	10,6	9,0	11,6	4,6	5,7
Charge physique	0,5	0,3	0,6	0,3	0,7	0,4	0,7
Demande psychologique	29,9	29,2	29,1	29,4	34,2	27,3	33,2
Environnement physique	7,0	5,1	6,4	4,2	9,5	6,2	12,4
Équipement social	3,3	4,0	1,4	4,7	1,8	3,1	4,7
Formation et perfectionnement	5,3	7,8	4,2	5,7	5,6	4,0	4,7
Horaire de travail et statut	6,4	6,2	8,4	6,2	12,3	3,7	4,0
Latitude décisionnelle	7,4	8,0	7,8	7,2	5,6	7,7	7,4
Soutien social au travail	28,0	29,0	27,2	30,4	16,2	36,1	21,1
TOTAL DES COMMENTAIRES	2259	373	357	401	284	546	298

(1) Les catégories sont explicitées à l'Annexe 1.

Une comparaison des hôpitaux a laissé voir certaines différences quant à l'ordre des catégories classées en ordre de fréquence. Toutefois, la demande psychologique et le soutien social au travail ont occupé partout le premier rang alors que la charge physique a toujours été reléguée au dernier rang. L'analyse a aussi indiqué qu'il n'y a pas eu de différences majeures entre les suggestions et commentaires pour améliorer leurs conditions de travail fournis par les infirmières travaillant en soins critiques et celles travaillant en soins généraux et spécialisés. Les paragraphes qui suivent détaillent les résultats pour chacune des dix catégories de suggestions et commentaires en débutant par celles dont le taux a été le plus élevé.

La demande psychologique s'est avérée la catégorie qui recouvrait le plus grand nombre de commentaires (n'676). De plus, elle s'est retrouvée au premier ou au second rang d'importance dans tous les hôpitaux. Près de 75% des commentaires et suggestions ont eu trait à des demandes directes de diminuer la charge de travail et d'augmenter le personnel ainsi qu'à des plaintes de manquer de temps pour remplir les tâches à réaliser pendant le quart de travail. Quelques commentaires d'infirmières viennent illustrer ce point de vue : "Augmenter le nombre d'infirmières sur chaque quart de travail. Avec la réorganisation des soins, le travail est de plus en plus lourd avec le même nombre d'effectif. De plus en plus difficile de rester alerte et disponible" (INF. 3172), "Avoir moins de malades ou plus de personnel afin de mieux faire et approfondir les soins à donner. Présentement, j'ai l'impression d'éteindre des feux; je me sens plus pompière qu'infirmière" (INF. 4234) et " De plus en plus, vu la lourdeur de la charge de travail due à un personnel insuffisant, nous devons traiter nos patients un peu plus comme des numéros. Quand nous voulons prendre le temps d'être humains, on est vues comme des personnes lentes qui planifient mal leur travail" (INF. 1153).

Un peu plus de 10% des commentaires et suggestions de la thématique de demande psychologique ont concerné la division du travail. Les infirmières suggéraient une répartition plus équitable du travail entre elles ou une répartition différente des tâches entre les différents corps d'emploi. On retrouvait des suggestions comme: "Avoir plus de personnel paramédical (préposés) pour faire les tâches non spécialisées"(INF. 2263) et "Donner plus de tâches aux préposés et aux infirmières auxiliaires afin de libérer les infirmières pour qu'elles puissent consacrer plus de temps aux soins nursing" (INF. 5558). Puis environ 7% ont mentionné leur désir de ne pas toujours être transférées d'un poste à un autre. Par exemple: "Au sein de l'équipe volante, permettre que l'infirmière soit quelques jours consécutifs dans la même unité" (INF. 3101). Moins de 5% (n'33) des commentaires et suggestions relatifs à la demande psychologique ont eu trait à la surcharge de travail qu'entraîne, pour les infirmières de l'unité, la présence de personnel de remplacement. Cette catégorie a aussi englobé le désir que le personnel absent soit remplacé parce que la charge de travail de celles qui sont présentes devient excessive. Comme l'exprime une participante à l'étude, il faudrait "former des équipes de travail permanentes pour créer et développer des liens, une méthodologie de travail. Le mouvement de personnel est tellement important qu'il est rendu difficile de former des équipes de travail qui se complètent" (INF. 4024). À peu près 3% (n'20) des éléments écrits sur le thème de la demande psychologique a concerné la possibilité de prendre les pauses ainsi que le respect du temps alloué aux pauses et aux repas. Un commentaire comme: "On ne prend plus notre pause depuis quelques années (je suis allée à ma pause trois malheureuses fois cette année). On ne prend même plus toute la période allouée au repas et on part 20 à 30 minutes après la fin de notre quart de travail sans jamais demander la rémunération correspondante. Lorsqu'on se plaint, on se fait répondre qu'on est bien chanceux d'avoir un emploi. Où est-ce qu'on peut couper? Va-t-il falloir soigner les patients sans leur parler?" (INF. 5115) synthétise les préoccupations des infirmières à ce sujet. Finalement, 1% (n'7) des commentaires a rappelé la violence physique et verbale faite aux infirmières de la part de tous les individus qui les côtoient: patients, familles des patients, collègues, médecins, supérieurs et supérieures. Cette violence peut contribuer à hausser la perception de demande psychologique au travail.

Le second thème le plus fréquent a été le soutien social au travail (n'633). Bien que ce concept comporte normalement quatre sortes de soutien, le soutien instrumental n'a pas été inclus ici puisque les commentaires à ce sujet ont été répartis à l'intérieur d'autres catégories. Tout comme la demande psychologique, il s'est retrouvé au premier ou au second rang dans chaque hôpital. Un peu plus de 75% des items du soutien social au travail ont concerné le soutien cognitif et émotif, c'est-à-dire, pour le premier, la possibilité d'accéder aux informations pour solutionner un problème et d'avoir des supérieurs et supérieures ainsi que des collègues compétentes et, pour le deuxième, l'opportunité de socialiser, de relaxer et de se libérer de son stress. Dans cette sous-catégorie, le manque de soutien le plus souvent exprimé a été celui des supérieurs et supérieures: "Une supérieure plus sympathique et plus près des employés" (INF. 6180). Le manque de travail en équipe semble être un constat dans chacun des hôpitaux. Le commentaire suivant concrétise ce besoin d'amélioration: "Avoir des rencontres avec tout le personnel au moins une fois par mois pour faire le bilan du fonctionnement du travail incluant les secrétaires, brancardiers, personnel d'entretien, préposés à la stérilisation, etc, afin de permettre aux employés d'exprimer leurs difficultés quotidiennes en milieu de travail dans le but d'améliorer les relations de travail et le fonctionnement" (INF. 2483). La partie des commentaires concernant le soutien des médecins à l'égard des infirmières a particulièrement fait l'objet de plusieurs énoncés faisant allusion aux conflits et au besoin de les voir diminuer.

Près de 25% des énoncés se sont attardés à la notion de reconnaissance qui est en fait l'une des composantes du soutien social, celle qui reconnaît l'importance et la compétence de la personne et de ce fait stimule l'estime de soi. À titre d'exemples, notons : "Reconnaître le travail bien fait; ce n'est pas le cas" (INF. 2402), "Qu'il y ait des encouragements venant du Boss" (INF. 1041) et "Il n'y a pas d'écoute sur ce département. L'infirmière-chef est un mur de béton; l'assistante est froide et fermée à améliorer quoi que ce soit. Aucun appui, nulle part. Aucune valorisation. Je ne me sens pas faisant partie d'une équipe. On se sent des subalternes axées sur la production et la rentabilité. Je ne me sens pas considérée" (INF. 5443). Finalement, pour compléter ce thème, environ 1% (n'6) des commentaires ont référé au désir de contacts sociaux avec les collègues (club social, soirées...) hors du contexte de travail.

Pour les huit autres thèmes relevés dans l'analyse de contenu, étant donné que la fréquence de leur mention dans les commentaires et suggestions des infirmières a été beaucoup moins élevée que pour la demande psychologique et le soutien social au travail, les résultats ne sont pas présentés avec leurs pourcentages respectifs, mais de façon globale.

Les éléments regroupés sous la catégorie des avantages sociaux (n'174) ont exprimé le désir d'avoir une sécurité d'emploi et d'être protégée contre le licenciement; d'avoir la possibilité de prendre ses congés et vacances sans difficulté et au moment souhaité ("Que nos vacances d'été soient en été et non l'automne" (INF. 1203)), ainsi que le désir d'en avoir davantage; à un ajustement à la hausse de la rémunération directe comme par exemple d'"Être rémunérée pour le travail fait à la maison, ex: rédaction de documents, planification de projets,..." (INF. 6297). D'autres suggestions ont abordé la prise de la retraite: la possibilité de la prendre de façon anticipée, de ne pas subir de pénalités en

fonction du moment où l'infirmière choisie de la prendre ou de ne plus se sentir poussée à la retraite. Les difficultés d'accéder à des promotions ont été rapportées par quelques infirmières, de même que la possibilité d'être en congé de maladie ou d'accident du travail et de se faire harceler pour un retour hâtif au travail. Quelques personnes ont souhaité un accès facilité aux congés sans solde et pour études, sans pénalité par rapport à l'ancienneté.

Le concept de latitude décisionnelle a été traité en abordant ses deux réalités (n°167). La majorité des commentaires et suggestions ont concerné l'autorité décisionnelle. Ils se rapportent à la liberté de choisir comment faire son travail, la possibilité de prendre des décisions autonomes et le pouvoir qu'a l'infirmière d'influencer la façon dont les choses se passent au travail. Par exemple, on retrouve: "Diminuer le contrôle des petits gestes quotidiens" (INF. 1015) ou encore "Il faudrait que les décisions qui amènent des changements directs dans mon travail se prennent différemment, c'est-à-dire du bas vers le haut. L'infirmière de chevet est la première concernée, mais trop souvent la dernière consultée, quand elle l'est. Donc, souvent, on nous impose des choses, des manières de faire, des tâches ajoutées ou enlevées" (INF. 3043). L'autre partie des commentaires a référé à l'autonomie des compétences. Les items classés ici ont fait référence au travail répétitif ou varié, à la possibilité de développer de nouvelles habiletés et d'être créatives. Par exemple: "Utiliser les gens selon leurs talents et qualités serait prioritaire" (INF. 2103), "Permettre aux infirmières d'utiliser leurs connaissances connexes en médecine douce" (INF. 6010) et "Reconnaître la formation académique que l'individu possède en lui donnant davantage de responsabilités" (INF. 1275).

Les infirmières ont fait des commentaires sur des aspects de leur environnement physique de travail (n°157) dont la moitié portaient sur la quantité et l'état du matériel et des équipements comme "Avoir du matériel plus récent et adéquat" (INF. 2019). L'autre moitié des suggestions s'est rapportée à l'aménagement des lieux: ergonomie, grandeur, propreté, décoration, existence d'un endroit pour prendre les pauses. Une suggestion émise par une participante illustre cette catégorie: "Améliorer les lieux physiques, la proximité est tolérable mais la promiscuité est tout à fait irritante" (INF. 1015). Un commentaire permet de saisir combien le manque d'espace peut avoir des répercussions sur la productivité au travail: "Dans mes activités habituelles, l'espace physique est très peu propice à un travail intellectuel. (...) Un espace privé, mieux équipé et surtout moins utilisé par d'autres, serait plus propice à penser. On ne nous reconnaît pas d'espace à réfléchir" (INF. 5303). À peine quelques infirmières ont noté des éléments négatifs à corriger du côté de l'ambiance climatique (température, ventilation, humidité) et aux agents physiques (bruits, vibrations, éclairage, odeurs).

Les commentaires et suggestions des infirmières ont également fait mention de leur désir de voir s'améliorer certains aspects de leur horaire de travail et de leur statut d'emploi (n°145). Des exemples d'items classés sous cette rubrique seraient: "Plus de stabilité dans l'horaire de travail et les secteurs d'activité. Je suis sur l'équipe volante, je ne sais jamais ou pas vraiment quel sera l'endroit où j'irai travailler; cela devient difficile avec le temps!" (INF. 4061) et "Avoir des horaires plus souples: il n'est pas évident, avec des horaires fixes, de bien s'organiser avec les enfants, conjoints, gardiennes..." (INF. 5068).

La catégorie formation et perfectionnement (n°119) réfère à l'ensemble des activités d'apprentissage planifiées visant l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes propres à faciliter l'adaptation des individus et des groupes à leur environnement socioprofessionnel et, en même temps, la réalisation des objectifs d'efficacité de l'organisation. Elle comprend la formation et le perfectionnement en cours d'emploi ainsi que l'entraînement des nouvelles infirmières. Voici un exemple de suggestion: "Cours de formation complémentaire pour faire face à la nouvelle technologie" (INF. 1262).

Les commentaires et suggestions concernant les aspects structurels ont relevé davantage du niveau organisationnel (n°103). Certains ont eu trait à la philosophie de gestion, comme "Gestion participative" (INF. 5071) ou encore "Un système qui soit humain et non qui pense seulement qu'en fonction de l'argent; un système qui soit géré justement et équitablement" (INF. 1502). D'autres éléments se rapportaient à la définition du rôle et à l'organisation de la tâche (répartition du temps entre les patients et les tâches administratives, définition des tâches). Quelques commentaires ont concerné la structure organisationnelle: les postes prévus, les fonctions et le pouvoir attribués à chaque membre et les liens hiérarchiques entre les différentes divisions alors que quelques autres ont touché à la philosophie de services et de soins comme par exemple: "Une stabilisation dans les procédés de soins; éviter les changements à tous les trois mois" (INF. 5438).

La prochaine thématique a été nommée équipement social; elle regroupe les modalités spéciales mises en oeuvre par la direction de l'hôpital pour assurer le bien-être des employés (n°75). Les éléments de cette catégorie ont été répartis en trois sous-catégories. La moitié a référé à la transmission de l'information venant de la direction. Plusieurs infirmières réclamaient d'être informées des décisions administratives qui les touchent. "Nous vivons actuellement avec la hantise des restrictions budgétaires, mais jamais on nous donne l'heure juste face à ces redressements financiers. Je crois que si l'employeur émettait un communiqué de temps en temps pour nous faire part d'où notre hôpital en est face aux coupures, cela diminuerait sûrement les sentiments d'insécurité, de tension et même d'agressivité" (INF. 4040). L'autre moitié a touché aux diverses formules d'aide aux employés (Programme d'aide aux employés, groupes d'entraide, services psychologiques, cours...) afin de résoudre les problèmes personnels qui affectent la qualité de vie au travail et la productivité (santé, vie conjugale et familiale, finances, abus d'alcool, toxicomanie, problèmes légaux, stress,...). Quelques commentaires ont eu trait à l'ensemble des services fournis par l'hôpital à ses travailleurs et travailleuses: garderie, cafétéria, dépanneur,...

La charge physique se retrouve au dernier rang des suggestions et commentaires (n°10). Elle concerne tant les postures de travail (debout, courbée...) que les dépenses d'énergie, les efforts dûs au travail, les déplacements et les mouvements.

En plus des suggestions et commentaires sur l'amélioration des conditions de travail, un bon nombre d'infirmières ont spontanément fait part de la tension et de l'insécurité d'emploi qu'elles vivaient à cause de la transformation actuelle du système de santé. En fait, l'insécurité latente chez les unes et

l'expérience de réels changements structurels chez d'autres ont teinté une bonne part des commentaires écrits.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

A. La partie quantitative de l'étude

1) *La fréquence des problèmes de santé mentale*

Notre étude a révélé une prévalence de détresse psychologique élevée chez les infirmières (28,3% en 1994 et 31,5% en 1995) comparable à celle rapportée par l'ensemble des travailleuses québécoises (30,9%) dans l'enquête Santé-Québec réalisée en 1992-1993[2]. Ces prévalences sont aussi comparables à la prévalence chez l'ensemble des femmes de la population québécoise (30,4%)[2], alors qu'on aurait pu s'attendre à une prévalence plus faible chez les infirmières et les autres travailleuses à cause des effets délétères du chômage et le biais de la travailleuse ou du travailleur en bonne santé[96]. Quelques études ont en effet montré que les travailleuses et les travailleurs sont habituellement en meilleure santé mentale que les individus sans emploi[1, 97]. En effet, dans le premier cas, l'absence d'emploi dans une société qui valorise le travail créerait des tensions importantes et des difficultés financières qui contribueraient à une détérioration de la santé mentale et, dans le deuxième cas, les personnes qui ne travaillent pas ont plus souvent des problèmes de santé chroniques pouvant affecter leur santé mentale. Des conditions spécifiques du travail peuvent être responsables de la prévalence élevée de détresse psychologique chez les infirmières québécoises.

Aucune des études consultées portant sur l'épuisement professionnel chez les infirmières n'a présenté la prévalence de ce problème de santé mentale par le biais d'un score défavorable à chacune des dimensions d'épuisement professionnel. Il n'est donc pas possible de comparer la prévalence de 8%, obtenue en 1994, et celle de 11%, obtenue en 1995 dans notre étude. Toutefois, les moyennes étant disponibles, leur comparaison pour la dimension d'épuisement émotionnel permet de constater que le score moyen de 21,28 (écart-type 10,79), en 1994, est tout à fait similaire à ceux obtenus dans plusieurs études canadiennes, américaines et européennes chez des infirmières qui varient entre 20,00 (écart-type 9,99) et 22,66 (écart-type 11,02)[18, 83, 98-102].

La prévalence de consommation de médicaments psychotropes au cours des deux derniers jours (4,4% en 1994 et 5,1% en 1995) est comparable à celle rapportée par les cols blancs en 1992-93 (4,4%)[53], mais s'avère moins élevée que celle rapportée par les femmes de la population québécoise en 1992-93 (5,9% uniquement pour les tranquillisants et 0,9% pour les stimulants)[2]. On peut soupçonner une sous-déclaration de la part des infirmières qui sont plus informées que la population générale de la non désirabilité de la consommation de médicaments psychotropes.

Les absences certifiées pour un problème de santé mentale représentaient la deuxième catégorie de diagnostic médical chez les infirmières de l'étude. Les chercheurs du Whitehall II Study ont pour leur part rapporté que les désordres psychiatriques étaient la troisième cause d'absences certifiées

de 8 à 21 jours et la deuxième cause d' absences certifiées de plus de 21 jours chez les femmes de la fonction publique[103]. Les taux d' absence pour maladie de courte durée et les taux d' absence pour maladie certifiées observés chez les infirmières de l' étude sont différents de ceux observés dans le Whitehall II Study chez environ 3 400 employées de la fonction publique sur une période moyenne de 20 mois[51]. En effet, alors que les infirmières de l' étude ont eu 292 événements d' absence de courte durée (1 à 5 jours ouvrables) par 100 personnes-années et 16 événements d' absence certifiée par 100 personnes-années, les femmes de la cohorte du Whitehall II Study avaient en moyenne 209 événements d' absence de courte durée (1 à 7 jours calendrier) par 100 personnes-années et 30 événements d' absence certifiée par 100 personnes-années. Ceci illustre bien le fait que les comparaisons entre les professions, entre les entreprises et encore plus entre les pays s' avèrent périlleuses puisque les mesures d' absences sont rarement identiques et que les modalités de contrôle ainsi que les critères d' indemnisation diffèrent[104]. Notre étude a mis en évidence une association entre les absences pour maladie et les autres indicateurs de santé mentale mesurés. Les chercheurs du Whitehall II Study qui ont effectué les analyses les plus récentes sur l' association entre la tension au travail et les absences pour maladie ont aussi montré un lien entre différents indicateurs de santé et les absences pour maladie. Ils ont rapporté que les indicateurs de santé au temps 1 étaient prédicteurs des absences pour maladie, surtout des absences de courte durée[105]. Nos propres résultats montrent toutefois que les indicateurs de santé mentale sont plus fortement liés aux absences pour maladie certifiées et, en particulier, aux absences pour un diagnostic de santé mentale. Un autre auteur avait aussi mentionné le lien entre les absences pour maladie et différents indicateurs de santé[47], mais son étude incluait le nombre total de jours d' absence par employé et ne faisait aucune distinction entre les absences de courte durée et les absences certifiées.

2) *La tension au travail et la santé mentale*

Les résultats de notre étude chez les infirmières supportent l' association entre la tension au travail et la détresse psychologique ainsi que l' épuisement émotionnel, au temps 1 et au temps 2, après ajustement pour plusieurs facteurs potentiellement confondants. Cette association est en général plus forte pour la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle mais elle est aussi présente lorsque les infirmières n' étaient exposées qu' à une seule de ces contraintes. La même association est également appuyée par l' évolution de la détresse psychologique entre les deux temps de l' étude selon le niveau d' exposition cumulative à la tension au travail.

Ces résultats sont consistants avec les études qui ont mis en évidence une association entre une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle au travail et divers symptômes psychologiques[3, 21, 30, 31, 52, 106]. Ils sont aussi consistants avec les résultats des études qui ont montré une association entre la demande psychologique au travail et la détresse psychologique ou les symptômes dépressifs[16, 20, 42, 107] ou une association entre une faible latitude décisionnelle au travail et certains problèmes psychologiques[16, 23, 24, 107].

À notre connaissance, deux études ont démontré que la forte tension au travail était associée à un score élevé à la dimension d'épuisement émotionnel, dont l'une chez des travailleurs et travailleuses offrant des services d'orientation et d'aide à l'emploi[108]. La vérification du modèle de Karasek pour expliquer l'épuisement émotionnel ne semble avoir été effectuée qu'une fois auprès du personnel hospitalier incluant une majorité d'infirmières.

L'association entre la tension au travail et la consommation de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant la prise de mesure n'est pas significative mais va dans le sens attendu, surtout au temps 2, c'est-à-dire que la tension engendrée par une combinaison de demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle entraîne une consommation plus grande que l'exposition à une seule de ces contraintes ou à aucune des deux. La faible prévalence de consommation de psychotropes chez les infirmières de l'étude entraîne toutefois un manque de puissance pour mettre en évidence une association significative.

Ces résultats vont dans le sens de ceux de Karasek qui a observé, dans une population composée de travailleurs suédois et américains, une forte association entre la consommation de tranquillisants et de somnifères et la tension au travail[34]. Ils concordent également avec les résultats d'une étude effectuée chez des auxiliaires en saisie de données dont le travail est caractérisé par la pression au rendement, indicatrice d'une forte demande psychologique, et la parcellisation des tâches, indicatrice de latitude décisionnelle réduite. Cette étude montrait que les auxiliaires en saisie de données consommaient davantage de somnifères et de tranquillisants que des femmes occupant d'autres emplois de services[14]. Ils appuient également les résultats d'une étude que nous avons réalisée chez les cols blancs de la région de Québec qui mettaient en évidence une association significative de la tension au travail avec la consommation de médicaments psychotropes[53].

Les résultats des analyses brutes de l'association entre la tension au travail et les absences pour maladie concordent avec ceux des études les plus récentes sur le sujet ayant utilisé les mêmes méthodes d'analyse[51, 105]. En effet, comme dans le Whitehall II Study, l'association entre une combinaison de demande élevée et de faible latitude et la survenue d'absences pour maladie est surtout vérifiée pour les absences de courte durée et n'est pas significative pour les absences certifiées. Toutefois, dans notre étude, il faut souligner que l'association entre la forte tension au travail et les absences pour maladie certifiées pour un problème de santé mentale est dans le sens attendu, mais que le manque de puissance de l'étude n'a pu mettre en évidence une association significative. De plus, les analyses multivariées permettront peut-être de mettre en évidence une association significative pour certains sous-groupes d'infirmières comme ces analyses ont pu le faire dans une étude précédente effectuée chez les cols blancs[54].

3) Le soutien social et la santé mentale

Dans nos données, le soutien social au travail est associé à la détresse psychologique, à l'épuisement émotionnel et à la consommation de médicaments psychotropes, mais ne modifie pas l'association

entre la tension au travail et ces symptômes psychologiques. Alors que plusieurs chercheurs ont étudié l'effet principal du soutien social au travail sur la santé[74], peu se sont intéressés à l'effet modifiant de ce facteur sur l'association entre une combinaison de demande élevée et de faible latitude au travail et la santé mentale[3].

Notre étude chez les cols blancs[52] et d'autres études n'ont pu mettre en évidence de façon convaincante que les effets néfastes de différents stressseurs occupationnels sur la santé mentale sont modifiés par le soutien social des collègues ou des superviseurs[26, 51]. Il semble que le rôle tampon du soutien social soit mieux documenté dans les études qui s'intéressent aux événements de vie comme source de stress que dans les études portant sur les contraintes du travail[109].

4) *Les forces et les limites de l'étude*

Le taux global de réponse de 62% au temps 1 de l'étude se compare favorablement aux taux de réponse obtenus dans les études auprès d'infirmières répertoriées qui variaient de 51% à 74% lorsque le questionnaire était distribué sur chaque unité de soins par un membre de l'équipe de recherche ou de l'équipe soignante, comme dans la présente recherche. De plus, le taux de réponse au temps 2 a été supérieur (79%) diminuant ainsi le risque de biais de sélection à T2.

Un biais de sélection potentiel doit quand même être examiné. Ce biais serait survenu si l'étude avait attiré ou éloigné les infirmières qui avaient des problèmes de santé mentale ou qui étaient plus sensibles à la tension au travail. L'effet d'un tel biais sur l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique, l'épuisement émotionnel, la consommation de psychotropes ou l'absence pour maladie est inconnu, il pourrait surestimer ou sous-estimer l'association mesurée. La comparaison des six hôpitaux sur la prévalence de l'exposition à la tension au travail et la prévalence de détresse psychologique n'a pas montré de différence significative entre eux. Les analyses multivariées ont de plus été effectuées en excluant les trois hôpitaux où le taux de réponse était inférieur à 70% et les mesures d'association ajustées n'étaient pas significativement différentes, rendant ainsi un biais de sélection peu probable.

La perte de sujets entre le temps 1 et le temps 2 pourrait aussi entraîner un biais si celles qui ont quitté étaient plus souvent soumises à la tension au travail et avaient plus de problèmes de santé mentale, ce qui amènerait une sous-estimation de l'association. Toutefois, une comparaison des caractéristiques au temps 1 des infirmières participantes à celles des infirmières non participantes à la phase 2 de l'étude n'a montré aucune différence significative sur la détresse psychologique, l'épuisement émotionnel, la demande psychologique et la latitude décisionnelle.

L'utilisation de plusieurs indicateurs validés de problèmes de santé mentale, la détresse psychologique, l'épuisement émotionnel, la consommation de médicaments psychotropes et les absences pour maladie, appuie un effet non spécifique des contraintes psychosociales de l'environnement de travail tel que décrit par Brisson et ses collaborateurs[110]. De plus,

l' utilisation de l' absence pour maladie certifiée à partir des registres de l' employeur constitue une mesure objective de morbidité qui peut être mise en relation avec des caractéristiques du travail autorapportées. Ainsi, un potentiel biais d' information associé à la déclaration de troubles psychologiques en même temps que la déclaration des contraintes du travail peut être atténué.

Différentes mesures d' absence pour maladie ont été utilisées pour l' étude de cet indicateur de santé.

Chacune de ces mesures avaient déjà été utilisées dans des études antérieures et avaient donné des résultats auxquels nous pouvions comparer nos propres résultats. De plus les auteurs reconnaissent la nécessité de distinguer les absences de courte durée et les absences de longue durée ou les absences certifiées[47, 51, 54], les premières constituant peut-être la première étape d' un processus de dégradation de la santé[111] et les dernières étant plus fortement reconnues comme indicateur de morbidité[111, 112]. Pour les absences pour maladie certifiées, la classification des diagnostics s' est faite selon une procédure rigoureuse qui limite le biais de classification. Toutefois, elle a été réalisée à partir du certificat médical et ceci a sûrement contribué à sous-estimer les problèmes de santé mentale car les individus et les médecins hésitent encore à émettre un tel diagnostic à connotation négative[103, 113], bien que la société québécoise ait évolué sur ce point depuis quelques années. Enfin, le fait que certains diagnostics ne soient pas disponibles [10 sur 471] parce que les employeurs respectifs ont refusé aux infirmières un congé de maladie payé a pu entraîner un biais de classification des sujets lors de l' analyse des absences certifiées pour un problème de santé mentale. Ce biais d' information serait non différentiel et entraînerait une sous-estimation de l' association de ce type d' absence avec la tension au travail. Les analyses sur les absences pour maladie certifiées tous diagnostics ne comportent pas un tel biais puisque l' ensemble des diagnostics a été considéré.

Alors que plusieurs études qui ont porté sur la relation entre la tension au travail et les effets sur la santé ont utilisé des mesures des contraintes psychosociales regroupées par catégories d' emploi[3], nous avons obtenu des mesures individuelles chez les infirmières. Bien que l' étude ait utilisé des mesures valides des indicateurs de tension au travail et de soutien social, l' utilisation d' un questionnaire autoadministré pour mesurer ces caractéristiques de l' environnement psychosocial du travail plutôt que des mesures objectives peut être critiquée car elle peut entraîner un biais d' information[3]. Ce biais se produirait si les infirmières qui déclarent plus de problèmes de santé mentale percevaient aussi plus souvent les contraintes de leur environnement de travail. Toutefois, aucune stratégie de mesure objective valable n' était disponible pour évaluer les aspects importants et spécifiques du travail infirmier sur chaque unité. En particulier, il n' y avait pas de mesure objective de la demande de travail ou de la sévérité de l' état des patients sur l' unité de soins puisque les unités reçoivent souvent des patients d' autres unités de soins, les rendant ainsi moins homogènes quant à la demande de travail. Aucune évaluation d' experts sur les caractéristiques du travail n' est disponible. De plus, des chercheurs ont mentionné que même les évaluations d' experts ne peuvent être considérées comme des mesures objectives car elles sont souvent faites à partir d' un titre d' emploi et en général sous-estiment la variance intra-occupation des caractéristiques du travail qui sont associées à la tension psychologique au travail[114]. L' évaluation par les experts des caractéristiques particulières à un travail, lorsque ces derniers sont des superviseurs ou des administrateurs dans une entreprise, peut ne pas être suffisamment exacte ou globale comme elle peut

ne pas être suffisamment bien documentée par rapport aux détails de la tâche[106]. En outre, des auteurs ont rapporté une corrélation modérée[106] ou une corrélation importante[34] entre les caractéristiques du travail autodéclarées et l'évaluation par des experts. Aussi, en dépit du biais potentiel d'autoréponse, l'utilité des questionnaires autoadministrés a été démontrée par plusieurs chercheurs[115, 116]. Enfin, les mesures perceptuelles de stressors sont sans doute un meilleur prédicteur de détresse psychologique que les stressors objectifs qui peuvent ne pas être perçus comme tels par les infirmières. En réalité, les questionnaires ont surtout été utilisés pour mesurer l'environnement psychosocial de travail perçu parce que ces mesures subjectives ont révélé une association plus forte avec la santé et le bien-être que l'évaluation externe ou objective du travail[117] et que la perception des contraintes pourrait constituer une phase intermédiaire entre les contraintes objectives et les symptômes psychologiques.

L'étude a pris en compte un nombre important de variables potentiellement confondantes de l'association entre la tension au travail et les problèmes de santé mentale. Ces variables sont souvent tenues responsables de problèmes psychologiques à la décharge de l'environnement du travail : l'âge, le statut d'emploi, le soutien social au travail et hors travail, la personnalité, la charge domestique et la survenue d'événements stressants au cours de la dernière année. Les indices créés pour mesurer ces variables l'ont été à partir d'instruments de mesure validés. Les résultats ont montré que l'association entre la détresse psychologique ou l'épuisement émotionnel et la tension psychologique au travail était indépendante de ces variables.

Les mesures des contraintes psychosociales au temps 1 et au temps 2 ont permis d'examiner l'évolution des indicateurs de santé mentale en fonction de l'exposition cumulative à la tension au travail, ce qui constitue une contribution originale dans ce domaine de recherche. Enfin, le volet longitudinal mesurant l'association entre la tension au travail et les absences pour maladie de courte durée et les absences certifiées selon le type de diagnostics permet de renforcer les résultats transversaux.

B. La partie qualitative de l'étude

Comme il a été mentionné précédemment, les trois-quarts des infirmières ayant répondu au second questionnaire ont répondu à la question ouverte demandant de proposer des suggestions pour améliorer les conditions de travail en centre hospitalier. Il est toutefois impossible de savoir si les autres se sont abstenues de répondre parce qu'elles étaient satisfaites de leurs conditions actuelles, parce qu'elles considéraient qu'aucune mesure ne pourrait y remédier ou encore parce qu'elles n'avaient tout simplement pas la motivation pour répondre à une telle question après avoir rempli un questionnaire qui demandait une trentaine de minutes de leur temps. Certes, ces abstentions peuvent fausser quelque peu l'importance, en terme de fréquence, des catégories de commentaires et de suggestions. De plus, le fait que les infirmières venaient de compléter un questionnaire portant sur l'environnement psychosocial de travail et la santé mentale peut aussi avoir orienté les commentaires et les suggestions vers ces préoccupations.

Les catégories utilisées dans le cadre de l'étude sont exclusives puisque les définitions opérationnelles ont été établies de façon à ce qu'un item soit toujours classé dans une seule catégorie. Toutefois, certains commentaires ou suggestions peuvent influencer deux catégories à la fois. Par exemple, il y a un recoupement de la "répartition de la charge" avec la "définition du rôle" puisque si l'infirmière se plaint qu'il manque de préposés, cela peut être dû au fait qu'elle doit exécuter des tâches qui ne devraient pas lui revenir. Une mauvaise définition des tâches ou un manque de respect de ces définitions peut tout à fait être à la source d'une telle situation. Également, la "charge de travail" rejoint les "philosophies de services et de soins" en ce qui a trait à l'acharnement thérapeutique. Effectivement, l'acharnement thérapeutique augmente la charge psychologique de travail en créant un conflit entre les obligations de l'infirmière et ses valeurs. Plusieurs de ces éléments peuvent être reliés à ce que plusieurs auteurs nomment le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle, aspects inhérents au travail infirmier selon certains chercheurs [118]. Ces difficultés origineraient d'un conflit entre le rôle de performance et celui de nourricière imposés en même temps au personnel infirmier et de demandes opposées des autorités médico-nursing et administratives des établissements [119].

Malgré ce réaménagement, il est aisé de constater que les thèmes pour lesquels les infirmières ont proposé des améliorations correspondent relativement bien aux conditions de travail identifiées par différents auteurs, comme pouvant avoir des conséquences négatives sur les travailleurs et travailleuses [20, 120-124].

Bien que les catégories identifiées, en 1987, par Attridge et Callahan [125] ne soient pas exactement les mêmes que celles utilisées dans la présente recherche, il existe beaucoup de similarités. Tout comme dans la recherche de ces auteures, il a été observé ici que la demande psychologique et le soutien social au travail se situaient en tête quant à leur importance pour les infirmières. Tout cela tend à indiquer que ce sont davantage les ressources humaines que matérielles qui font défaut aux infirmières.

Les avantages sociaux ont été identifiés comme le troisième facteur en importance pour les infirmières. De même, après avoir effectué une comparaison des facteurs obtenus par différents chercheurs, des auteurs ont classé le salaire comme étant la seconde caractéristique en importance [126]. En effet, ils ont montré que les cinq caractéristiques les plus importantes pour le personnel infirmier travaillant en hôpital étaient, dans l'ordre: l'autonomie, le salaire, le statut, les interactions et les exigences de la tâche. Selon un document conjoint publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des hôpitaux du Canada, un chercheur aurait conclu que les quatre facteurs ayant le plus d'incidence sur la satisfaction professionnelle seraient la capacité d'utiliser son jugement et ses qualités d'initiative, la sécurité d'emploi, une charge de travail raisonnable et le soutien des collègues [127].

D'après les résultats de la présente étude, la "latitude décisionnelle" s'est classée au quatrième rang avec un écart de pourcentage important par rapport au soutien social au travail et à la demande psychologique. Cette différence est surprenante puisqu'il était attendu que la latitude décisionnelle

s'avérerait une catégorie tout aussi importante que la demande psychologique et le soutien social au travail. Selon Attridge et Callahan, le degré d'autonomie dans la prise de décision est une variable critique pour déterminer le niveau de stress inhérent à une situation de travail[128]. De plus, comme il a été mentionné précédemment, certains auteurs classent l'autonomie au premier rang[126] alors qu'un autre a identifié la capacité d'utiliser son jugement et ses qualités d'initiatives parmi les quatre facteurs principaux de bien-être au travail[127]. Pour leur part, Karasek et ses collaborateurs ont observé que la demande psychologique de travail et la latitude décisionnelle sont les caractéristiques qui présentent les plus fortes associations avec la satisfaction au travail[20].

Ce faible pourcentage d'items dans la "latitude décisionnelle" peut en partie s'expliquer par un recoupement dans les catégories de codes ou par la classification de certains items dans d'autres catégories plus spécifiques. Ainsi, le thème "formation et perfectionnement" est l'un des éléments de l'autonomie des compétences, l'une des deux sous-catégories de la latitude décisionnelle, puisque par la formation, l'infirmière peut acquérir de nouvelles connaissances et habiletés. De plus, certains commentaires au sujet d'une meilleure répartition du travail entre les différents corps d'emploi sur l'unité de soins ont été classés sous la rubrique "répartition de la charge", mais ils auraient aussi eu leur raison d'être dans "l'autonomie des compétences". En effet, il s'agit d'une sous-utilisation de leurs habiletés et de leur niveau de qualification. Quant à la sous-catégorie "autorité décisionnelle", elle rejoint par certains éléments de "soutien social au travail" de l'équipe lorsqu'il est question de faire davantage de réunions d'équipes ou de réunions multidisciplinaires. En effet, les réunions sont souvent l'opportunité de prendre des décisions en groupe et de donner son opinion.

La catégorie "charge physique" a contenu très peu de suggestions et commentaires, ce qui laisse penser que les autres types d'améliorations des conditions de travail sont beaucoup plus cruciales et urgentes selon les infirmières. Il faut toutefois nuancer cette constatation puisque certaines demandes de personnel ou de matériel additionnel ont pu être faites dans l'optique de diminuer la charge physique de leur travail et que ces suggestions ont été classées dans "demande psychologique" ou dans "environnement physique". De plus, comme il a déjà été mentionné, les réponses des infirmières ont pu être biaisées puisque le questionnaire précédant la question à l'étude s'intéressait à l'environnement psychosocial de travail et à la santé mentale. Pour cette raison, il est possible que les infirmières aient eu tendance à mentionner moins d'éléments à caractère physique. Par contre, lors d'une étude sur l'organisation du travail infirmier, Carpentier-Roy[129] a constaté que la charge physique, même augmentée, n'apparaissait pas au premier rang des problèmes des infirmières. En effet, les infirmières de son étude rapportaient souffrir davantage de l'absence de reconnaissance de ce qu'elles font et de ce qu'elles sont, puis de l'absence de latitude décisionnelle et de pouvoir qui devrait accompagner les responsabilités qui leur incombent.

La charge physique a souvent été mentionnée comme étant un problème d'envergure pour les infirmières. Il est toutefois possible de croire que le problème a perdu de l'importance au fil des ans, principalement à la suite des modifications ergonomiques apportées dans les établissements hospitaliers. Bien que les hôpitaux doivent continuer à se préoccuper du problème de la charge

physique et assurer la sécurité des travailleurs et travailleuses, la présente étude a permis d'attirer l'attention sur d'autres conditions de travail nettement insatisfaisantes.

En ce qui concerne la comparaison des suggestions émises par les infirmières travaillant en soins critiques avec celles travaillant en soins généraux et spécialisés, les résultats n'ont démontré aucune différence importante. Quant à la comparaison des suggestions et commentaires fournis par les infirmières des différents hôpitaux, seules des variations mineures dans certaines catégories ont été observées. Le constat général qui se dégage est à l'effet que partout la demande psychologique et le soutien social au travail sont classés aux deux premiers rangs avec des pourcentages de commentaires et suggestions variant autour de 30%. Il est possible de conclure, sur la base de l'analyse de contenu du matériel qualitatif, que les difficultés vécues au travail et les désirs d'amélioration des conditions d'exercice de la profession d'infirmière des participantes des différents hôpitaux québécois de l'étude sont sensiblement les mêmes. Dans les six établissements, la hantise face à la transformation du réseau a semblé occasionner les mêmes perceptions d'insécurité et de malaise. Ce contexte d'imprévisibilité et de pertes potentielles ou réelles d'acquis semble venir s'ajouter, chez les infirmières, à des conditions de travail exigeantes sur les plans physique et psychique, vécues dans un climat de prestation de soins peu ressourçant.

CONCLUSION

Les résultats de la recherche appuient l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique ainsi que l'épuisement émotionnel chez les infirmières, même après avoir ajusté pour les facteurs potentiellement confondants. Le soutien social au travail est associé à la détresse psychologique et à l'épuisement émotionnel, mais il ne modifie pas l'association entre la tension au travail et ces troubles psychologiques chez les infirmières en centre hospitalier au Québec. La tension au travail est également associée à l'incidence d'absences pour maladie de courte durée, mais elle n'est pas associée à l'incidence d'absences pour maladie certifiées ni à la consommation de médicaments psychotropes.

Le volet qualitatif de l'étude a confirmé la présence d'une demande psychologique souvent excessive, d'une absence de participation aux décisions touchant l'unité de soins et la façon de réaliser le travail ainsi qu'un soutien social qui laisse à désirer, particulièrement de la part des supérieurs et supérieures. Ces éléments contribueraient, selon les commentaires des infirmières, à rendre le contexte de travail exigeant et offrant peu de possibilités de ressourcement. Les doléances et les désirs d'amélioration du contexte de prestation de soins infirmiers ont été très similaires d'un centre hospitalier à l'autre.

La présente étude, réalisée chez près de 2 000 infirmières dans six hôpitaux du Québec, a identifié des contraintes précises de l'environnement psychosocial de travail ayant des conséquences sur la santé mentale. Ces résultats, jumelés aux commentaires et suggestions d'améliorations des conditions de travail provenant des infirmières elles-mêmes, peuvent faire l'objet de réflexions et d'interventions en vue de modifier les aspects pathogènes du travail sur les unités de soins hospitaliers. En effet, il est de plus en plus reconnu par les experts dans le champ du stress au travail que les interventions qui visent à réduire le stress sont moins efficaces lorsqu'elles visent uniquement à modifier les capacités d'adaptation des travailleurs et travailleuses plutôt que de s'attaquer aux stressseurs, stratégie qui donnerait des résultats plus durables [130].

Plusieurs auteurs ont suggéré des pistes de solution pour améliorer différentes conditions de travail difficiles. Les solutions proposées par les infirmières des six centres hospitaliers vont dans le même sens que ce que livre la littérature scientifique en santé au travail. L'environnement de travail dans l'unité de soins pourrait être structuré de manière à augmenter l'efficacité dans l'accomplissement des tâches et à encourager les innovations qui permettraient de rendre l'unité plus efficace, réduisant de ce fait la pression au travail ressentie par les infirmières [131]. Des changements souhaités peuvent se produire grâce à de multiples interventions: changer certaines tâches de travail, augmenter chez les infirmières les opportunités de donner leur opinion et d'influencer la manière dont le travail sera effectué, clarifier les attentes face au rôle professionnel, nommer les lacunes dans la définition actuelle du rôle des infirmières sur l'unité de soins, modifier le style de communication interpersonnelle et de relations qui s'établit entre les travailleuses [119]. Avec l'aide d'une formation sur le leadership et la communication, les supérieurs et supérieures pourraient offrir un soutien plus approprié au personnel infirmier ainsi que la reconnaissance recherchée par les employées [101]. Cet entraînement pourrait sensibiliser les supérieurs et supérieures aux bienfaits d'une gestion plus participative où les opinions et les solutions proposées par les infirmières seraient considérées comme une richesse plutôt que comme une menace. Des rencontres d'équipe plus régulières pourraient concrétiser ce changement dans la philosophie de gestion des unités [132] où la communication relationnelle pourrait véritablement s'installer.

Comme le rappellent sagement Constable et Russell [58], la présence d'éléments négatifs au travail peut être tolérée si des facteurs désirables sont également présents. Implanter des changements pour modifier les stressors identifiés par les infirmières peut mener à construire un environnement de travail plus positif où les insatisfactions, les dysfonctionnements psychologiques, le désir de quitter son travail ou sa profession et les comportements de retrait comme l'absence se feront plus rares [101]. Dans un contexte de bouleversements occasionnés par la transformation du réseau de la santé au Québec qui crée des malaises importants chez les travailleuses et les travailleurs, une intervention concertée pour nommer les souffrances psychologiques et favoriser un mieux-être au travail revêt un caractère essentiel pour le respect des ressources humaines engagées dans les organisations de travail [133].

Un environnement de travail sain se résume à quelques éléments incontournables: quantité et qualité de travail optimales (demande psychologique), opportunités d'autonomie et de contrôle sur son travail (latitude décisionnelle), rôles clarifiés (demande psychologique et latitude décisionnelle) et interactions sociales soutenantes (soutien social). Pour redonner tout son sens au travail infirmier en centre hospitalier, une volonté politique doit toutefois animer à la fois les gestionnaires de la haute direction, des ressources humaines et infirmières que les syndicats locaux, le Conseil des infirmières et des infirmiers et le personnel infirmier lui-même. Un beau défi à l'aube du nouveau millénaire..

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Québec. Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Tome 1. Québec: Les publications du Québec, 1988: 337 p.
2. 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: 412 p.
3. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990: 381 p.
4. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ. Prevention of work-related psychological disorders. *American Psychologist* 1990;45(10): 1146-1158.
5. Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom* 1991;55: 90-99.
6. Bourbonnais R, Vinet A, Vézina M, Gingras S. Certified sick leave as a non specific morbidity indicator: a case-referent study among nurses. *Br J Industr Med* 1992;49: 673-678.
7. Bourbonnais R, Vinet A, Meyer F, Goldberg M. Certified sick leave and workload. A case-referent study among nurses. *Journal of Occupational Medicine* 1992;34(1): 69-74.
8. 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: 179 p.
9. Ganster DC, Mayes BT, Fusilier MR. Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology* 1986;71(1): 102-110.
10. 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.
11. Sauter SL, Hurrell JJ, Cooper CL, ed. Job control and worker health. Toronto: John Wiley & Sons, 1989: 311 p.
12. LaRocco JM, House JS, French JRP. Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior* 1980;21: 202-218.
13. Karasek R, Triantis KP, Chaudhry SS. Coworker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain. *Journal of Occupational Behaviour* 1982;3: 181-200.
14. Billette A, Piché J. Contraintes de travail et problèmes de santé des auxiliaires en saisie de données. *Le travail humain* 1987;50(1): 1-15.
15. Dompierre J. Examen empirique de deux modèles théoriques de détresse liée au travail Thèse de doctorat, École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 1989.
16. Nadeau D, Vézina M, Vinet A, Brisson C. Travail parcellaire et altérations de la santé mentale chez les opératrices de machines à coudre. *Archives des Maladies Professionnelles* 1990;51(7): 479-487.
17. Vinet A, Brisson C, Vézina M. Rémunération à la pièce, travail parcellaire et santé mentale dans l'industrie du vêtement. *Sociologie et sociétés* 1986;18: 25-36.

18. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed.).Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986: 34 p.
19. Bromet EJ, Dew MA, Parkinson DK, Schulberg HC. Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of a male workforce. *Journal of Organizational Behavior* 1988;9: 1-13.
20. Karasek R, Gardell B, Lindell J. Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white-collar workers. *Journal Occupational Behavior* 1987;8: 187-207.
21. Landsbergis PA. Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior* 1988;9: 217-239.
22. Caplan RD, Cobb S, French JRP, Harrison RD, Pinneau SR. Job demands and worker health. DHEW NIOSH, 1975.
23. Cox J. Repetitive work: Occupational stress and health. In: Cooper CL, Smith M, ed. *Job stress and blue collar work*. London: Wiley, 1985: 85-112.
24. Gardell B. Autonomy and participation at work. In: Levi L, ed. *Society, stress and disease*. Oxford, England: Oxford University Press, 1981: 279-289.
25. Levi L. Preventing work stress. Reading, PA: Addison-Wesley, 1981: 151 p.
26. Beehr TA, King LA, King DW. Social support and occupational stress: Talking to supervisors. *Journal of Vocational Behavior* 1990;36: 61-81.
27. Winnubst JAM, Marcelissen FHG, Kleber RJ. Effects of social support in the stressor-strain relationship: A Dutch sample. *Social Science and Medicine* 1982;16: 475-482.
28. Repetti RL. Individual and common components of the social environment at work and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52(4): 710-720.
29. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health* 1994;15: 381-411.
30. Kauppinen-Toropainen K. Job demand and job content: Effects on job dissatisfaction and stress. Helsinki: Department of Psychology Institute of Occupational Health, 1981.
31. Braun S, Hollander RB. Work and depression among women in the Federal Republic of Germany. *Women and Health* 1988;14(2): 3-26.
32. Parkes KR. Locus of control as moderator: An explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress? *British Journal of Psychology* 1991;82(3): 291-312.
33. Carayon P. A longitudinal test of Karasek's Job Strain model among office workers. *Work & Stress* 1993;7(4): 299-314.
34. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24: 285-308.
35. Arnetz BB, Horte LG, Herberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75: 139-143.
36. Vinet A, Bégin C, Thériault G. La santé des employés de bureau: le cas de la fonction publique québécoise. *Relations industrielles* 1982;37(4): 887-904.

37. Kristensen TS. Use of medicine as a coping strategy among Danish slaughterhouse workers. *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 1991;8(2): 53-64.
38. Bancarel Y, Blanc MP, Charrin G, et al. Study of drug consumption in a working environment in France. *Fundam. Clin. Pharmacol.* 1988;2: 37-46.
39. Watts WD, Cox L, Wright LS, Garrison J, Herkimer A, Howze HH. Correlates of drinking and drug use by higher education faculty and staff: Implications for prevention. *Journal of Drug Education* 1991;21(1): 43-64.
40. Gaudet M. Contraintes psychosociales au travail et consommation de psychotropes. Mémoire de maîtrise en cours, Faculté de pharmacie, Université Laval.
41. Muntaner C, Anthony JC, Crum RM, Eaton WW. Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology* 1995;142(2): 183-190.
42. Estryng-Behar M, Kaminski M, Peigne E, et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine* 1990;47(1): 20-28.
43. Jacquinet-Salord MC, Lang T, Fouriaud C, Nicoulet I, Bingham A. Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1993;47: 64-68.
44. Karasek R. Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organizational Behaviour* 1990;11: 171-185.
45. Belin J, Montastruc JL. Étude de la consommation de médicaments du système nerveux central en milieu de travail. *Archives des maladies professionnelles* 1990;51(1): 21-26.
46. Appelberg K, Romanov K, Honkasalo M-L, Koskenvuo M. The use of tranquilizers, hypnotics and analgesics among 18592 Finnish adults: Associations with recent interpersonal conflicts at work or with spouse. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993;46(11): 1315-1322.
47. 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.
48. Dwyer DJ, Ganster DC. The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of Organizational Behavior* 1991;12: 595-608.
49. Houtman ILD, Bongers PM, Smulders PGW, Kompier MAJ. Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1994;20: 139-145.
50. Parkes KR. Occupational stress among nurses: A natural experiment. *Journal of Applied Psychology* 1982;67(6): 784-796.
51. North FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Withhall II study. *American Journal of Public Health* 1996;86(3): 332-340.
52. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M, Moisan J. Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 1996;22(2): 139-145.
53. Bourbonnais R, Vézina M, Brisson C, Moisan J. Organisation du travail et santé mentale des cols blancs de la région de Québec. Québec: GIROSST, Université Laval, 1995: 65 p.

54. Bourbonnais R, Vezina M. La santé mentale des cols blancs et l'environnement psychosocial du travail. *Santé mentale au Québec* 1995;XX(2): 163-184.
55. Oehler JM, Davidson MG, Starr LE, Lee DA. Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart & Lung* 1991;20(5): 500-505.
56. Fong CM. Role overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education* 1990;29(3): 102-108.
57. McCranie EW, Lambert VA, Lambert CE. Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987;36(6): 374-378.
58. Constable JF, Russell DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress* 1986;12(1): 20-26.
59. Petterson I-L, Arnetz BB, Arnetz JE. Predictors of job satisfaction and job influence--Results from a national sample of swedish nurses. *Psychother Psychosom* 1995;64: 9-19.
60. Ogun ED. Burnout and social support systems among ward nurses. *Issues in Mental Health Nursing* 1990;11(3): 267-281.
61. Singh RG. Relationship between occupational stress and social support in flight nurses. *Aviation Space & Environmental Medicine* 1990;61(4): 349-352.
62. Revicki DA, May HJ. Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. *Behavioral Medicine* 1989;15(1): 30-36.
63. Browner CH. Job stress and health: The role of social support at work. *Research in Nursing & Health* 1987;10: 93-100.
64. Bourbonnais R. L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières. *Santé mentale au Québec* 1985;X(2): 73-85.
65. Dewe PJ. Investigating the frequency of nursing stressors: A comparison across wards. *Social Science and Medicine* 1988;26(3): 375-380.
66. Leppanen RA, Olkinuora MA. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1987;13: 1-8.
67. Skipper JK, Jung FD, Coffey LC. Nurses and shiftwork: Effects on physical health and mental depression. *Journal of Advanced Nursing* 1990;15: 835-842.
68. Arsenault A, Dolan S. The role of personality, occupation and organization in understanding the relationship between job stress, performance and absenteeism. *Journal of Occupational Psychology* 1983;56: 227-240.
69. Davidson MJ, Cooper CL. Type A coronary-prone behavior in the work environment. *Journal of Occupational Medicine* 1980;22(6): 375-383.
70. Avison WR, Turner RJ. Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains. *Journal of Health and Social Behavior* 1988;29: 253-264.
71. Ivancevich JM. Life events and hassles as predictors of health and symptoms, job performance, and absenteeism. *Journal of Occupational Behaviour* 1986;7: 39-51.
72. Barnett RC, Davidson H, Marshall NL. Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Health Psychology* 1991;10(2): 94-101.

73. 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.
74. House JS, Landis KK, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241: 540-545.
75. Karasek R. *Job Content Questionnaire and User's Guide*. Los Angeles: Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California, 1985: 50 p.
76. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement* 1994;26: 210-227.
77. Ilfeld FW. Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports* 1976;39: 1215-1228.
78. Préville 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: 54p.
79. Kovess V, Murphy HBM, Tousignant M, Fournier L. Evaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski, tomes 1 et 2. Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas, 1985.
80. Perreault C. Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la mesure utilisée. Québec: Cahier technique 87-06, Gouvernement du Québec, 1987: 33 p.
81. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981;2: 99-113.
82. Mitchell JV. *The Ninth Measurement Yearbook*. Lincoln, Nebraska: The Buros Institute of Mental Measurements of the University of Nebraska-Lincoln, 1985.
83. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 993;61(1): 147-155.
84. Laurier C, Dumas J, Grégoire JP, Duval L. L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères: analyse des données de l'Enquête Santé Québec. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990.
85. Santé Québec. Et votre coeur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990. Montréal: ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1994: 159 p.
86. National Institute of Child Health and Human Development. *Women's lifestyle during pregnancy study questionnaire*. New York: Columbia University, 1988.
87. Levasseur M. Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec. Montréal: Santé Québec, 1987.
88. Friedman M, Rosenman R. *Type A behavior and your heart*. London: Wildwood House, 1974.
89. Arsenault A, Dolan S. *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*. Montréal: IRSST, 1983.
90. Rothman K. *Modern Epidemiology*. Toronto: Little Brown and company, 1987: 358 p.

91. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. Toronto: John Wiley and Sons, 1989: 307 p.

92. Deslauriers J-P. La recherche qualitative : résurgence et convergences. Chicoutimi: UQAC, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Collection Renouveau méthodologique, 1985: 169 p.
93. Landry R. L'analyse de contenu. In: Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données, 2e édition. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec, 1992: 584 p.
94. Mayer R, Ouellet F. Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville: Gaëtan Morin, 1991: 537 p.
95. Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles: De Boeck-Wesmael, 1991: 480 p.
96. Checkoway H, Pearce NE, Crawford-Brown DJ. Research Methods in Occupational Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1989: 344 p.
97. Graetz B. Health consequences of employment and unemployment : Longitudinal evidence for young men and women. *Social Science and Medicine* 1993;36(6): 715-724.
98. Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1989;14: 553-557.
99. Leiter MP. The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations* 1990;43(11): 1067-1083.
100. Schaufeli WB, Janczur B. Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1994;25(1): 95-113.
101. Robinson SE, Roth SL, Keim J, Levenson M, Flentje JR, Bashor K. Nurse burnout: Work related and demographic factors of culprits. *Research in Nursing & Health* 1991;14: 223-228.
102. Ray EB, Miller KI. Social support, home\work stress, and burnout: Who can help? *Journal of Applied Behavioral science* 1994;30(3): 357-373.
103. 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.
104. Mets JT. Diagnosis of absenteeism. In: Zenz C, ed. *Occupational Medicine: Principles and Practical Implications*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1988: 1096-1104.
105. 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.
106. 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.
107. Dompierre J, Lavoie F, Pérusse M. Les déterminants individuels, interpersonnels et organisationnels de la détresse psychologique en milieu de travail. *Canadian Psychology* 1993;34(4): 365-380.
108. Rafferty Y. The impact of job demands and control on psychological strain: Directions for future research. 116th Annual Meeting of the American Public Health Association. Boston, 1988: 29 p.
109. Ganster DC. Worker control and well-being: A review of research in the workplace. In: Sauter SL, Hurrell JJ, Cooper CL, ed. *Job Control and Worker Health*. Toronto: John Wiley & Sons, 1989: 3-23.

110. Brisson C, Vézina M, Vinet A. Organisation du travail et santé mentale: le travail répétitif sous contrainte de temps. *Santé mentale au Québec* 1985;X: 13-30.
111. Chevalier A, Goldberg M. L'absence au travail: indicateur social ou indicateur de santé? *Sciences sociales et santé* 1992;10(3): 47-65.
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. Jenkins R. Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence. *British Journal of Industrial Medicine* 1985;42: 147-154.
114. Frese M, Zapf D. Methodological issues in the study of work stress: Objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. In: Cooper CL, Payne R, ed. *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & Sons, 1988: 375-411.
115. Kemery ER, Bedeian AG, Mossholder KW, Touliatos J. Outcomes of role stress: A multisample constructive replication. *Academy Management Journal* 1985;28: 363-375.
116. McCright P. The job control and job demand hypothesis in a laboratory setting [Ph.D.]. Stanford University, 1988.
117. Lindstrom K. Psychosocial criteria for good work organization. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 1994;20(Special issue): 123-133.
118. Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science and Medicine* 1981;15: 639-647.
119. Hemingway MA, Smith CS. Organizational climate, occupational stressors, and withdrawal behaviors in nurses. *Work, stress, and health '95: Creating healthier workplaces*, September 14-16. Washington, D.C. , 1995: 9 p.
120. Attridge C, Callahan M. What nurses want: B.C. nurses redesign their work and workplace. Victoria, B.C.: Faculty of human and social development, University of Victoria, 1989.
121. Donatelle RJ, Hawkins MJ. Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programming. *American Journal of Health Promotion* 1989;3(3): 19-25.
122. Jardillier P. *Le développement humain dans l'entreprise*. Paris: Presses universitaires de France, 1986: 550 p.
123. Turcotte PR. *La qualité de vie au travail, une voie vers l'excellence*. Montréal: Éditions Agence d'ARC, 1988: 276 p.
124. Schermerhorn JR, Templer AJ, Cattaneo RJ, Hunt JG, Osborn RN, (adaptation française de Bernard Garnier). *Comportement humain et organisation*. Québec: Éditions du nouveau pédagogique, 1994: 687 p.
125. Attridge C, Callahan M. Women in women's work: An exploratory study of nurses' perspective of quality work environments. Victoria, B.C.: Faculty of Human and Social Development, University of Victoria, 1987: 61 p.
126. Stamps PL, Piedmonte EB. Nurses and work satisfaction: An index for measurement. Michigan: Health Administration Press Perspectives, 1986: 125 p.

127. Association des infirmières et des infirmiers du Canada et Association des hôpitaux du Canada. Le maintien des effectifs infirmiers et la qualité de vie au travail : une perspective nationale, 1990.
128. Attridge C, Callahan M. Women in women's work: Nurses, stress and power. *Recent Advances in Nursing* 1989;25: 41-69.
129. Carpentier-Roy M-C. Corps et âme, psychopathologie du travail infirmier. Montréal: Liber, 1991:174 p.
130. Levi L. Work, stress, and health overview and future directions: An international perspective. Occupational and Health Administration Conference on Work, Stress, and Health. Washington, DC: American Psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health, U.S. Office of Personnel Management, 1995.
131. Simms LM, Erbin-Roesemann M, Darga A, Coeling H. Breaking the burnout barrier: Resurrecting work excitement in nursing. *Nursing Economics* 1990;8: 177-187.
132. Tonneau D. Les conditions de travail à l'hôpital. Un enjeu vital. Paris: Éditions Anact, 1991: 56 p.
133. Noer DM. Healing the wounds. Overcoming the trauma of layoffs and revitalizing downsized organizations. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993: 248 p.