

SÉBASTIEN NADEAU-GAUTHIER

**LE RÔLE DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE  
TRAVAIL DANS LA RÉTENTION DES INFIRMIÈRES  
ŒUVRANT DANS LES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS DE SOINS  
GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS.**

Mémoire présenté

à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en relations industrielles  
pour l'obtention du grade maître ès art (M. A.)

DÉPARTEMENT DES RELATIONS INDUSTRIELLES  
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

2012

## **Résumé**

Aux prises avec une augmentation croissante des besoins de la population pour des services de santé, le Réseau québécois de santé et de services sociaux fait face à une pénurie de personnel infirmier qui s'exprime par des problèmes d'attraction et de rétention de personnel. En outre, de récentes études ont montré chez cette population des taux de détresse psychologique plus élevés que dans la population générale.

La présente étude propose d'étudier le lien existant entre l'environnement psychosocial de travail et la rétention du personnel infirmier en postulant que la détresse psychologique y joue un rôle central et prépondérant.

Les résultats d'analyses montrent que certains éléments de l'environnement psychosocial de travail comme la demande psychologique et la reconnaissance sont liés à la détresse psychologique. Cette dernière est liée à l'intention de quitter, mais la force du lien est supérieure pour l'intention de quitter l'unité comparativement à l'intention de quitter l'emploi ou la profession.

## Table des matières

Résumé .....	ii
Table des matières .....	iii
Liste des figures .....	vi
Liste des graphiques .....	vii
Liste des tableaux .....	viii
Remerciements .....	ix
INTRODUCTION .....	1
a. Mise en contexte .....	1
b. Objectifs poursuivis par la recherche .....	3
PARTIE I : CONCEPTION ET OPÉRATIONNALISATION DE LA RECHERCHE .....	5
CHAPITRE I : CADRE DE LA RECHERCHE .....	6
1.1 Portrait de la population infirmière et du milieu hospitalier québécois .....	7
1.1.1 Évolution du milieu hospitalier et du système de santé québécois (1960-2010) .....	7
1.1.2 Le milieu hospitalier, un bref portrait .....	17
1.1.3 Description de la profession infirmière en milieu hospitalier .....	17
1.1.3.1 Évolution de la profession d'infirmière .....	18
1.1.3.2 Rôles, fonctions et nomenclature dans la profession d'infirmière .....	25
1.1.3.3 Données socio-démographiques .....	29
1.1.3.3.1 Les infirmières membres de l'OIIQ .....	29
1.1.3.3.2 Les infirmières auxiliaires membres de l'OIIAQ .....	32
1.1.4 Détresse psychologique dans cette population .....	33
1.1.5 L'ampleur du problème de pénurie des infirmières dans les hôpitaux au Québec et ailleurs dans le monde .....	40
1.1.6 Les causes du problème de pénurie des infirmières dans les hôpitaux au Québec et ailleurs dans le monde .....	43
1.2 Les coûts du roulement de personnel infirmier .....	48
1.2.1 Impacts sur le personnel infirmier .....	49
1.2.2 Impacts sur les patients .....	51
1.2.3 Impacts économiques sur les organisations et le système public en général .....	53
1.3 Constats et questionnement .....	54
CHAPITRE II : CONCEPTS, MODÈLES, FACTEURS ET MODÈLE DE RECHERCHE .....	56
2.1 Concepts en cause .....	56
2.1.1 Définir la détresse psychologique .....	56
2.1.2 Définir la rétention .....	59
2.1.2.1 Le roulement de personnel .....	59
2.1.2.1.1 Typologies existantes .....	60
2.1.2.2 L'intention de quitter .....	62
2.1.2.2.1 Lien entre intention de quitter et roulement volontaire .....	62
2.2 Modèles explicatifs de la rétention des infirmières .....	64
2.2.1 Price et Mueller (1981) .....	65
2.2.2 Hindsaw et Atwood (1983) .....	67
2.2.3 Parasuraman (1989) .....	69

2.2.4	Krausz (1995).....	70
2.2.5	Modèle du déroulement ( <i>Unfolding model</i> ) de Lee et Mithchell (1994).....	72
2.2.6	Modèle d'adéquation personne-environnement d'Edwards, Caplan & Van Harrison (1973) ...	76
2.3	Facteurs liés à la rétention des infirmières .....	78
2.3.1	Facteurs intrinsèques.....	78
2.3.1.1	Satisfaction au travail.....	78
2.3.1.2	Engagement organisationnel .....	79
2.3.1.3	Facteurs individuels .....	79
2.3.2	Facteurs extrinsèques.....	80
2.3.2.1	Facteurs organisationnels .....	80
2.3.2.2	Facteurs économiques .....	81
2.3.3	Éléments modérateurs .....	81
2.4	Modèles en lien avec la détresse psychologique et l'intention de quitter .....	82
2.4.1	Modèle demande-latitude de Karasek et Theorell (1979).....	83
2.4.2	Modèle demande-latitude-soutien de Johnson et Hall (1988).....	87
2.4.3	Modèle du déséquilibre efforts-récompense de Siegrist (1996).....	91
2.5	Modèle de recherche : Vers un modèle intégrateur .....	93
2.5.1	Formulation de la question de recherche.....	99
2.5.2	Modèle d'analyse .....	101
2.5.3	Hypothèses de départ.....	102
CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....		103
3.1	Stratégie de recherche documentaire .....	103
3.2	Sources des données .....	104
3.2.1	Population visée par l'étude.....	104
3.2.2	Outils et procédure de collecte de données.....	106
3.3	Mesure des variables.....	108
3.4	Fidélité et validité des variables .....	111
3.5	Stratégie d'analyse des données .....	116
3.6	Constats méthodologiques.....	117
3.6.1	Portées de la méthode choisie.....	117
3.6.2	Limites de la méthode choisie.....	118
PARTIE II : RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS DES DONNÉES .....		120
CHAPITRE IV : RÉSULTATS .....		121
CHAPITRE V : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....		133
5.1	Analyse des résultats et discussion.....	133
5.2	Apports et limites de la recherche .....	156
CONCLUSION.....		160
Glossaire.....		164
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....		165
ANNEXES.....		177
Annexe A.....		178

**Annexe B** ..... 179  
**Annexe C** ..... 180  
**Annexe D** ..... 181  
**Annexe E** ..... 209

**Liste des figures**

- Figure 1. Structure des CSSS
- Figure 2. Le système de santé et de services sociaux québécois
- Figure 3. Détresse psychologique versus épuisement professionnel
- Figure 4. Le modèle causal du roulement de Price et Mueller
- Figure 5. Le modèle à cinq niveaux de Hinshaw et Atwood
- Figure 6. Le modèle de Parasuraman
- Figure 7. Le modèle de Krausz et collaborateurs
- Figure 8. Le modèle du déroulement de Lee et Mitchell
- Figure 9. Le modèle demande-latitude de Karasek et Theorell
- Figure 10. Le modèle demande-latitude-soutien et la détresse psychologique
- Figure 11. Schéma en trois dimensions du modèle demande-latitude-soutien
- Figure 12. Le modèle effort-reconnaissance de Siegrist
- Figure 13. Le modèle du GIROST
- Figure 14. Matrice de corrélation (Lavoie-Tremblay, 2008b)
- Figure 15. Environnement psychosocial de travail versus intention de quitter son emploi
- Figure 16. Environnement psychosocial de travail versus intention de quitter sa profession

**Liste des graphiques**

- Graphique 1. Détresse psychologique observée dans la population générale versus détresse psychologique observée chez les infirmières
- Graphique 2. Entrées et sorties du Tableau de l'OIIQ
- Graphique 3. Proportion des membres de l'OIIQ quittant leur profession
- Graphique 4. Répartition des infirmières selon les types d'ancienneté
- Graphique 5. Résultats modélisés pour l'analyse à partir d'une régression logistique répétée mille fois

**Liste des tableaux**

- Tableau 1. Nombre d'infirmières membres de l'OIIQ
- Tableau 2. Matrice de corrélation
- Tableau 3. Fidélité des variables
- Tableau 4. Matrice de corrélation
- Tableau 5. Matrice de corrélation
- Tableau 6. Répartition des infirmières selon l'âge et le sexe.
- Tableau 7. Compilation des résultats pour les variables dichotomisées
- Tableau 8. Facteurs associés à la détresse psychologique élevée
- Tableau 9. Facteurs associés à l'intention de quitter l'unité élevée
- Tableau 10. Facteurs associés à l'intention de quitter l'emploi élevée
- Tableau 11. Facteurs associés à l'intention de quitter la profession élevée

## Remerciements

Il y a trop peu d'occasions dans le tourbillon de la vie académique pour remercier toutes les personnes qui pendant les dernières années m'ont appuyé sans relâche dans ma démarche de formation universitaire. Le présent espace est le vôtre et vous est donc dédié, vous qui m'avez conseillé, appuyé et avez su m'insuffler la détermination et la volonté de mener mes études de maîtrise à terme. L'avenir me dira s'il y aura une suite, mais en attendant, permettez-moi de vous remercier très sincèrement tous alors que je franchis cette importante étape.

Mes premiers remerciements vont aux membres du corps professoral du Département de relations industrielles qui par l'excellence de leur enseignement et leur passion pour leurs champs d'étude respectifs m'ont offert sans réserve les plus belles années d'étude qu'il m'a été donné de vivre. Un merci tout particulier à mon directeur de recherche, M. François-Bernard Malo, qui a cru en moi, m'a encouragé et conseillé judicieusement à maintes reprises dans les deux dernières années. Un merci également à Paul-André Lapointe et Clémence Dallaire, coresponsables de la présente recherche qui ont bien voulu accepter la modeste contribution de l'étudiant à la maîtrise que je suis.

Un merci tout particulier à Mme Manon Truchon, M. Anthony Gould et M. Paul-André Lapointe qui m'ont judicieusement guidé dans mes analyses statistiques ainsi qu'à Mme Geneviève Baril-Gingras qui m'a aidé à structurer ma réflexion à mes tout débuts. Il me faut également remercier M. Gaétan Daigle du service de consultation statistique de l'Université Laval pour ses conseils en matière de statistiques. Enfin, il serait bien ingrat de ma part de ne pas remercier toutes les personnes qui ont été impliquées de près ou de loin à cette étude notamment au sein du Centre hospitalier où a eu lieu l'enquête, dans les instances syndicales ou du réseau de la santé ainsi qu'au Département des relations industrielles de l'Université Laval.

Merci à ma conjointe, Andréanne, pour ta patience, ta compréhension, ton appui et ton affection. Tu y es pour beaucoup dans tout ce projet. Merci ensuite à mes parents, Christiane et Louis, mes frères, Julien et Joël, qui, depuis le tout début, m'avez inspiré et soutenu tant dans mes études que dans tous mes autres projets, même les plus fous. Merci également à mes beaux-parents, Lise et Marcel pour votre oreille attentive et vos conseils judicieux. Merci enfin, à mes amis et collègues d'études. Vous avez su me rappeler bien justement qu'il n'y a pas que le travail et les études dans cette vie, et qu'il faut en profiter à chaque instant... car elle file à toute allure!

Merci à tous mes proches que j'ai dû parfois négliger pendant un certain temps, sachez que chacune de ces pages vous sont dédiées, car elles sont le fruit de votre appui...



# **Le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la rétention des infirmières œuvrant dans les hôpitaux québécois de soins généraux et spécialisés.**

## **INTRODUCTION**

### **a. Mise en contexte**

Dans le contexte actuel où le vieillissement de la population active et l'augmentation de la rareté de certaines catégories de travailleurs font désormais partie de la réalité du monde du travail, il relève de l'évidence que la rétention des travailleurs est un enjeu de taille impliquant un nombre important de défis au quotidien pour plusieurs organisations (Dychtwald, Erickson et Morison, 2006). Au cours des dernières années, on a assisté dans les milieux de travail à une prise de conscience, puisque pour plusieurs types d'emplois, et ce, dans divers secteurs d'activités, le personnel est non seulement de plus en plus rare, mais il est également plus difficile à conserver une fois en poste. Abaisser le taux de roulement du personnel est devenu pour plusieurs entreprises un élément stratégique de première importance dans la gestion de leurs ressources humaines. Cet état de fait a mené certaines organisations à investir beaucoup d'énergie, que ce soit sous forme de ressources humaines, de temps ou de ressources financières, afin de contrer le problème du roulement de personnel et de favoriser la rétention des travailleurs.

Du côté de la recherche académique, on constate que les premiers écrits à propos des problèmes de roulement volontaire et de rétention de personnel datent de la première moitié du siècle passé (Johns, 2001, p.232-233). Évidemment, la recherche a progressé depuis et les dernières années ont amené leur lot d'écrits énonçant ou confirmant certaines théories et certains modèles explicatifs ou prédictifs du roulement de personnel ou du problème plus large de la rétention. Ces progrès permettent ainsi de nuancer la vision populaire voulant que « *dissatisfied people leave and money makes them stay* » (Mitchell, Holtom, Lee et Graske, 2001, p.96). En effet, la problématique entourant la rétention des travailleurs est complexe et implique la prise en compte de plusieurs facteurs (individuels, organisationnels

et économiques) dont les interrelations sont parfois bien définies ou, au contraire, parfois floues ou imprécises.

Au Québec comme dans bien d'autres pays occidentaux, la rétention du personnel œuvrant dans les milieux hospitaliers est une source constante d'attention étant donné le rôle névralgique des travailleurs du milieu de la santé dans le maintien de la qualité des soins de santé qui sont prodigués à la population. On s'inquiète certes du manque de médecins généralistes ou spécialistes, néanmoins une attention tout aussi importante est accordée aux infirmières<sup>1</sup> dont la situation se révèle pour le moins préoccupante. Si la pénurie actuelle de personnel, pénurie aggravée par diverses considérations liées par exemple à l'organisation des soins de santé et aux problèmes de recrutement, est problématique, l'état de santé physique et particulièrement l'état de santé et de bien-être psychologique de cette population l'est tout autant. En effet, lorsqu'on prend en considération les études qui ont montré dans les dernières années qu'il y a des taux d'absentéisme pour maladies et des taux de détresse psychologique plus élevés chez les infirmières que dans la population générale, on peut s'interroger sur l'impact de ces constats sur la pénurie observée depuis quelques années dans le Réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RQSSS).

Bref, c'est sur les tenants et aboutissants de cette détresse psychologique que sera orientée la présente démarche de réflexion. On se penchera donc plus attentivement sur les causes probables de la détresse psychologique vécue chez les infirmières, et ensuite sur le lien possible entre cette détresse élevée vécue et l'intention de quitter exprimée chez les infirmières. C'est grâce à cette démarche que l'on pourra au final porter un regard plus complet sur les façons d'agir sur la rétention des infirmières travaillant dans des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

---

<sup>1</sup> Sauf avis contraire dans le texte, le terme infirmière englobe à la fois les infirmiers et les infirmières, les infirmiers cliniciens et les infirmières cliniciennes ainsi que les infirmiers auxiliaires et les infirmières auxiliaires.

## b. Objectifs poursuivis par la recherche

Bien qu'un mémoire de maîtrise s'avère être un projet de recherche d'une envergure relativement modeste qui implique donc une certaine retenue dans l'ampleur et la profondeur des objectifs de recherche, la présente démarche se propose néanmoins d'atteindre quelques grands objectifs considérant l'importance de la problématique traitée.

- D'abord, proposer, à partir d'une sélection non exhaustive d'ouvrages, un survol de la profession d'infirmière en s'attardant à certaines caractéristiques de cette population ainsi qu'à sa situation en termes d'effectif et d'état de santé.
- Proposer, ensuite, une revue de la littérature qui dresse un portrait des modèles théoriques existants et des facteurs identifiés comme étant liés au roulement de personnel chez les infirmières.
- Enfin, et cela constitue l'élément central de cette recherche, cerner et tester un modèle théorique intégrateur permettant d'examiner la relation entre l'environnement psychosocial de travail d'un échantillon de cette population œuvrant dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, la détresse psychologique vécue par cette même population et l'intention de quitter (son unité de travail, son emploi ou sa profession) exprimée par celle-ci.

Ultimement, le présent document devrait permettre aux représentants syndicaux et aux gestionnaires du RQSSS de mieux comprendre comment les décisions prises et les mesures mises en place peuvent influencer le roulement du personnel au sein du réseau et de ses établissements. Il devrait aussi permettre de mieux comprendre quels éléments de l'environnement de travail peuvent avoir une influence significative afin de diminuer le roulement des infirmières, d'améliorer la santé physique et mentale de celles-ci, ce qui permettrait d'agir positivement sur leur bien-être au travail, leur propension à rester en emploi, et par voie de conséquence, sur la qualité des services de soins de santé qui sont donnés à la population.

Certes, le défi peut paraître ambitieux, car de nombreuses études se sont déjà longuement attardées à la problématique de la rétention des infirmières. La présente démarche n'a pas la prétention de cerner l'entièreté de cette problématique, mais elle a comme objectif d'apporter une contribution, même si elle est très modeste, à l'avancement des connaissances.

## **PARTIE I**

### **CONCEPTION ET OPÉRATIONNALISATION DE LA RECHERCHE**

*« Nurse turnover must be understood as a health human resource issue within the context of health environments where nursing shortages are growing and the need for healthy workplaces and enhanced recruitment and retention strategies are more important ».*

O'Brien-Pallas, Griffin, Shamian, Buchan, Duffield, Hughes, Spence Laschinger, North et Stone, 2006, p.169

La première partie de ce mémoire se déclinera en trois chapitres qui, successivement, présenteront 1) le cadre de la recherche en s'attardant à faire un survol de la population d'infirmière de ses caractéristiques et son état de santé, 2) les concepts, modèles et facteurs pertinents à la problématique de la rétention des infirmières tout en mettant en place le modèle de recherche et 3) le cadre méthodologique, ce qui inclut les sources de données, les outils et procédures de collecte ainsi que les stratégies d'analyse des données. À la fin de cette première partie donc, au moins deux des principaux objectifs de cette recherche auront été atteints, alors que la table sera mise pour la présentation et l'analyse des résultats de recherche qui permettront de tester le modèle d'analyse retenu et ainsi atteindre le troisième et dernier objectif de ce mémoire.

## **CHAPITRE I : CADRE DE LA RECHERCHE**

La démarche qui sera exposée dans les prochaines pages vise à mieux comprendre comment l'environnement psychosocial de travail a un impact sur la propension des infirmières à quitter leur emploi. Cependant, il convient d'abord de situer quelques éléments de contexte par rapport à la population d'infirmières, au milieu dans lequel elle évolue, aux défis de cette profession dans le contexte actuel sur le marché de l'emploi... Situer la population infirmière dans son contexte historique, social et démographique, de même que prendre le temps de bien cerner les enjeux concernant cette population et les problématiques auxquelles elle est exposée sont des conditions *sine qua non* avant

d'amorcer une réflexion plus en profondeur sur la problématique de la rétention de cette population professionnelle.

### 1.1 Portrait de la population infirmière et du milieu hospitalier québécois

Depuis l'époque où le Québec était une colonie française jusqu'à aujourd'hui, en ce début de vingt et unième millénaire, des milliers de femmes et d'hommes ont consacré une bonne partie sinon la totalité de leur vie à accompagner et soigner les malades. Aujourd'hui comme par le passé, la place des infirmières dans le système de santé québécois demeure prépondérante et rares sont les personnes d'ailleurs qui oseraient remettre en cause leur rôle ou leur utilité. Il n'en est pas moins nécessaire de s'attarder, dans le cadre de la présente démarche de réflexion, à dresser un portrait sommaire de la population infirmière et de son état de santé psychologique de même que du milieu de travail dans lequel elle a évolué et dans lequel elle continue d'évoluer. On débutera donc, dans les prochaines pages, par un bref regard sur le milieu hospitalier, un lieu de travail privilégié dans cette profession depuis ses débuts.

#### 1.1.1 Évolution du milieu hospitalier et du système de santé québécois (1960-2010)

Loin de nous l'idée de revenir longuement sur les profondes mutations qu'a connues l'ensemble du système de santé québécois. Il semble néanmoins approprié de faire un léger survol des modifications manquantes qui ont eu cours dans le système de santé, en portant une attention plus soutenue sur les développements depuis les années 60, en considérant plus particulièrement les modifications qui ont eu des impacts marqués sur les hôpitaux, un milieu de travail incontournable pour les infirmières.

Avant les années 60, le système de santé était régi essentiellement par l'Église catholique qui régnait en quasi-monopole sur l'ensemble des hôpitaux, à l'exception de certains hôpitaux (essentiellement anglophones) qui eux étaient détenus par des sociétés privées. Si l'administration des hôpitaux relevait essentiellement des congrégations religieuses, les soins qui y étaient prodigués étaient aussi en grande partie sous la responsabilité de religieuses, mais également de quelques médecins laïcs qui se sont progressivement imposés à partir du XIXe siècle. Ceux-ci ont été, pratiquement jusqu'au début du XXe

siècle, les seuls laïcs dans les hôpitaux. Toutefois, à partir de 1886, on constate que les choses commencent à changer. Nous étions à l'époque à l'aube d'une révolution majeure qui allait mener à l'établissement d'un véritable système sociosanitaire au Québec grâce notamment l'intervention de l'État. Celui-ci, tant au niveau fédéral que provincial, commence à établir des lois et des mesures qui établiront les bases de politiques nationales et provinciales concernant l'hygiène et la santé publique. À partir des années 1920, diverses politiques d'organisation des soins de santé seront mises en place, encore une fois sous l'impulsion de l'État, et principalement par le fédéral. Il en résultera que les bases d'un système de santé moderne auront été instaurées (Bergeron et Gagnon, 2005, p.11-16).

Pour les hôpitaux, même si depuis le début du XXe siècle, un nombre de plus en plus important de laïcs sont embauchés, la période d'après-guerre a vu une entrée de plus en plus massive de ces laïcs, dont faisaient partie plusieurs groupes de professionnels. Durant cette période, dans les hôpitaux la division des tâches s'est accrue, le travail s'est complexifié, s'est technicisé avec l'apparition de nouveaux équipements diagnostiques et thérapeutiques. Le modèle de gestion s'est également bureaucratisé (Bégin, Bergeron, Forest et Lemieux, 1999, p.205, Petitas, 53-58). Les religieuses conservent néanmoins à cette époque une emprise importante sur l'administration des hôpitaux, importance qui devait décliner très rapidement à partir de 1960, date où l'intervention de l'État est venue sonner le glas de l'hégémonie religieuse dans les établissements de santé.

Au niveau fédéral, l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation en 1957<sup>2</sup>, mesure qui assure l'accès gratuit au système de santé à l'ensemble de la population, favorise l'accroissement de l'utilisation des services de soins de santé et l'expansion du parc hospitalier. Avec le financement du système qui est désormais devenu étatique et l'avènement de la *Loi des hôpitaux* en 1962, proclamée cette fois par l'État québécois, plusieurs changements surviennent dans la façon dont sont administrés les hôpitaux, puisque Québec régit désormais l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé sur son territoire (Bégin *et al.*, 1999, p.206-207; Bergeron et Gagnon, 2005, p.16-17).

---

<sup>2</sup> En vigueur au Québec seulement en 1961 avec l'arrivée au pouvoir des libéraux de Jean Lesage.

À partir de 1970, révolution importante pour système de santé et les hôpitaux : le « gouvernement québécois adopte coup sur coup la *Loi de l'assurance-maladie*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui crée les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) et les centres locaux de services communautaires (CLSC); la *Loi créant le ministère des Affaires sociales* (MAS) dont le rôle est de planifier, de contrôler et d'évaluer le fonctionnement du réseau d'établissements et le Code des professions » (Bégin *et al.*, 1999, p.209). Ces lois, adoptées essentiellement dans la foulée de la Commission Castonguay-Nepveu, mettent en place un « système global de développement social, basé sur une conception d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de sécurité du revenu » (Bergeron et Gagnon, 2005, p.18). C'est un changement d'approche important qui, pour le système de santé, implique de passer « d'une conception d'hygiène publique à celle de santé communautaire » (Ministère de la Santé et des Service sociaux, 2009, p.39)

On assiste alors à une centralisation de l'administration du système de santé, au développement d'une technocratie et à une nouvelle vague de professionnalisation<sup>3</sup>. Les hôpitaux se voient conférer la possibilité de mettre en place des structures administratives indépendantes et distinctes de la gestion médicale. Ils conservent également une relative autonomie par rapport à un système de plus en plus centralisé (Bergeron et Gagnon, 2005, p.20). Le rôle des hôpitaux s'élargit à la suite du Comité MacDonald (1971) et désormais ils sont considérés comme « le lieu tout désigné pour l'intégration de la plupart des fonctions de santé publique » (*Idem*, p.21). Ainsi, 32 départements de santé communautaire sont implantés dès 1974. Les hôpitaux, supportés par les CLSC qui sont graduellement implantés, occupent donc une place beaucoup plus importante dans la prestation des soins. C'est l'établissement de l'hospitalocentrisme, c'est-à-dire la mise en place d'un système d'organisation des soins de santé où la majorité des services sont donnés par les hôpitaux et dans lequel les patients doivent se rendre à l'hôpital pour être pris en charge par le personnel hospitalier et y recevoir des soins et y guérir (Malo et Grenier, 2007, p.10). Ce

<sup>3</sup> Cette vague de professionnalisation s'accompagnera d'une rationalisation des tâches chez les différentes professions de la santé, dont les infirmières. La résultante sera l'implantation d'une vision différente des soins de santé inspirée du taylorisme qui se caractérisera par un morcellement des fonctions et des tâches. On reprochera par la suite à cette approche de détériorer la qualité des soins en « amputant la dimension relationnelle et psychoaffective avec le malade » (Gaumer, 2008, p.155).

modèle d'organisation des soins demeurera la référence pendant deux décennies et servira de pilier pour la mise en place de l'ensemble du Réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Au début des années 80, le ministère des Affaires sociales (MAS), qui deviendra bientôt le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ralentit cependant la cadence après trois décennies de croissance des dépenses et entre dans une phase de « consolidation et de rationalisation de ses interventions en matière de santé publique et de services sociaux » (MSSS, 2009, p. 40; Malo et Grenier, 2007, p.11). L'expansion de l'État-providence et la croissance importante des dépenses publiques en santé sur le budget de l'État québécois soulèvent de plus en plus de questionnements au milieu des années 80 sur le poids financier relatif du système de santé, mais également sur l'impasse organisationnelle dans laquelle il se trouve (Bégin *et al.*, 1999, p.215; Bergeron et Gagnon, 2005, p.24). On constate, en plus, un certain essoufflement : allongement de listes d'attente, engorgement des urgences, vétusté de certains équipements. Une Commission d'enquête est mise sur pied présidé par Jean Rochon (MSSS, 2009, p. 41). Les conclusions du commissaire sont à l'effet que le RQSSS est littéralement pris en otage et qu'il est « impossible d'en améliorer les performances sans recourir à une démocratisation importante de sa gestion » (Malo et Grenier, 2007, p.11)<sup>4</sup>. Tout est maintenant en place et on dresse la table en prévision d'une nouvelle réforme...

L'arrivée des années 90 s'accompagne donc d'une importante phase de transition dans les services publics de santé. La crise des finances publiques bat son plein et le Québec, comme plusieurs états occidentaux, a de la difficulté à financer adéquatement ses mesures de protection sociale. Tout en réaffirmant les grands idéaux de la réforme Castonguay-Nepveu (accessibilité, gratuité, universalité), la *Loi sur les services de santé et les services*

<sup>4</sup> Lors d'une entrevue réalisée auprès du président de la Commission Rochon, Malo rapporte les sept principales conclusions du commissaire par rapport au système de santé québécois : 1) Régionaliser et décentraliser le système, 2) Mettre fin à la prise en otage du système par des groupes d'intérêt, 3) Développer l'organisation des soins tertiaires, la formation et la recherche, 4) Former des centres hospitaliers universitaires pour regrouper les soins, 5) Procéder à l'évaluation des technologies, 6) Développer une approche macro globale relativement au financement du système de santé et 7) Former le personnel et les RH en conservant les principes directeurs soit la qualité, l'accessibilité et les coûts du système (Malo, 2001, p. 269-270)

*sociaux* de 1991, grandement inspirée des travaux de la Commission Rochon, recentre le système de santé sur le citoyen, autant comme usager que comme décideur (MSSS, 2009, p.41; Gaumer, 2008, p. 200-201). Les conseils régionaux disparaissent au profit des Régies régionales de santé et services sociaux (RRSSS), et par le fait même on décentralise la régulation administrative du MSSS à ces nouvelles entités. Ce sont donc les RRSSS, qui collaborent maintenant étroitement avec le nouveau ministre Rochon, qui sont en place lorsqu'en 1996 le réseau de la santé et des services sociaux doit faire face à des réaménagements et des compressions budgétaires importantes qui s'inscrivent dans l'optique d'atteindre le déficit zéro d'ici l'an deux mille (Bégin *et al.*, 1999, p.216; Bergeron et Gagnon, 2005, p.25-26). Dans le cadre de ces compressions, l'ensemble des organisations publiques, y compris les hôpitaux, se voit imposer l'impossibilité de faire des déficits, des compressions budgétaires souvent importantes, quand ce ne sont pas des fermetures totales et définitives (Malo et Grenier, 2007, p.14).

Pour les hôpitaux, la plus importante modification introduite par cette nouvelle réforme demeure cependant le virage ambulatoire ou, autrement dit, une utilisation plus restreinte de l'hôpital pour prodiguer des soins à la population<sup>5</sup>. On favorise le déplacement du patient pour l'obtention des services médicaux vers des structures plus légères comme le CLSC, le cabinet privé du médecin, l'organisme communautaire, la ligne Info-santé ou même le soutien familial (Fournier, 2002, p. 18-19). Cette mesure vient modifier en profondeur la façon dont s'articule le réseau de santé québécois. En effet, alors que dans les années 80 les chirurgies d'un jour étaient marginales, elles vont graduellement devenir la norme, alors que le taux d'occupation des lits va, quant à lui, aller grandissant. Cette réforme est aussi synonyme pour plusieurs établissements de fermeture, fusion ou de changement de vocations, pendant que bon nombre de médecins et d'infirmières sont mis à la retraite de façon anticipée et qu'on assiste à une implication croissante du milieu communautaire et de la population dans les soins de santé (Malo et Grenier, 2007, p.15-16; Gaumer, 2008, p.212-215; Bergeron et Gagnon, 2005, p. 26).

---

<sup>5</sup> Une autre entrevue réalisée par Malo auprès d'un professeur du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal permet de mettre en perspective que cette tendance à vouloir, par différentes mesures, réduire le taux de lits de courte durée et favoriser le recours aux soins ambulatoires date des années 1970 et n'est donc pas « apparue » en 1996 avec la réforme Rochon (Malo, 2001, p.256-257).

Cependant le virage ambulatoire, pour les hôpitaux, c'est également une reformulation de leur rôle et de leurs fonctions. Ils deviennent l'espace privilégié d'un traitement dit plus efficient, via notamment les chirurgies d'un jour, où l'on concentre les coûteuses technologies de pointe et les experts qui s'y rattachent. La convalescence est ainsi réservée aux autres structures plus légères du réseau, de même que l'hébergement et les services de premières lignes (Fournier, 2002, p. 18-19).

Le processus de réforme du RQSSS se poursuit au tournant des années 2000 avec le dépôt en 2001 du rapport de la Commission Clair. Cette réforme se déroule dans le contexte où la croissance des coûts se poursuit à cause principalement du vieillissement de la population et de l'ampleur de la révolution technologique (expansion des technologies de l'information et de la communication, développement technologique et sophistication des équipements médicaux, arrivée de nouveaux médicaments) (MSSS, 2009, p. 43). Le commissaire Clair dénonce une organisation générale du système de santé qui reflète encore la réalité des années 70 en ce qui a trait aux modalités d'organisation du travail, aux allocations budgétaires et d'administration. Il dénonce également, « la pratique professionnelle individuelle, l'autonomie juridique et budgétaire des établissements de soins ainsi que le fonctionnement en « silos » qui ont pour conséquences que chaque service, département ou établissement peut fonctionner indépendamment des autres » (Gouvernement du Québec, 2000, p. 25). Ce rapport, présentant pas moins de 95 avenues de solutions, recommande notamment de favoriser les soins de première ligne, « d'offrir une prestation de services globale et intégrée, de gérer plus activement et d'assurer une flexibilité accrue dans l'organisation du travail et les équipes interdisciplinaires » (Bergeron et Gagnon, 2005, p.27). À partir de 2001 donc, le gouvernement impose au système de santé un nouveau cadre de gestion axé sur les résultats et l'imputabilité en se basant sur le projet de loi 28, la *Loi modifiant la gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux* (MSSS, 2009, p.44).

Les établissements de soins de santé voient la composition de leur conseil d'administration changée afin de faire une plus grande place aux membres de la communauté. Ils se voient

également imposer des ententes annuelles de gestion et d'imputabilité qui les lient aux régies régionales, ces dernières ayant hérité de nouveaux pouvoirs de surveillance et d'intervention auprès des établissements (MSSS, 2009, p.44). Cette nouvelle stratégie de changement amène certains auteurs à dire que ces changements s'inscrivent « dans une perspective de démocratisation directe de la gestion hospitalière et d'un suivi plus documenté des performances des établissements hospitaliers » (Malo et Grenier, 2007, p. 19).

Figure 1. Structure des CSSS



Source : MSSS, 2010

À partir de 2003, le mot d'ordre devient l'intégration des services dans le réseau de santé. Le gouvernement adopte notamment la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (ADRLSSS)<sup>6</sup> qui prévoit la mise en place de 95 réseaux locaux de services de santé et services sociaux (RLS), chacun coordonnant un centre de santé et services sociaux (CSSS). L'objectif donc est de réunir et rapprocher les services de la population (MSSS, 2010; MSSS, 2009, p.45). Le nombre d'établissements de soins continue donc de diminuer et l'on observe une migration des

<sup>6</sup> Les ADRLSSS sont ensuite remplacés en 2005 par les agences régionales de santé et services sociaux (ARSSS), suite au dépôt du projet de loi 83.

services offerts par des établissements publics vers des ressources privées que ce soit des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des cliniques et des cabinets privés de médecines. Les accréditations syndicales au sein des hôpitaux sont aussi fusionnées pour être fixées à un nombre maximal de quatre par établissement (Malo et Grenier, 2007, p. 21-23).

Pour les centres hospitaliers, cette intégration en RLS représente un changement qui n'a rien de banal, puisque la majorité d'entre eux se voient intégrés dans les CSSS, entités où les services offerts anciennement à la population par les CLSC et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont maintenant regroupés et mis en commun (MSSS, 2010).

Côté gestion, la deuxième moitié de cette première décennie du nouveau millénaire est aussi marquée par la mise en place dans certains établissements du RQSSS de nouvelles méthodes d'organisation du travail inspirées de différentes approches de gestion telles que les méthodes *Lean* de Toyota ou de *Six Sigma* (Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux (AQESSS, 2011 ; Dansereau, 2010). L'implantation de systèmes de gestion visant « l'excellence opérationnelle » fait partie des objectifs du MSSS notamment (et non exclusivement)<sup>7</sup> dans son projet de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Dans le cadre de ce projet, le MSSS entend « rapprocher les expertises, promouvoir le maillage et favoriser le recours aux meilleures pratiques dans la conception, le design, et l'exploitation de CHU, et ce, dans une dynamique de performance respectueuse des priorités de gestion de chacun des CHU » (MSSS, 2011b).

Enfin, côté législatif, d'autres changements surviennent dans les années qui suivent, notamment en 2006 à la suite d'une vaste consultation publique<sup>8</sup> dont l'aboutissement est le

<sup>7</sup> En effet, dans un communiqué daté du 1<sup>er</sup> novembre 2011, le ministre dévoilait notamment que trois établissements bénéficieront de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* qui vise à « soutenir l'émergence d'une nouvelle culture organisationnelle fondée sur la qualité et le performance dans le but de répondre toujours plus efficacement aux besoins des patients » (MSSS, 2011a)

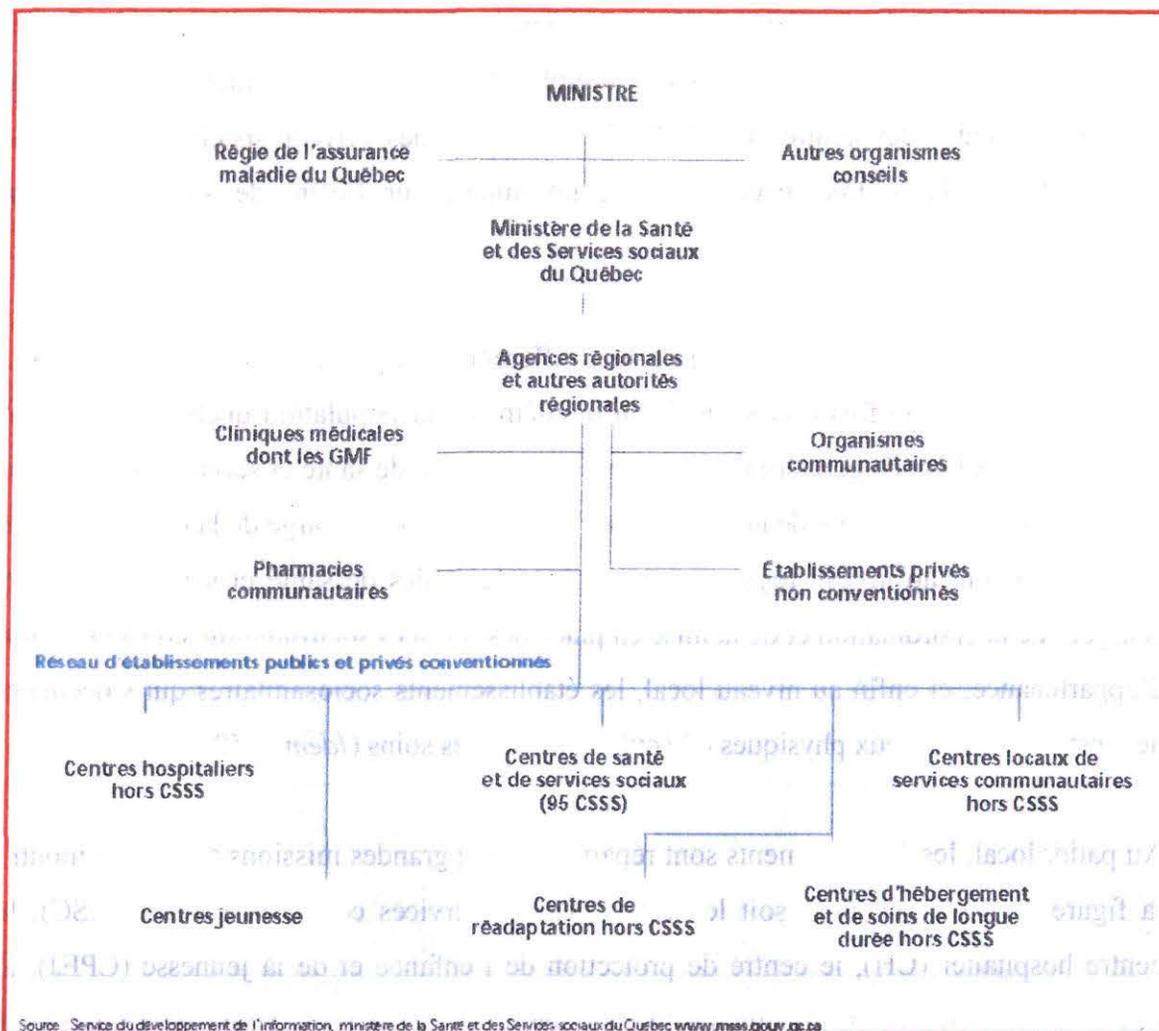
<sup>8</sup> Cette consultation publique avait notamment été amorcée en réaction au jugement Chaouli qui statue essentiellement que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par

projet de loi 33, la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Cette loi vise à améliorer les services médicaux spécialisés et surspécialisés via, par exemple, l'accès à des cliniques privées ou l'association entre des centres hospitaliers et des cliniques privées spécialisées (MSSS, 2009, p.45). Cela a donc nécessairement un impact sur l'offre de soins en milieu hospitalier.

En date d'aujourd'hui, une trentaine de lois différentes forgent et structurent ce système public qui veille à la fois à la santé et au bien-être de la population québécoise. Si l'on résume, trois paliers de gouvernance composent le système de santé et services sociaux : au niveau national le ministère de la Santé et des Services sociaux, chargé de la coordination et de la régulation; au niveau régional les agences régionales de santé et services sociaux, chargées de la coordination et de la mise en place des services sociosanitaires de leur région d'appartenance; et enfin au niveau local, les établissements sociosanitaires qui s'occupent des installations, des lieux physiques où sont dispensés des soins (*Idem*, p.50).

Au palier local, les établissements sont répartis en cinq grandes missions comme le montre la figure 2 (page suivante), soit le centre local de services communautaires (CLSC), le centre hospitalier (CH), le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et le centre de réadaptation (CR). S'ajoute à cela les centres de santé et services sociaux (CSSS) qui regroupent l'une ou plusieurs de ces missions. À titre informatif 47% des établissements du réseau avaient des missions multiples en 2008, et la tendance est à la hausse depuis plusieurs années (*Idem*, p. 50-51-130-131).

Figure 2. Le système de santé et de services sociaux québécois



Source : MSSS, 2009, p.52

Bien entendu, le bref survol historique des importants changements qu'a subis le système de santé québécois ne couvre que les grandes lignes. Les changements apportés ont été tellement nombreux et importants que des chapitres entiers d'ouvrage de référence en traitent. Néanmoins, le présent aperçu a permis de mettre en évidence que des changements dans la vocation même des centres hospitaliers ont nécessairement eu des impacts sur le travail des infirmières. Les impacts de l'évolution du réseau de santé et de services sociaux sur les infirmières et l'évolution même de cette profession seront d'ailleurs traités dans la section 1.1.3.

### 1.1.2 Le milieu hospitalier, un bref portrait

Dans l'optique de circonscrire un peu mieux le milieu d'étude et étant donné que l'objet de la présente recherche est la rétention du personnel infirmier en milieu hospitalier, il ne sera pas traité en détail des établissements de soins ayant d'autres missions. La présente section sera donc consacrée essentiellement à présenter les centres hospitaliers, et plus précisément les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Selon le MSSS, un CH, qu'il s'agisse d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), a comme mission d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés à la population (2009, p.50). Comme leur nom l'indique cependant, les CHSP se concentrent essentiellement sur les problèmes qui relèvent de l'ordre de troubles mentaux et du comportement, alors que la responsabilité de traiter les problèmes de santé physique relève des CHSGS.

Précisons à nouveau que les centres hospitaliers au Québec ne sont pas tous fusionnés dans un CSSS<sup>9</sup> où la mission de ces établissements est regroupée avec celle d'autres établissements. Ainsi en 2008, il y avait 11 centres hospitaliers non affiliés à des CSSS au Québec, comparativement à 20 en 2000 et 27 en 1990. Le nombre de CH dans la province a également augmenté au fil des années. Alors qu'il en existait 180 en 1990, ce nombre est passé à 206 en 2000, puis à 225 en 2008. Le nombre de lits et de places autorisés en soins généraux et spécialisés<sup>10</sup> a néanmoins diminué radicalement entre 1990 et 1998, passant de 28 835 à 20 686. Ce nombre est resté relativement stable par la suite, diminuant néanmoins légèrement d'année en année, puisqu'il se situait à 20421 en 2008 (MSSS, 2009, p. 130-134).

### 1.1.3 Description de la profession infirmière

L'objet principal d'étude de cette recherche étant les infirmières, il est nécessaire de s'attarder assez longuement à établir un portrait de cette population. Ceci se révèle d'autant

---

<sup>9</sup> C'est notamment le cas du CH dans lequel s'est déroulée la présente étude.

<sup>10</sup> Ce qui exclut donc les lits et places en psychiatrie des CHSP.

plus nécessaire dans l'optique où on tente d'obtenir la meilleure compréhension possible des enjeux et des problématiques vécues par les infirmières au quotidien. Ce portrait des infirmières débutera avec un bref survol historique lors duquel des parallèles pourront être dressés avec la section précédente dans laquelle on s'attardait à l'évolution historique du système de santé en entier et de sa principale institution : l'hôpital.

### 1.1.3.1 Évolution de la profession d'infirmière en milieu hospitalier

Si la façon de prodiguer des soins de santé s'est profondément métamorphosée depuis que les premières communautés religieuses hospitalières se sont installées à Québec en 1639, le rôle et le statut des infirmières ont également bien changé. Les religieuses-infirmières, qui ont été les pionnières du système de santé québécois pendant un peu plus de 250 ans, ont été remplacées graduellement à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour laisser de plus en plus de place aux infirmières dites laïques<sup>11</sup> (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008; Petitat, 1989, p. 44). L'apparition de ces infirmières laïques, aussi appelées infirmières professionnelles, s'est inscrite dans un changement important de paradigme qui a eu cours, non seulement au sein de la profession d'infirmière, mais aussi dans l'ensemble des milieux hospitaliers québécois. On associait les religieuses-infirmières à une vocation et à une pratique de soins enchâssée dans le cadre des valeurs chrétiennes de soumission, de dévotion, de consécration, etc. Les infirmières laïques, bien que dans un lien de subordination hiérarchique par rapport au médecin, au père ou au supérieur religieux, sont considérées maintenant comme une mère substitue qui est engagée de façon totale et absolue dans les soins accordés à son patient. Bien que toujours assujettie à l'autorité du médecin, auquel l'infirmière laïque doit vouer une loyauté totale et entière, un premier pas est franchi vers la libération de la profession dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. L'infirmière ainsi « libérée » s'émancipe dans une profession qui évolue rapidement « sous la protection et le prestige de la science médicale » (Blondeau, 2002, p.64-69).

Ce changement de paradigme a également eu pour effet de changer le statut des hôpitaux qui étaient des lieux réservés exclusivement à la dispense des soins et de les transformer en

---

<sup>11</sup> À titre d'illustration, les religieuses hospitalières représentaient 65 à 70 % du personnel des hôpitaux en 1911, alors qu'elles ne représentaient plus que 6 ou 7 % des effectifs en 1965 (*Idem*, p.55)

véritables centres d'enseignement et de recherche (Petitat, 1989, p. 44-45). Cela a d'ailleurs eu un impact important sur la façon dont étaient formées les infirmières. Ainsi, en l'espace de 75 ans (1875-1950 environ), les infirmières et les religieuses-infirmières qui étaient formées selon un mode artisanal, donc issu d'une tradition orale et empirique, axé sur la pratique au sein même des hôpitaux, ont graduellement été formées dans des écoles d'infirmières. Ces écoles ont intégré, dans un premier temps, des cours théoriques dans le but d'appuyer la pratique, pour finalement proposer une formation théorique et technique complète, doublée de stages pratiques incorporés dans le milieu hospitalier (*Idem*, p. 43-44; 59-70). Ces écoles ont perduré jusqu'à ce que la formation des futures infirmières soit confiée par le ministère de l'Éducation aux Collèges d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) suite au rapport Parent en 1963-64 (OIIQ, 2008).

Si, dans la majorité des cas, les infirmières sortant des écoles d'infirmières étaient surtout des infirmières en soins généraux, des généralistes polyvalentes formées pour faire face à toutes sortes de situations, l'éclatement de plus en plus important du corps médical en plusieurs spécialités a forcé certains changements. Ainsi, la création d'école d'infirmières de niveau universitaire à partir des années 20 a permis à un grand nombre d'infirmières de délaisser leur statut de généraliste pour se spécialiser. En 1944, les universités mettent en place divers certificats en psychiatrie, obstétrique, pédiatrie, etc. qui seront suivis plus tard par des programmes complets de premier et deuxième cycle universitaire (années 50 et 60), alors que le programme de troisième cycle attendra encore quelques années (Petitat, 1989, p.73-74;284-286). C'est à partir de ce moment qu'on verra graduellement apparaître « l'infirmière clinicienne, universitaire détentrice d'une maîtrise et spécialisée dans les soins de pointe, [mais également] apte à conseiller les cadres et à initier les infirmières aux derniers développements » (*Idem*, p. 74). De leur côté, les infirmières auxiliaires, bien qu'apparues dans les années 20, restent relativement marginales jusqu'aux années 50 et à la création des premières écoles d'auxiliaires<sup>12</sup> (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, 2008; Petitat, 1989, p.74-75;287-288). En somme, on a assisté durant cette période à ce qui a été appelé une vague professionnaliste ou l'émergence à proprement

<sup>12</sup> Contrairement aux écoles d'infirmières, les écoles d'infirmières auxiliaires ne sont pas intégrées au réseau des Cégeps, mais plutôt « aux institutions d'enseignement de niveau secondaire relevant du ministère de l'Éducation (OIIAQ, 2008)

parler de la profession d'infirmière « moderne » comme on la connaît aujourd'hui, même si la profession a continué d'évoluer en même temps que l'ensemble du réseau de la santé québécois. C'est en bonne partie grâce à ce mouvement de professionnalisation que diverses avancées ont été faites dans la reconnaissance de la profession, notamment l'obtention d'un titre réservé (1920), une pratique semi-exclusive partagée avec les aides et les auxiliaires (1946) et enfin en 1973, en première mondiale, le «monopole d'exercice fondé sur une définition générale de la profession et tempéré seulement par une obligation de déléguer certaines tâches aux infirmières auxiliaires »<sup>13</sup> (Petitat, 1989, p. 61-62).

Dans cette période qui a précédé les années 1960, on a assisté au déclin de la vocation religieuse et au désengagement croissant de l'Église catholique dans l'offre de soins, et cela, alors même que le recours aux hôpitaux augmentait dans la population. Au même moment, on notait la présence de plus en plus importante de personnels laïques et, bien entendu, d'infirmières laïques bénéficiant d'une formation scientifique professionnelle. On observait également un recours croissant aux assurances privées pour couvrir les frais médicaux. Associés à une plus grande implication des municipalités et du gouvernement provincial, ces éléments ont contribué à l'instauration à la fin des années 60<sup>14</sup> d'un système de santé publique moderne, un système de santé qui a permis aux infirmières professionnelles laïques de se voir confirmer officiellement leur place prépondérante dans les hôpitaux et dans l'ensemble du réseau de santé publique (OIIQ, 2008; Petitat, 1989, p 53-58).

Ces infirmières n'ont depuis jamais cessé de s'imposer, au même titre que leurs prédécesseuses religieuses, comme des piliers du système de santé québécois. Toutefois, la mise en place du système de santé publique, et les nombreuses mutations qu'il a subies au cours des décennies ont eu un impact important pour la profession.

Dans les années 70 d'abord, plus précisément en 1974, l'entrée en vigueur de deux lois, la loi 250 qui institue le Code des professions et la loi 273 qui modifie la *Loi des infirmières*

<sup>13</sup> Il est à noter que sur le site internet de l'OIIQ, on parle d'exercice exclusif dès 1946.

<sup>14</sup> Se référer à la section 1.1.1 pour de plus amples détails sur la réforme du début des années 70.

*et infirmiers du Québec*, permet aux infirmières de gagner une autonomie d'action dans leur champ d'activités. Cette autonomie est encore renforcée lorsqu'en 1979, grâce aux pressions de leur ordre professionnel, les infirmières obtiennent le remaniement par le législateur québécois d'un règlement qui permet aux infirmières de poser désormais certains actes qui étaient autrefois exclusivement réservés aux médecins (OIIQ, 2008b). C'est grâce à cette poussée « d'autonomisme », dont les fondements prenaient racine dans les années 50, que l'on peut enfin considérer que l'infirmière se « libère » du lien de loyauté envers le médecin qui était la norme antérieurement. Le Code international des infirmières est d'ailleurs modifié afin de refléter cette nouvelle réalité. Où on pouvait lire auparavant que « [l]'infirmière a l'obligation d'exécuter les prescriptions du médecin avec intelligence et loyauté », on peut maintenant y lire que « [l]'infirmière coopère étroitement avec tous ceux et celles avec lesquels elle travaille, tant dans le domaine des soins infirmiers que dans les autres domaines » (Blondeau, 2002, p. 70-71).

Dotées d'un véritable statut professionnel, d'une formation théorique et pratique de plus en plus étoffée, les infirmières s'engagent dans les années 80. On reconnaît maintenant que ces professionnelles de la santé, forte d'une autonomie grandissante, doivent détenir un grand nombre des compétences et doivent faire preuve d'un jugement professionnel sans faille dans l'exercice de leur profession. Alors que, dans la foulée de la reconnaissance des droits de la personne, l'identité professionnelle des infirmières se renforce, leur rôle change également. Elles ne sont plus passives dans la dispensation des soins, elles s'impliquent, conseillent et défendent les droits de leurs patients<sup>15</sup>. En même temps, face à l'envahissement croissant de la technologie dans le travail infirmier et dans les soins de santé en général, les infirmières, dénonçant le sacrifice de l'être aux dépens de l'avoir, redonnent de l'importance à la notion de *caring* et veulent remettre au centre des préoccupations les considérations liées à l'humanisation des soins de santé (*Idem*, p. 71-76).

<sup>15</sup> L'émergence de ce nouveau rôle de l'infirmière réfère à l'*advocacy*, c'est-à-dire au droit à l'autodétermination des bénéficiaires (Blondeau, 2002, p.73).

Les années 80 et 90 sont des décennies de restructuration pour le système de santé québécois, on rationalise les budgets dédiés à la santé alors que les besoins vont croissants, des établissements de soins ferment, d'autres changent de vocation, on assiste au départ massif d'infirmières pour la retraite, on amorce un virage ambulatoire en priorisant désormais les soins de première ligne et une diminution de l'hospitalisation... Conséquemment, les infirmières subissent les contrecoups de ces multiples changements.

On pense d'emblée à la déstabilisation des équipes de travail, déstabilisation inhérente aux mouvements importants de personnel au sein des unités, au départ massif d'infirmières expérimentées, à l'arrivée de nouvelles recrues, mais également à la modification des pratiques de travail et l'introduction de nouvelles normes administratives. En effet, les infirmières se voient confiées la gestion globale des soins et on les incite à devenir responsables de l'ensemble des soins qu'elles prodiguent. Cela diminue certes la parcellisation des tâches entre les différents intervenants, mais cela individualise d'autant la pratique des infirmières. Les règles administratives mises en place dans les environnements de travail contribuent à cette individualisation en freinant les élans de solidarité qui étaient la norme par le passé (Bourbonnais, Comeau, Viens, Brisson, Laliberté, Malenfant, Romaine et Vézina, 1999, p. 147-148; Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, Côté, 2000b, p. 13-15).

Toujours au chapitre des modifications aux pratiques de travail, les soins sont désormais axés davantage sur les besoins d'une clientèle au prise avec des problématiques de plus en plus complexes. Il en résulte une réorganisation des tâches de travail chez les infirmières. On favorise la création d'unités de soins spécialisées où l'on regroupe la clientèle par catégorie encourageant ainsi la spécialisation des tâches. Plus globalement, il faut souligner que les infirmières délaissent les tâches non-relées aux soins infirmiers au profit d'autres corps d'emploi (par exemple les préposés aux bénéficiaires). Certains éléments du travail comme les étapes du pré et du post opératoires ont aussi tendance à être décentralisés et donnés à des services auxiliaires et paramédicaux. Cela a évidemment un impact sur les modes de recrutement du personnel et sur la distribution des expertises (Bourbonnais *et al.*, 1999, p. 147-148; Parker Shannon, 2002, p. 98-100).

Les dernières restructurations du système de santé ont également amené une redéfinition du rôle des infirmières et de la vision des soins. La philosophie de soins autrefois plus holiste, globale et intégrée par rapport aux soins offerts serait maintenant davantage basée sur la performance, la rapidité, la rationalisation des budgets et des effectifs. Au dire des infirmières, on néglige désormais le *caring* et le *curing*, ce qui tranche définitivement avec la philosophie passée où ces notions étaient au centre des préoccupations, exacerbant du même coup les conflits de rôle et les tensions au travail. (Bourbonnais *et al.*, 1999, p. 147-148; Bourbonnais *et al.*, 2000b, p. 9-10).

Enfin, on assiste enfin à une modification des structures hiérarchiques et de l'influence des supérieurs sur la prestation des soins prodigués à la population. Les chefs de soins ou les directrices de soins se retrouvent notamment à avoir des responsabilités additionnelles ce qui diminue l'influence de la profession infirmière sur les priorités institutionnelles. La relation entre les infirmières et leurs supérieurs se modifie également, ces derniers étant moins disponibles, car plus contraints par des obligations administratives et de gestion (Bourbonnais *et al.*, 2000b, p. 11-12; Parker Shannon, 2002, p. 98-100).

Dans l'ensemble ces changements ont apporté une augmentation de la frustration et de l'insatisfaction au travail, de l'épuisement au travail et de la volonté d'abandonner son emploi. Les infirmières dénoncent l'augmentation de leur charge de travail, la diminution du soutien social dans leurs milieux de travail, le manque de personnel et de reconnaissance de la part de la population. À cela s'ajoutent le manque d'écoute des supérieurs et la difficulté à participer à l'organisation de leurs conditions de travail (Bourbonnais, Comeau, Viens, Laliberté, Malenfant, Brisson et Vézina. 1998, p. 3-4; Bourbonnais *et al.*, 1999, p. 147-148; Bourbonnais *et al.*, 2000b, p. 6-15; Parker Shannon, 2002, p. 98-100.)

Avec l'arrivée des années 2000, la réforme du Réseau de santé et services sociaux se poursuit, avec des changements qui continuent d'influencer le travail des infirmières. On tente toujours d'en arriver à une organisation plus efficace et surtout plus intégrée des soins. L'une des façons d'y arriver passe par l'enrichissement du rôle des infirmières, l'une des recommandations du Rapport Clair (Gaumer, 2008, p.222). On assiste à une

spécialisation toujours plus accrue de la profession qui s'illustre par exemple par l'adoption de la loi 90 en 2002 qui décrit « les attributions des futures infirmières praticiennes spécialisées [et] vise une amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins et des services, en plus d'offrir une perspective de carrière plus attrayante pour les infirmières » (MSSS, 2009, p.44).

En outre, l'introduction graduelle du *lean management* au cours des années 2000 entraîne nécessairement de nouveaux changements pour les infirmières. La position du MSSS est d'ailleurs assez éloquente sur le rôle central qui est accordé à ses employés dans le cadre de l'implantation d'approches de ce type :

« Il ne s'agit donc pas de travailler plus mais plutôt de travailler différemment afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du travail effectué. Ainsi, la responsabilisation de l'employé, la prise de décision le plus près possible de l'action, le travail en équipe, la résolution immédiate des problèmes et la mesure des actions sont autant de changements mis de l'avant qui seront profitables tant pour le personnel que pour le patient » (MSSS, 2011a)

Pour l'instant, bien qu'un nombre restreint d'études se soient penchées, à notre connaissance, sur l'impact sur les infirmières de ces méthodes de gestion, les premiers résultats semblent prometteurs en ce qui concerne les délais d'attentes des patients pour une chirurgie, la durée de séjour ou le délai d'attente pour obtenir une ordonnance (Baillargeon, 2011; Dansereau, 2011; Ducas, 2011). Il faut préciser que certains intervenants tels que le Dr. Barette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, expriment des réserves quant à l'implantation tout azimut de ce modèle de gestion (Ducas, 2011).

Malgré les restructurations récentes et l'implantation de nouvelles méthodes de gestion, en 2011, la « crise » dans le secteur de santé et des services sociaux au Québec est toujours une réalité. Une réalité qui pour les infirmières s'exprime de diverses façons et notamment par une charge de travail plus importante que celle observée dans le reste du Canada (Shields et Wilkins, 2005 p. 41-43). Cette crise qui semble perdurer à travers les années a pris une ampleur notable dans le RQSSS et dans l'opinion publique en général. La pression est importante sur les décideurs politiques au moment où le gouvernement québécois

boucle ses négociations avec les syndicats d'infirmières pour le renouvellement de leurs conventions collectives. Plus que jamais durant cette dernière négociation, différents intervenants du milieu de la santé tel que les médecins ont soutenu que les infirmières sont à la clé d'une amélioration de la situation dans le Réseau de la santé et des services sociaux (Rioux Soucy, 2010).

### 1.1.3.2 Rôles, fonctions et nomenclature dans la profession d'infirmière

Le survol historique des dernières pages a démontré à quel point la profession d'infirmière a évolué et a joué un rôle de plus en plus important dans le système de santé québécois. Il est d'ailleurs indéniable aujourd'hui que le rôle joué par les infirmières est capital. Celles-ci, quel que soit leur titre d'emploi ou leur formation, se retrouvent dans toutes les catégories d'établissement de soins, au sein de la majorité des unités de soins et y jouent un rôle de pivot. « L'infirmière est là pour accompagner le bénéficiaire tout au long de ses expériences de santé, quelles que soient les étapes de sa vie. Elle joue un rôle clé dans la promotion, le maintien et le recouvrement de la santé des bénéficiaires de tous âges » (MSSS, 2001, p. 16). Bien plus qu'une simple accompagnatrice donc, l'infirmière joue un rôle actif dans l'amélioration de l'état de santé de ses bénéficiaires, mais aussi de la population en général (OIIQ, 2008a).

On ne peut continuer à dresser un portrait global de la profession d'infirmière et du rôle de cette profession dans la société sans aborder brièvement la question des grandes fonctions infirmières ou, autrement dit, de définir les grandes obligations liées au titre d'infirmière (Dallaire, 1999, p.35).

Bien entendu, la principale fonction des infirmières est de prodiguer des soins, que ce soit des soins d'entretien de la vie ou des soins techniques généraux et/ou spécialisés. Ces premiers consistent essentiellement à « remplacer la personne, [...], à l'aider à trouver les meilleurs moyens d'utiliser ses ressources internes et externes, et, éventuellement, à la rendre indépendante des soins infirmiers dans la poursuite de ses objectifs de santé » (*Idem*, p. 38). Les soins techniques généraux font partie de la formation initiale de toutes les infirmières et consistent en la manipulation d'instruments, de matériel et la mise en

application de procédures permettant, par exemple, de surveiller des signes vitaux, de changer des pansements, d'administrer des médicaments, etc. Les soins techniques plus spécialisés sont réservés aux infirmières formées à interpréter et utiliser des technologies perfectionnées ou qui possèdent des habiletés relationnelles particulières pour certains types de soins (ex. soins prolongés, palliatifs ou de santé mentale) (*Idem*, p. 39-41). Notons enfin que de prodiguer ces types de soins exigent certaines conditions clés, soit que l'on donne à l'infirmière le temps requis pour fournir les soins, que l'on s'assure de la bonne continuité du service professionnel et finalement que l'infirmière puisse utiliser son jugement clinique qui lui permet de faire le lien entre son savoir général et le savoir particulier lié à une personne et sa condition de santé (*Idem*, p. 41-42).

Une autre fonction importante de cette profession est d'éduquer, ce qui consiste essentiellement à « enseigner et établir une relation d'aide en vue de favoriser chez les individus des choix libres et éclairés » (*Idem*, p. 43). Partout où il y a pratique infirmière, cette fonction trouve sa place et il en résulte concrètement plusieurs actions ou gestes posés par les infirmières : informer les patients et la population, les aider à faire des choix sains ou alors suggérer des outils et des stratégies afin d'agir politiquement sur l'environnement si celui-ci présente des lacunes en matière de soin ou de santé (*Idem*, p. 43-45)

Ensuite, la fonction de collaboration englobe une partie importante et surtout indispensable de la profession, soit toutes les actions qui sont faites conjointement avec les autres professionnels de la santé. Les infirmières occupent d'ailleurs une position privilégiée pour collaborer avec les autres professions, puisque ce sont elles qui sont le plus en contact avec les patients et ont généralement une vision globale de ceux-ci et de la situation de soins (*Idem*, p. 45).

Par après vient la fonction de coordination qui consiste à coordonner l'utilisation maximale des ressources et des personnes engagées dans les soins en faisant circuler l'information entre les différents professionnels de santé. De par cette fonction, l'infirmière se doit donc, suite à une collecte de données, de procéder à un jugement clinique qui permet de

déterminer si, à moment donné et pour un type d'intervention donné, l'intervention d'autres professionnels est nécessaire (*Idem*, p. 46-47).

Enfin, la dernière fonction consiste à superviser; l'infirmière étant légalement la responsable des soins prodigués par le personnel, et cela, selon la façon dont il est regroupé dans les différents établissements des soins (*Idem*, p. 47). Il faut mentionner que cette dernière fonction est encore plus présente chez les infirmières occupant des postes d'autorité (assistante-infirmière-chef, infirmière-chef).

À la lumière de ce qui a été mis en évidence dans les dernières pages, on ne peut que constater à nouveau que les infirmières jouent un rôle de premier plan dans la dispense des soins. Ce rôle important, les infirmières l'exercent de diverses façons en fonction de leur poste. Car, élément très important à souligner, elles ne forment pas une population uniforme. Il existe en effet divers « titres d'emploi » pour les infirmières qui varient en fonction de leur scolarité, de leur expérience et de leur cheminement professionnel<sup>16</sup>. Certaines seront donc infirmière, assistante-infirmière-chef, infirmière clinicienne (bachelière), assistante-infirmière-chef bachelière ou infirmière auxiliaire.

Il convient ici de s'intéresser brièvement à certaines distinctions entre les différents titres d'emplois que l'on retrouve dans le RQSSS en se basant sur un document fournit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2008) et intitulé « Nomenclature des titres d'emplois, des libellés, des taux et des échelles salariales du Réseau de la santé et des services sociaux ». À la lecture des libellés des titres d'emploi infirmier, on constate d'ailleurs que les fonctions identifiées précédemment surtout en ce qui concerne soigner et éduquer sont bien présentes dans la définition même des emplois.

Selon le MSSS, l'infirmière auxiliaire, en plus de participer à l'enseignement aux usagers et à leurs proches, « participe à la réalisation d'un ensemble de soins infirmiers [...] contribue à l'évaluation de l'état de santé de l'usager et à la réalisation du plan de soins,

---

<sup>16</sup> Cependant, notons que pour les besoins de ce document, le nombre de ces titres d'emploi sera restreint à ceux étudiés dans le cas de la présente recherche.

prodigue des soins infirmiers et de bien-être, des traitements infirmiers et médicaux » (MSSS, 2008b, p. 128). Ces tâches sont réalisées essentiellement dans le but de maintenir ou rétablir la santé et de prévenir la maladie, cela concerne donc essentiellement la fonction de prodiguer des soins.

L'infirmière, quant à elle, « assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés » (*Idem*, p. 112). De plus, le MSSS précise que l'infirmière se doit, dans les soins et les traitements infirmiers et médicaux qu'elle prodigue, d'évaluer l'état de santé de l'usager, de déterminer et d'assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou de prévenir la maladie. Toujours selon le MSSS, il entre également dans les tâches de l'infirmière de planifier, dispenser et évaluer l'enseignement aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes, mais aussi de participer à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie (*Idem*, p. 112). L'infirmière assume donc surtout des fonctions de soins et d'éducation, mais touche nécessairement aussi aux fonctions de collaboration et de coordination.

La clinicienne ou infirmière clinicienne, assume les mêmes fonctions de soins et d'éducation que l'infirmière, si ce n'est que sa contribution est plus spécifique et son niveau de responsabilité est plus élevé, puisqu'elle s'occupe des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions biopsychosociales plus variées. Cela implique donc qu'elle conçoive, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances plus avancées. Aussi, selon le MSSS, « elle participe au développement ou adapte des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins, elle coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire » (*Idem*, p. 79). La clinicienne touche de façon plus importante aux fonctions de collaboration et de coordination, puisque selon le MSSS elle se doit également d'identifier, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, la coordination de ces services. Enfin, la clinicienne doit assurer l'orientation du nouveau personnel et participer à la formation des stagiaires (*Idem*, p. 79).

En plus d'exercer, ses fonctions habituelles, l'assistante-infirmière-chef ou la clinicienne assistante-infirmière-chef assiste l'infirmière-chef ou le supérieur immédiat dans ses fonctions. Selon le MSSS (2008*b*, p. 79 et 114), l'infirmière portant ce titre doit planifier, superviser et coordonner les activités d'un service pour toute la durée de son service en plus d'agir comme personne-ressource auprès de ses collègues pour la planification, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers. À cela s'ajoute « la conception, l'implantation, l'évaluation et la révision de la programmation [de] service[s] et d'outils cliniques et [l]'évaluation de la qualité des soins. [Enfin,] elle collabore à l'orientation, à l'identification des besoins de formation et à l'évaluation du rendement du personnel » (MSSS, 2008*b*, p. 79). Dans le cas de l'assistante-infirmière-chef ou la clinicienne assistante-infirmière-chef, on constate que les fonctions de coordination et de supervision prennent beaucoup plus de place.

En circonscrivant le rôle et les tâches des infirmières, cela a permis de préciser le portrait de la profession d'infirmière. Cependant, ce tour d'horizon ne serait pas complet sans la présentation de quelques données sociodémographiques.

### 1.1.3.3 Données sociodémographiques sur la profession

#### 1.1.3.3.1 Les infirmières membres de l'OIIQ

En date du 31 mars 2009, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) compte 70 587 membres, en hausse de 0,6% comparativement à l'année de référence 2004, dont 93,6 % exercent leur profession au Québec et 0,9 % à l'extérieur du Québec. Pour une deuxième année consécutive donc, le nombre de membres de l'Ordre demeure au-dessus de 70 000, cependant le taux de croissance de 0,6% (identique pour 2007-2008 et 2008-2009), est nettement inférieur à celui de 1,5 % enregistré annuellement entre 2002-2003 et 2006-2007. On constate qu'un certain nombre d'infirmières membres de l'Ordre n'exerce pas leur profession soit parce qu'elles sont retraitées (2,5%) ou parce qu'elles sont sans emploi (3%). Ces taux sont demeurés relativement constants depuis 2004-2005. Enfin, parmi les infirmières exerçant leur profession, 86,8% occupe des fonctions cliniques<sup>17</sup>, 8% occupe

<sup>17</sup> De ces infirmières œuvrant dans les tâches cliniques, 47,1% pratiquait en soins de santé physique, 13,3% en soins critiques, 6,3% en santé mentale, 14,7% en soins de premières lignes, alors que le reste (17,2%) pratiquait dans d'autres domaines.

des fonctions de gestion, 3,7% œuvrait en enseignement et 1,5% en recherche (OIIQ, 2009, p.17-18; 29-32;45).

Lorsqu'on ne considère donc que les infirmières en exercice dans la province, on comptait en 2008-2009, 66 097 en exercice, ce qui donne un ratio de 8,5 infirmières par mille habitants<sup>18</sup>. Le Québec se compare donc avantageusement au reste du Canada, pour lequel le ratio est en moyenne de 8 pour 1000 (*Idem*, p.36).

Les réseaux public et parapublic de la santé et des services sociaux embauchent 85% de l'effectif infirmier, ce qui représente environ 56 000 infirmières. Le secteur privé, lui, embauche 11,4% des effectifs (7500 infirmières), dont 3,6% (2400 infirmières) vont directement dans les agences de placement de personnel infirmier ou de soins<sup>19</sup>. Le secteur de l'éducation, lui, embauche environ 3,6% de l'effectif, soit 2400 infirmières.

La répartition des effectifs à travers le secteur public s'effectue comme suit : Centre de santé et de services sociaux (CSSS) 45,8% ; Centre hospitalier universitaire (CU) 28% ; Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CH) 5,7% ; Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) 2,7% ; Centre de réadaptation (CR) 0,9% ; chez un autre employeur du secteur public ou parapublic de la santé et des services sociaux 2%<sup>20</sup>. Pour plus de 83% des infirmières, le RQSSS est l'employeur principal<sup>21</sup>.

La situation d'emploi des infirmières au Québec est demeurée relativement similaire depuis 2004-2005. Une majorité d'infirmières ont un poste à temps complet régulier (TCR), soit 56,9%, alors qu'environ le tiers (32,5%) ont un temps partiel régulier (TPR) et qu'environ 10% des infirmières ont un poste occasionnel à temps partiel (TPO). Il est à noter que

<sup>18</sup> Pour les infirmières du réseau public uniquement, le ratio est de 5,6 pour mille habitants (*Idem*, p.36)

<sup>19</sup> Les infirmières ayant un lien d'emploi avec une agence de placement de personnel représentent 5,4% de l'effectif infirmier, en hausse d'un demi-point par rapport à 2007-2008, mais sont concentrées essentiellement dans sept régions administratives soit : Capitale-Nationale, Montréal, Outaouais, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie (*Idem*, p.42).

<sup>20</sup> Pour de plus amples détails sur les différents types d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, se référer à l'annexe A

<sup>21</sup> Un tableau détaillé de la répartition des effectifs infirmiers dans le secteur public est présenté en annexe B

depuis l'année de référence, on constate néanmoins une progression de l'emploi à TCR, au détriment des deux autres situations d'emploi (*Idem*, p.38).

L'âge moyen des infirmières au Québec est, depuis 2005 de 43,6 ans. Il était auparavant en constante hausse depuis 1999, passant de 41,6 à 43,6 ans. La stabilisation de l'âge moyen des infirmières est attribuée essentiellement à l'entrée massive de jeunes infirmières, ce qui, selon l'OIIQ, a permis de mettre un terme à la croissance de l'âge moyen (2009, p.21). Il est également à prévoir qu'une tendance à la baisse sera observée au fur et à mesure que la cohorte d'infirmières âgées de 55 ans et plus quittera la profession.

Entre 2004 et 2009, la proportion d'hommes dans la profession est demeurée relativement stable selon l'OIIQ. On observe néanmoins une légère tendance à la hausse puisque le pourcentage d'homme est tout de même passé de 9 à 9,5. Il faut souligner que le Québec a le taux le plus élevé d'homme infirmier lorsqu'on le compare à l'ensemble des provinces canadiennes (OIIQ, 2009, p.22)

En ce qui a trait au niveau de formation, environ 95% des infirmières détiennent un diplôme décerné par une institution d'enseignement reconnue à leur entrée dans la profession, alors qu'un peu moins de 5% ont toujours un diplôme décerné par un hôpital. Ce dernier type de formation date d'avant l'apparition des cégeps, à une époque où les hôpitaux étaient responsables de la formation initiale des futures infirmières (*Idem*, p.23). Le nombre d'infirmières détenant ce type de formation est donc en constant déclin depuis plusieurs années... Pour les autres infirmières, toujours en date du 31 mars 2009, 81,7 % détiennent un diplôme d'études collégiales, 8,7% un diplôme de niveau baccalauréat ou de maîtrise et 4,2 % un diplôme équivalent obtenu à l'extérieur du Québec. Il faut mentionner également que selon l'OIIQ, plusieurs infirmières poursuivent des études universitaires après leur entrée dans la profession, majoritairement en sciences infirmières, mais aussi dans d'autres domaines d'études comme l'administration, l'éducation, la psychologie, etc. En 2008-2009, environ 13 % des infirmières en exercice poursuivent des études universitaires parallèlement à leur travail. Ce taux est néanmoins en constante diminution depuis 2004-2005, année où il atteignait 18% (*Idem*, p.23-26).

Enfin, pour compléter ce portrait de la population des infirmières québécoises, un portrait sera aussi dressé pour les infirmières auxiliaires, lesquelles sont membres d'un autre ordre professionnel.

#### 1.1.3.3.2 Les infirmières auxiliaires membres de l'OIIAQ

En date du 31 mars 2008<sup>22</sup>, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) compte 20526 membres soit un niveau équivalent à celui observé au tournant des années 90, période qui a précédé une baisse drastique des effectifs autour des années 2000 (16203 au plus creux). Le nombre d'infirmières auxiliaires membres de l'Ordre est en hausse pour une sixième année consécutive et le taux d'accroissement a été de 5% et 4,2 % respectivement pour les années 2006-2007 et 2007-2008, cela principalement à cause des nouvelles diplômées qui frôlent le nombre de 2000 depuis quelques années. Les infirmières auxiliaires sont en emploi dans une proportion de 93%, dont plus de la moitié exercent dans les champs d'activités que sont la gériatrie et les soins de longue durée. Le ratio actuel d'infirmières versus des infirmières auxiliaires<sup>23</sup> est d'environ 3,5, en diminution depuis 2004, époque à laquelle il était de 4. L'âge moyen des infirmières auxiliaires au Québec diminue depuis 2001-2002 et est passé de 44,4 ans à 41,7 ans. Entre 2000 et 2008, la proportion d'hommes dans la profession est demeurée relativement stable à environ 8,5% selon l'OIIAQ (OIIAQ, 2009, p. 11-14;16-17; 44).

Actuellement, la répartition des effectifs à travers les secteurs publics et privés s'effectue comme suit : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) 34,4%; Centre hospitalier de soins généraux et spécialisée (CH) 29,4%; Résidence pour personnes âgées 7%; Communautés religieuses 3,5% (*Idem*, p.23-24).

La situation d'emploi des infirmières auxiliaires au Québec est demeurée relativement similaire depuis 2004-2005. Une majorité d'infirmières ont un poste à temps partiel (41,2%), un peu plus du tiers ont un temps complet régulier (TCR), soit 35,1%, et environ 17,1% des infirmières ont un poste à temps partiel ou occasionnel (TPO). On constate

<sup>22</sup> Au moment d'écrire ces lignes, les données pour 2008-2009 n'étaient toujours pas disponibles sur le site de l'OIIAQ.

<sup>23</sup> Par ce ratio, on entend qu'il y a aujourd'hui environ 3,5 infirmières pour une infirmière auxiliaire.

depuis 2000-2001, une progression de l'emploi à TPO (*Idem*, p.20). Cela est d'ailleurs contraire à la tendance observée chez les infirmières où on observe plutôt une progression de l'emploi à TCR<sup>24</sup>.

En ce qui a trait à la formation, pour détenir le titre d'infirmière auxiliaire, tous les candidats doivent obtenir un diplôme d'études secondaires (DES) en santé, assistance et soins infirmiers (SASI). Environ 2% des effectifs détiennent néanmoins un ou des diplôme(s) supplémentaires(s).

#### 1.1.4 Détresse psychologique au sein de la population infirmière

D'emblée, il faut savoir que la détresse psychologique<sup>25</sup> est une problématique bien présente dans la population générale. L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) suit la situation à l'égard de cette problématique depuis une vingtaine d'années. Les données pour la population québécoise présentées par l'ISQ font état d'une prévalence du taux élevé de détresse de 17,3% en 1987, de 25,5% en 1993, de 20% en 1998 et de 26,6 en 2002 et de 22,7% en 2005<sup>26</sup> (Vinet, 2004, p.266; Vézina, Bourbonnais, Marchand et Arcand, 2008, p.25; Camirand et Nanhou, 2008, p.2). On observe donc une certaine tendance à l'augmentation de la prévalence de détresse psychologique dans la population depuis 1987, bien que cette augmentation ne soit pas constante et semble fluctuer d'une mesure à l'autre. Selon Vinet, il semble que certaines mesures effectuées par le groupe de Recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail (RIPOST) ainsi que d'autres groupes de recherche montrent des pointes de prévalence allant jusqu'à trente pour cent, ce qui fait en sorte que « personne n'espère revenir au niveau de 1987 » (2004, p.

<sup>24</sup> À ce propos, l'OIIAQ indique que le marché de l'emploi pour les infirmières auxiliaires a eu tendance à se précariser principalement à cause hausse de l'offre d'infirmières auxiliaires qui aurait excédé la demande dans le RQSSS. Toujours selon l'OIIAQ, un tel phénomène n'aurait pas été observé chez les autres infirmières (*Idem*, p.21)

<sup>25</sup> La détresse psychologique sera définie plus en détail au chapitre II.

<sup>26</sup> Les données présentées pour les années 1987, 1993 et 1998 ont été obtenues en utilisant l'indice de détresse psychologique de Santé Québec, lequel indice s'inspire du *Psychiatric Symptom Index* développé par Ilfeld entre 1976 et 1978 (Légaré et al., 2000, p.334). Pour 2002 et 2005 les résultats ont été obtenus grâce à l'utilisation de deux versions (1.2 et 3.1 successivement) de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) qui a été administrée pour la première fois à la population québécoise en 2002. Cela rend donc difficile la comparaison temporelle avec les années précédentes, néanmoins les taux de prévalence de 2002, de 2005 peuvent être comparés, avec certaines réserves étant donné les variations d'ordre méthodologique (Camirand et Nanhou, 2008, p.1)

266). Selon ce même auteur, l'ampleur des résultats obtenus a de quoi surprendre, puisqu'une prévalence oscillant entre 20 et 25% implique de reconsidérer certaines des représentations sociales de la maladie mentale qui sont bien ancrées dans la pensée collective. On pense notamment aux préjugés selon lesquels la maladie mentale ne touche que des cas isolés ou alors que les problèmes de santé mentale sont toujours graves et invalidants (2004, p. 267)

Étant donné le contexte dans lequel s'exerce la profession d'infirmière depuis quelques années, on ne s'étonnera pas que la situation au sein de cette sous-population soit encore plus préoccupante que celle dans la population québécoise en général. Encore récemment, certains médias rapportaient le « cri du cœur » de certaines infirmières préoccupées par la détresse qu'elles vivent au quotidien dans leur travail (Samson, 2010). Du côté de la recherche scientifique, plusieurs études menées dans les dernières années ont dressé un portrait relativement exhaustif de l'état de santé psychologique de la population infirmière. Malgré toutes les nuances qu'il faut apporter par rapport au message véhiculé par les médias, bien souvent, les constats dressés par les études scientifiques semblent les corroborer jusqu'à un certain point. Il est proposé ici de faire un bref survol de quelques-unes de ces études, en commençant par tirer des constats à partir de la littérature issue de la scène internationale et du reste du Canada.

Au niveau international, notre attention sera portée dans un premier temps sur l'Europe et sur les résultats de l'étude NEXT (*Nurse's early exit study*)<sup>27</sup>. Cette étude a montré que le niveau de détresse psychologique observé varie dans les différents pays passant de 8.8% aux Pays-Bas à 36.3% en Slovaquie. La moyenne observée est cependant plus faible au suivi de l'étude en 2003-2004 (22,9%) qu'à la mesure initiale de 2002-2003 (26,4%) (Hasselhorn, Conway, Widerszal-Bazyl, Simon, Tackenberg, Schmidt, Camerino et Müller, 2008, p.79). Aux États-Unis maintenant, l'étude de Randall Andrews et Wan semble indiquer également la présence de détresse psychologique chez le tiers des participants

---

<sup>27</sup> Cette imposante étude, réalisée simultanément auprès de 77 000 infirmières dans 10 pays européens vise notamment d'investiguer « *the reasons, circumstances and consequences surrounding premature departure from the nursing profession* » (The European NEXT-Study, 2010). L'étude a été menée entre 2002 et 2004 auprès de 77 681 infirmières à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Le taux de participation à cette étude a été de 51,4% (Hasselhorn *et al.*, 2008, p.76-77).

(2009, p.345-347)<sup>28</sup>. Par ailleurs, la population infirmière est classée par le *National Institute for Occupational Safety* parmi les quarante professions dont la prévalence de détresse psychologique est la plus élevée (Bourbonnais, Comeau, Dion et Vézina, 2007, p.1).

Au niveau canadien, une étude pancanadienne de 2006<sup>29</sup> indique que 30,7 % de la population infirmière interrogée affirme vivre une détresse<sup>30</sup> psychologique élevée dans le cadre de leur travail. Ce pourcentage augmente même à 33,2% pour les infirmières interrogées qui travaillent dans le milieu hospitalier. Cette même étude fait état d'un taux de dépression de 9,6 % (11% au Québec) chez les infirmières dans les 12 mois précédant l'enquête, mais également du fait que les infirmières ont une auto-évaluation de leur état de santé mentale moins positif que la population générale. Enfin, selon l'étude, 6% des infirmières affirment avoir une santé mentale passable ou mauvaise comparativement à 4% dans la population (Shields & Wilkins, 2006, p. 49 et 61-62). Corroborant certains résultats de l'ENTSP, certains auteurs canadiens soulignent que « *66% of new nurses with less than 2 years' tenure have been found to experience symptoms of burnout, mental exhaustion, and depression* » (Cho, Laschinger, & Wong, 2006).

Au Québec, une première enquête d'importance<sup>31</sup> menée en 1994 et 1995 a mis au jour notamment que 28 % des infirmières en 1994 et 32% des infirmières en 1995 ont indiqué ressentir un niveau de détresse psychologique élevé. Le questionnaire distribué lors de la deuxième mesure a aussi permis de constater que 3% des répondantes indiquaient être en

<sup>28</sup> L'article de Randall Andrews et Wan a été basé sur un échantillon des données de la « *National Survey of Nurses* » réalisée en 2001. Dans le cadre de cette enquête, 1235 infirmières ont reçu un questionnaire auto-administré par la poste, mais seulement 308 ont retourné le questionnaire complété, ce qui donne un taux de participation d'à peine 25% (2008, p. 343-344).

<sup>29</sup> L'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI) est la première enquête pancanadienne du genre. 18 000 infirmières ont répondu au questionnaire qui leur a été transmis et qui traitait de leurs conditions de travail, des défis liés à leur travail ainsi que de leur état de bien-être physique et mental. Le taux de réponse à cette enquête était de près de 80%.

<sup>30</sup> Les auteurs utilisent le terme tension au travail même dans la traduction française du document, ce terme est néanmoins généralement traduit dans la plupart des ouvrages par la détresse psychologique au travail. NDLA.

<sup>31</sup> Cette enquête comprenait un volet qualitatif et quantitatif et a été menée auprès de 3065 infirmières détentrices de poste à temps complet ou partiel et réparties dans six centres hospitaliers de quatre villes du Québec soit Chicoutimi, Montréal, Québec et Sherbrooke. Les données ont été recueillies en deux temps de mesures soit en 1994 et 1995, pour un taux de participation de 61,7% lors de la première mesure et 79% lors de la deuxième mesure.

dépression, mais également que 5% des répondantes indiquent avoir consommé des médicaments psychotropes (Bourbonnais et al., 1997, p.11-12-37-38)<sup>32</sup>.

Une autre enquête<sup>33</sup> menée auprès d'infirmières de la région de Québec par l'équipe RIPOST à partir de 1997, suite donc aux changements importants survenus dans le réseau de la santé<sup>34</sup>, a permis d'obtenir des constats similaires. Cette enquête a consolidé les résultats de 1995 en montrant que le niveau de détresse psychologique chez les infirmières sondées était de 41% en 1997, puis de 36% en 1998, ce qui était donc plus élevé que les niveaux observés en 1994 et 1995 lors de l'enquête précédente. L'enquête a également permis de montrer qu'en 1997 12% des infirmières considèrent que leur santé mentale est moyenne ou mauvaise, alors que ce pourcentage augmentera à 16% lors de la mesure de 1998. Cette enquête indique enfin qu'entre 2007 et 2008 la consommation de médicaments psychotropes est passée de 5 à 8%, la consommation d'alcool de 6,5 à 9,3% et pour finir que les consultations pour motifs de problème de santé émotive ou mentale à augmenté de 16 à 19 % (Bourbonnais *et al*, 1998, p.23-24; Bourbonnais *et al*, 1999, p.143-144; Bourbonnais, Malenfant, Romaine, Viens, Vézina, Brisson, Laliberté et Sarmiento, 2000c, p.12-13).

Le Rapport Clair ou rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux pose, en 2000, un diagnostic grave de l'état de santé organisationnel du système de santé et de ses ressources humaines. À cette époque, le Commissaire souligne que « la détresse psychologique est [...] passée en tête des causes d'absentéisme chez le personnel et les coûts de l'assurance-salaire ont augmenté de 25% de 1993 à 1999, surtout

---

<sup>32</sup> Pour plus de détails, consulter également Bourbonnais, R, Comeau, M, Vézina, M. (1999). « *Job strain and evolution of mental health among nurses* ». *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 4, no. 2, pages 95-107.

<sup>33</sup> Cette enquête, qui a fait l'objet de nombreuses publications, comprenait également un volet quantitatif et un autre qualitatif, et a été conduit auprès de 2602 infirmières offrant des soins infirmiers et détentrices de poste à temps complet ou partiel au sein de 13 établissements (CHSCD, CHSLD ou CLSC) de l'agglomération de Québec. Les données de cette enquête ont été recueillies à trois reprises soit en 1997, 1998 et 2000. Le taux de participations pour le volet quantitatif a été de 77% (2006 répondantes) alors que le taux global de participation pour l'ensemble des volets a avoisiné les 70%.

<sup>34</sup> Se référer aux sections 1.1.1 ou 1.1.3.1 pour un portrait de l'évolution du système de santé et de la profession infirmière dans les années 1990.

en raison de la hausse des problèmes de santé mentale liés à l'épuisement professionnel et à la dépression » (Gouvernement du Québec, 2000, p.112-113).

Alors que le Rapport Clair faisait toujours l'objet de discussions dans les arènes publique et politique, l'équipe RIPOST a poursuivi ses travaux suite au succès des enquêtes menées entre 1995 et 1998 et décrites précédemment. En 2001 et 2003, deux nouvelles enquêtes<sup>35</sup> ont été menées afin d'évaluer les effets d'une intervention participative<sup>36</sup> visant à prévenir les problèmes de santé mentale au sein de centres hospitaliers et de centre de soin de longue durée<sup>37</sup>. En 2000, pour les CHSGS, le niveau de détresse psychologique observé était de 31%, 11,2% ont indiqué avoir un état de santé général moyen ou médiocre et enfin 7,4% des répondants ont fait état d'avoir eu une consultation médicale pour des motifs de santé émotionnelle ou mentale dans les deux semaines précédant la passation du questionnaire. Après l'intervention, en 2002, le groupe expérimental a fait état d'une diminution du niveau de détresse psychologique de 29,8% à 27,5%<sup>38</sup>. Pour les CHSLD, le niveau de détresse psychologique observé en 2000 était de 44,2% et de 10,3% en ce qui concerne l'état de santé général moyen ou médiocre. Après l'intervention, en 2002, le groupe expérimental a

<sup>35</sup> Cette enquête comprenait une mesure pré-intervention, en 2001, et une autre mesure post-intervention, en 2003. L'enquête comprenait également deux volets, l'un qualitatif, l'autre quantitatif, et a été menée auprès de deux centres hospitaliers (n= 1110) et quatorze centres d'hébergement de soins de longue durée de la région de Québec (n=872). Le taux de participation pour l'ensemble des établissements de soins visé était de 73%, tous les établissements ayant obtenu un niveau de participation sous les 70% ayant été retiré de l'étude par souci de validité des résultats.

<sup>36</sup> Cette démarche participative vise « la prévention primaire des problèmes de santé mentale reliés au travail chez les soignants par une diminution des contraintes de l'environnement psychosocial » (Bourbonnais, Vézina, Durand, Viens, Brisson, Vinet, Gauthier, Lavoie-Tremblay, Alderson, Dicaire, Ouellet, Boudreau-Lévesque et Harvey, 2003, p.8). Le modèle d'intervention consiste d'abord à susciter l'adhésion et l'engagement du milieu tant au niveau de la direction de l'établissement que des syndicats et à concrétiser cet engagement notamment par la création d'un groupe d'intervention issu du milieu de travail et représentatif de celui-ci. Ensuite, la deuxième étape consiste à identifier les contraintes présentes dans l'environnement de travail, laquelle tâche est confiée au groupe d'intervention. L'étape suivante consiste à élaborer un plan d'action, toujours en impliquant le groupe d'intervention, afin de résoudre les problématiques identifiées et proposer des pistes de solution. La quatrième étape est celle où il faut implanter les plans d'action proposés par le groupe d'intervention et enfin, la dernière étape consiste à faire l'évaluation de cette intervention globale (*Idem*, p. 8 à 13).

<sup>37</sup> Il est nécessaire de préciser ici que de nombreuses publications ont découlé de cette étude, certaines présentant les résultats uniquement pour les CH ou pour les CHSLD. Il a été choisi de ne présenter ici que les articles ou documents de recherche qui traitaient à la fois des données pour les deux types d'établissements de santé. Précisons néanmoins que dans deux articles publiés en 2006 dans la Revue *Occupational and Environmental Medicine* (Vol. 63, No. 5, p.326-342), les auteurs font état de résultats plus concluants de cette intervention participative dans les CHSGS pour diminuer les facteurs de l'environnement psychosocial associés à la détresse psychologique. Les auteurs précisent toutefois que cette intervention n'a pas permis de constater une diminution significative de la détresse psychologique.

<sup>38</sup> Différence non significative,  $p = 0.3994$ .

fait état d'une diminution du niveau de détresse psychologique de 44,9% à 42,3%<sup>39</sup>. Les auteurs précisent que bien que l'intervention prodiguée n'ait pas donné de résultats significatifs étant le court laps de temps entre les mesures (12 mois d'intervalle), les impacts à plus long terme de cette intervention et ses suites risquent de donner des résultats plus probants (Bourbonnais et al., 2003, p.19-20;26;32-33;36).

S'inscrivant dans la même lignée que les travaux amorcés par le groupe RIPOST, les travaux de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs<sup>40</sup> ont à leur tour permis de constater que la détresse psychologique chez les infirmières, plus particulièrement les jeunes infirmières, n'avait pas diminuée entre 2002 et 2006. Les résultats présentés dans cette étude font état d'une prévalence de détresse psychologique élevée de 43,4% dans l'échantillon analysé (Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, Gélinas, Desforges et Marchionni, 2008b, p. 294).

Encore plus récemment, des chercheurs de l'Université Laval<sup>41</sup> ont également repris le questionnaire utilisé par le groupe RIPOST pour évaluer la situation des infirmières travaillant dans les unités de soins critiques. Les résultats de leur enquête amènent un constat frappant : 54,6% des répondantes affirment avoir une détresse psychologique élevée (Lapointe, Dallaire, Ouellet et Bagilishya, 2007, p.3).

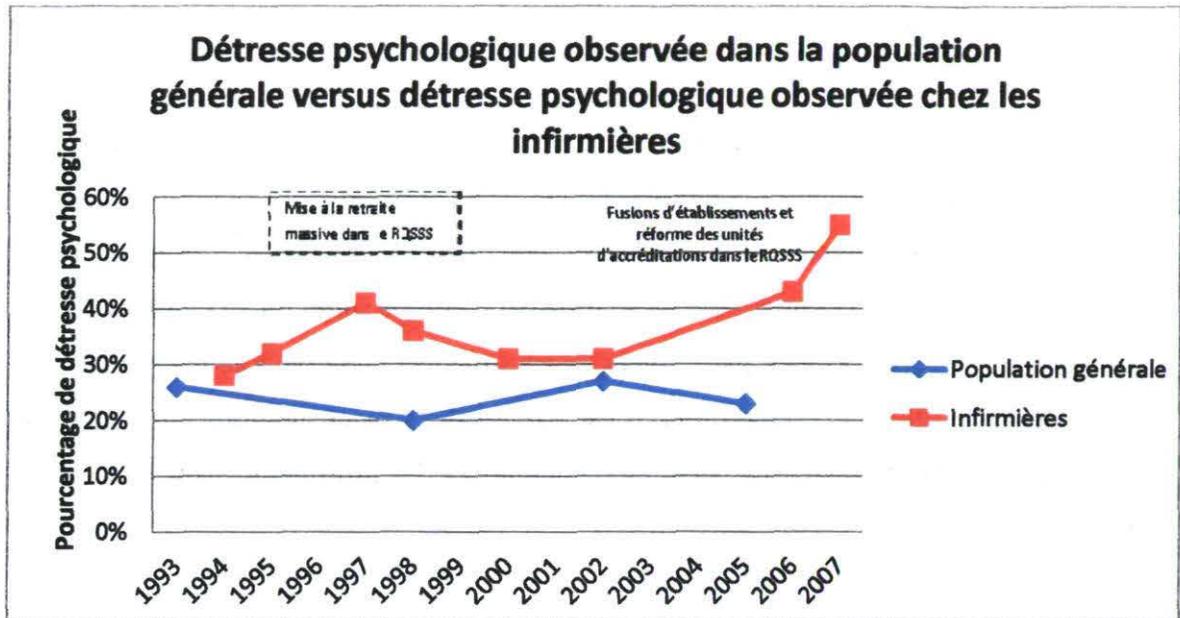
Du fait que l'ensemble des études présentées dans les dernières pages ont utilisé le même instrument de mesure de la détresse psychologique, soit le Psychiatric Symptom Index (PSI), il est possible de comparer les résultats et d'observer une tendance lourde depuis 1995 (voir graphique page suivante) quant à la prévalence de détresse psychologique dans la population infirmière : celle-ci augmente et tend à augmenter plus rapidement que le niveau de détresse observé dans la population générale.

<sup>39</sup> Différence non significative,  $p = 0.5078$ .

<sup>40</sup> Cette enquête, qui a fait l'objet de deux publications distinctes, était uniquement quantitative. Des questionnaires autoadministrés ont été envoyés par la poste à 1002 infirmières qui répondaient aux critères suivants : être membre de l'OIIQ, être âgée de moins de 24 ans en date du 1<sup>er</sup> août 2005, être francophone, travailler dans le secteur public de santé québécois, avoir suivi une formation d'infirmière au Québec et avoir reçu une attestation professionnelle au cours de l'année 2004. Les données de cette enquête ont été recueillies au début de 2006. Le taux de participation a été de 32,1% (309 répondantes).

<sup>41</sup> Cette enquête qui comprenait un volet quantitatif et un volet qualitatif a été menée en 2007 dans un centre hospitalier de la région de Québec. Le questionnaire a été distribué en 2007 à 520 infirmières et le taux de réponse a été de 64% (332 répondants).

Graphique 1.



Loin de pouvoir parler de lien de cause à effet, il faut souligner aussi que deux événements d'importance, le premier étant le départ massif d'infirmières à la retraite en 1997 (environ 4000 infirmières et 1800 infirmières auxiliaires) et l'autre la fusion des établissements et la réforme des unités d'accréditation en 2003, ont tous deux été suivi ou accompagné d'une hausse marquée du niveau de détresse psychologique observé chez les infirmières recensées dans les études. La hausse observée depuis la mesure de 2006 semble par ailleurs se maintenir dans le temps.

Le niveau de détresse observé chez les infirmières vient consolider un des postulats de la présente recherche à l'effet qu'il est primordial d'observer, dans l'analyse des causes du roulement du personnel chez les infirmières, le lien potentiel avec la détresse psychologique. Néanmoins avant de se pencher plus particulièrement sur le lien entre détresse psychologique et roulement de personnel, un état de la situation quant à l'ampleur du problème de rétention chez les infirmières, de même qu'un bref survol des causes déjà identifiées à cette problématique s'avère nécessaire.

### 1.1.5 L'ampleur du problème de pénurie des infirmières dans les hôpitaux au Québec et ailleurs dans le monde.

« Pénuries de professionnels au Québec : l'urgence d'agir rapidement », voici ce qui apparaissait en premier titre à la section « actualité économique » du journal *Le Soleil* le 19 mai 2010. Signe que la pénurie fait toujours couler beaucoup d'encre, l'auteur y énonce que 20 des 51 professions réglementées au Québec manquent de personnel... et qu'elles sont toutes dans le secteur de la santé. Loin de se résorber, cette situation ira en empirant à partir de 2013 selon ce qui est avancé par l'auteur. Si les médias rapportent ce genre de propos régulièrement, la littérature scientifique n'est pas en reste et un nombre impressionnant d'articles traitent de la pénurie de personnel, notamment des infirmières, dans le milieu de la santé.

La situation préoccupante vécue au Québec en regard de l'état des effectifs infirmiers n'est pas un cas d'exemption. Plusieurs pays industrialisés vivent une situation de pénurie similaire, tel que le démontrent plusieurs études dont celle menée en 2004 par Aiken, Buchan, Sochaiski, Nichols ainsi que Powers et intitulée « *Trends In International Nurse Migration* ». C'est notamment le cas des États-Unis, lequel prédisait un manque de 275 000 infirmières en 2010<sup>42</sup>, du Royaume-Uni qui prévoyait un manque de 53 000 infirmières en 2010, de l'Irlande qui estimait un manque de 10 000 infirmières pour 2008, le Canada qui dans son ensemble évalue le manque d'infirmière à 78 000 pour 2011 et enfin l'Australie qui prévoyait un manque de 40 000 en 2010 (p.70). La France, la Belgique et la Suisse ne seraient pas en reste et étaient déjà aux prises avec des pénuries en 2004 (Bauman, Blythe, Kolotylo et Underwood, 2004, p. 19). La pénurie ne se limiterait pas qu'à ces pays, mais toucherait également la Nouvelle-Zélande, les Philippines, l'Europe de l'Ouest ainsi que certains pays africains et d'Amérique du Sud en général (Baumann *et al.*, 2004, p.19).

Fait important à noter, cette situation de pénurie n'est cependant pas présente dans certains pays comme l'Espagne et la Finlande ou encore parmi certains pays asiatiques ou africains

---

<sup>42</sup> L'Association américaine des infirmières a d'ailleurs souligné une fois de plus l'importance d'agir promptement pour contrer la pénurie de personnel à la suite de la publication d'une consultation menée en 2009 auprès de 15 000 infirmières états-uniennes qui montrait que 7900 répondantes affirmaient vouloir quitter leur poste et que de ces 7900 répondantes, 6300 soulignaient que la principale cause de ce désir de quitter était les sous effectifs chroniques dans les milieux de travail (American Nurse Association, 2009).

où la situation est à l'opposée et où on y enregistre des surplus importants d'effectifs infirmiers. Il en résulte donc un important flux migratoire des pays avec des surplus vers les pays avec des situations de pénurie (Aiken et al., 2004, p.70-71; Baumann *et al*, 2004, p.19).

Tableau 1. Nombre d'infirmières membre de l'OIIQ

<b>TABLEAU 1 NOMBRE D'INFIRMIÈRES INSCRITES AU TABLEAU, 2004-2005 À 2008-2009</b>			
<b>Tableau</b>	<b>Nombre</b>	<b>Variation</b>	<b>%</b>
➤ 2004-2005	67 792	837 <sup>b</sup>	1,3
➤ 2005-2006	68 754	962	1,4
➤ 2006-2007	69 765	1 011	1,5
➤ 2007-2008	70 181	416	0,6
➤ 2008-2009	70 587	406	0,6

Tableau tiré de l'OIIQ, 2009, p.17

À l'instar du reste du Canada, le Québec a vu, depuis les années 1990, son nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires diminuer considérablement, passant même d'une situation de surplus, à une situation de pénurie au tournant des années 2000 (Dussault, Fournier, Zanchetta, Kérouac, Denis, Bojanowski, Carpentier et Grossman, 2004, p. 253; MSSS, 2001, p. 27). Si le nombre de nouvelles infirmières semble suivre de nouveau une courbe positive depuis 2003, le nombre d'infirmières admissibles pour la retraite continue d'augmenter (Institut canadien d'information sur la santé, 2007, p. 9;12;19-20). Loin de se résorber donc, cette situation de pénurie est toujours bien réelle et risque de perdurer dans les dix à quinze prochaines années tant chez les d'infirmières que les infirmières auxiliaires (Lévesque, 2006, p. 3 et 6; OIIQ, 2007, p. 5). Le ministère de la Santé et des Services sociaux indiquait d'ailleurs en 2007 qu'il prévoyait un manque de 1867 infirmières pour l'année d'occurrence, de 7 300 pour l'année 2012 et de 23 000 pour l'année 2022. Moins alarmiste, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) estime néanmoins que la pénurie était, en 2010, de 4000 infirmières et sera de 15 000 d'ici 10 ans (Champagne, 2010). Lorsqu'on considère uniquement le cas des infirmières auxiliaires du Québec, la situation n'est guère plus reluisante. L'Ordre des infirmières et infirmiers

auxiliaires du Québec estime en effet que la pénurie actuelle d'infirmières va perdurer jusqu'à l'horizon 2016, alors que le taux de départ annuel moyen parmi les nouveaux effectifs infirmiers est de l'ordre de 20% (Lévesque, 2006, p. 3 et 6)<sup>43</sup>.

Graphique 2. Entrées et sorties du Tableau de l'OIIQ<sup>44</sup>

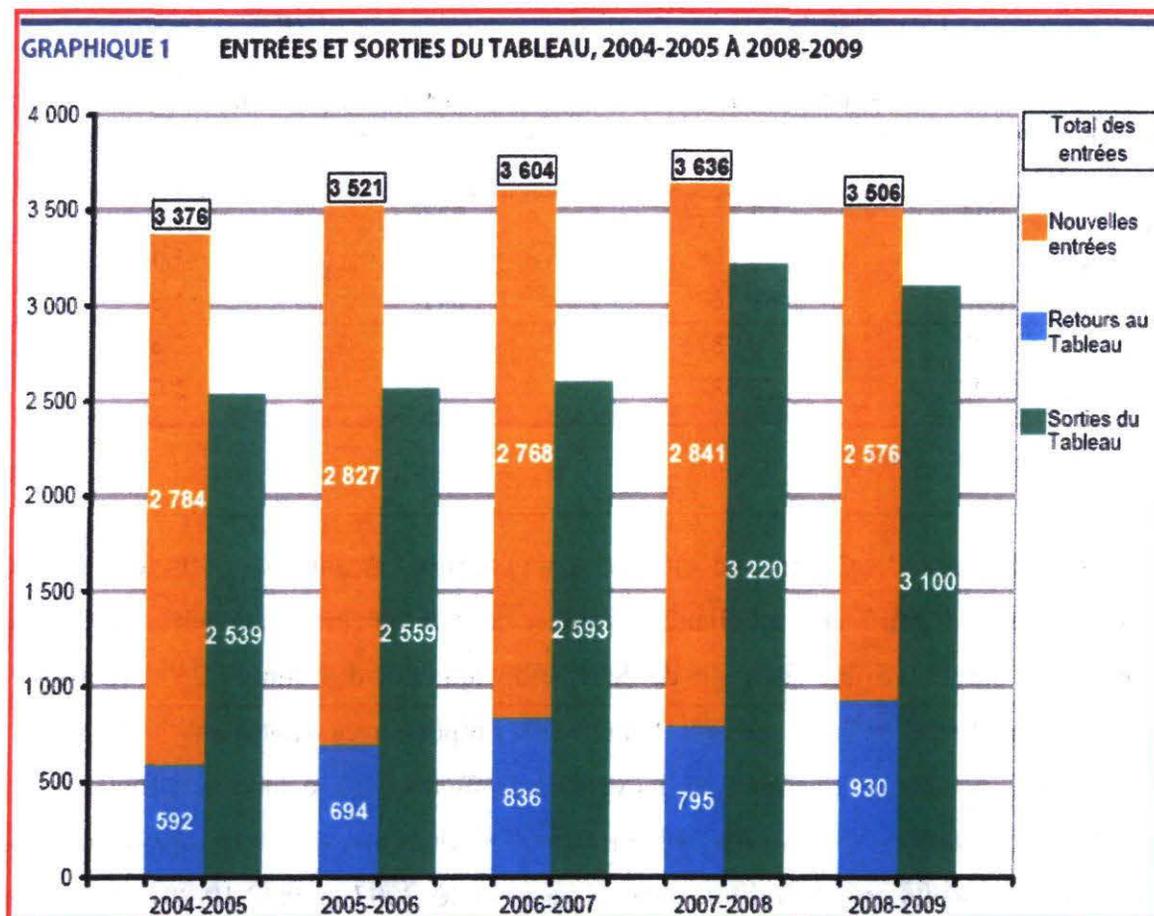


Tableau tiré de l'OIIQ, 2009, p.18

<sup>43</sup> Le rapport de recherche de Lévesque (2006) intitulé « Estimation de l'évolution de l'effectif de l'OIIAQ de 2006-2007 à 2015-2016 » dresse un portrait exhaustif de la population d'infirmières auxiliaires et de l'étendue de la pénurie d'infirmières auxiliaires dans le temps.

<sup>44</sup> Dans ce tableau, l'OIIQ stipule que les entrées dans le tableau correspondent aux « membres inscrits au Tableau au cours d'une année, mais qui n'étaient pas inscrits l'année précédente; [celles-ci peuvent être] de nouvelles entrées (première fois au Tableau) ou des retours au Tableau (si les membres ont déjà été inscrits lors d'une année antérieure) » (2009, p.9). En ce qui concerne les sorties, cela concerne les « membres inscrits au Tableau au cours d'une année mais qui ne s'y réinscrivent pas pour la totalité de l'année suivante; les membres qui ne renouvellent pas leur inscription au 31 mars mais qui se réinscrivent avant le 31 mars de l'année suivante ne sont pas considérés comme sortis du Tableau » (OIIQ, 2009, p.9). L'OIIQ ne précise toutefois pas les motifs de retrait du Tableau de l'Ordre dans son tableau de la page 18. Néanmoins, le formulaire d'inscription à l'Ordre demande aux infirmières qui quittent leur emploi d'infirmière dans le domaine de la santé de préciser les motifs de retraits tels que retraite, études, exercice de la profession hors du Québec, motifs personnels, occupation d'un emploi d'infirmière dans un autre domaine, à la recherche d'emploi ou occupation d'un emploi autre que celui d'infirmière (*Idem*, p. 54)

Malgré les chiffres qui indiquent des problèmes importants au niveau des effectifs infirmiers, Baumann et ses collaborateurs (2004) soulignent que d'autres facteurs doivent être pris compte et qu'un simple dénombrement des effectifs afin d'estimer l'écart entre l'offre et la demande est restrictif (p.20)<sup>45</sup>. L'éventail des qualifications du personnel, les différences entre les spécialisations (urgence, unités de soins intensifs), les secteurs de soins de santé (soins hospitaliers, soins à domicile, soins communautaires, etc.) ainsi que les statuts d'emploi sont à considérer. Les lieux de pratiques également, car il existe des disparités locales ou régionales sur le marché du travail.

Dans certains pays, on dénote que certaines spécialités ou alors certains postes situés dans des régions éloignées sont plus difficiles à combler. Les modalités de travail comme le nombre de postes à temps plein disponible, le recours excessif aux occasionnels, aux agences de placement privées sont également des éléments qui peuvent influencer sur le manque de personnel. En Belgique par exemple, on compte un nombre suffisant d'infirmières pour combler les besoins du système de santé, mais une grande proportion travaille à temps partiel, et ce, malgré la pénurie (p.21)<sup>46</sup>. Un dernier élément souligné par Baumann est le fait de confier aux infirmières l'exécution de tâches non liées aux soins infirmiers ce qui nuit au temps consacré aux patients et peut « accroître faussement la pénurie signalée au Canada et en Allemagne » (p.21).

#### 1.1.6 Les causes du problème de pénurie des infirmières dans les hôpitaux au Québec et ailleurs dans le monde

Cela nous amène à traiter des causes de la pénurie. Il a été soulevé ici haut que divers facteurs pouvaient expliquer une partie de cette problématique, mais également que certains

<sup>45</sup> À l'instar de Baumann *et al.*, Dallaire, O'Neill, Lessard et Normand (2005) exposent de façon juste les difficultés liées au calcul de l'offre et de la demande en effectifs infirmiers au Québec. Le calcul de la demande s'avère être une opération complexe, rendue difficile principalement par l'impossibilité de « standardiser » le travail d'une infirmière typique. On se voit obligé d'estimer le nombre de postes vacants, de consulter le nombre d'heures supplémentaires effectuées et d'estimer l'évolution de la demande en soins infirmiers, demande qui fluctue en fonction d'une panoplie de facteurs. De son côté, le calcul de l'offre est rendu plus difficile par les pratiques de découpage de postes à temps complet en postes à temps partiel. S'ajoute à cela un aspect qualitatif lié à l'embauche de nouveau personnel inexpérimenté pour remplacer les infirmières expérimentées parties massivement en 1996 (p.316-319).

<sup>46</sup> Sans être identique, la situation observée au Québec montre qu'un nombre important d'infirmières et d'infirmières auxiliaires travaillent à temps partiel ou à titre d'occasionnelle. Se référer aux chiffres fournis par l'OIIQ et l'OIIAQ à la section 1.1.3.3.

facteurs l'auraient amplifiée. Ce constat étant fait, il n'en demeure pas moins qu'une pénurie subsiste, car les gestionnaires des systèmes de santé de plusieurs pays éprouvent des problèmes à combler leurs besoins en main-d'œuvre.

Si l'on se réfère à nouveau à Aiken et ses collaborateurs, leur étude exploratoire de 2004 souligne que plusieurs pays sont tout simplement incapables de former, attirer et retenir un personnel infirmier suffisant pour répondre aux besoins de leur système de santé. Cela pousse ces pays à aller recruter un nombre important de candidats<sup>47</sup> dans des pays étrangers, généralement des pays en voie de développement, lesquels voient leur système de santé paralysé par le départ massif d'infirmiers et d'infirmières. Un autre constat d'Aiken et ses collaborateurs est que l'environnement de travail des infirmières dans certains pays industrialisés est souvent déficient sur plusieurs aspects, ce qui explique une partie du problème de pénurie (Aiken *et al.*, 2004, p.70-71;76-77). Ce dernier point rejoint d'ailleurs les propos de Baumann et ses collaborateurs, qui soulignent que les taux de vacance élevés ne seraient pas uniquement dus au manque de personnel qualifié, mais aux piètres conditions de travail ou aux modalités de travail déficientes qui pousseraient bon nombre d'infirmières à travailler dans d'autres secteurs d'emploi. Il est possible de prendre comme exemple le nombre d'infirmières qui occupent des emplois à temps partiel et même à temps plein dans d'autres secteurs qui serait, toujours selon Baumann *et al.*, très élevé dans certains pays comme la Norvège et les États-Unis (jusqu'à 500 000 aux États-Unis) (2004, p.20-21).

Bref, si la situation au niveau international n'est pas identique à celle observée au Québec, des constats tout à fait comparables à ceux d'autres pays occidentaux peuvent être faits. Dans les pays qui sont aux prises avec une importante pénurie, celle-ci serait explicable notamment par un renouvellement insuffisant de la force de travail, par des facteurs de l'environnement de pratique qui rendraient difficile voire impossible de maximiser la productivité des infirmières et enfin du manque de moyens financiers pour embaucher un nombre suffisant d'infirmières (O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.170).

---

<sup>47</sup> De 4 à 23 % des effectifs totaux selon les pays sondés dans l'étude (p.70).

Les constats de certains chercheurs, dont Baumann et ses collaborateurs, qui sont à l'effet que des conditions de travail moins attractives contribueraient à l'aggravation de la pénurie d'infirmières trouvent écho au Québec, notamment auprès de la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ), selon laquelle « la crise [vécue dans le réseau de la santé et des services sociaux] est due en bonne partie à la pénurie d'infirmières. Et cette pénurie ne se réglera pas si les conditions dans lesquelles elles travaillent ne sont pas corrigées et améliorées » (La Presse Canadienne, 2010). Ce constat est d'ailleurs repris par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) qui soutiennent la position défendue par la FIQ et vont même jusqu'à énoncer que « sans conditions de travail adéquates pour le personnel infirmier, il n'y aura pas de disponibilité et d'accessibilité aux lits de soins critiques et pas de soins médicaux de pointe en temps opportun » (Rioux Soucy, 2010).

Comme le rapporte Dallaire et ses collaborateurs (2005, p.319), le MSSS arrivait déjà à un constat similaire dans son livre blanc en 1990 : « si la profession d'infirmière présente aujourd'hui moins d'attrait, c'est que les conditions de travail se sont détériorées au cours des ans ». Cette détérioration se refléterait notamment dans l'alourdissement de la charge de travail qui, bien que difficile à quantifier, est palpable lorsqu'on considère la diminution des ressources infirmières, l'augmentation de la lourdeur de la clientèle ainsi que la complexification et l'intensification de la tâche liée à l'introduction de nouvelles thérapies et de nouvelles technologies. La gestion des postes infirmiers serait également en cause, notamment en ce qui concerne l'impact du temps partiel. Il a déjà été mentionné précédemment qu'une grande proportion d'infirmières travaillent à temps partiel. Cela est dû d'une part au découpage des emplois d'infirmières tels que régi par les conventions collectives, mais aussi par la nature même du travail infirmier qui implique une disponibilité sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre (Dallaire *et al.*, 2005, 320-324).

S'il semble donc que les conditions de travail ont un impact sur la pénurie d'infirmières, un événement historique d'importance y a contribué énormément. Le système de santé québécois a subi une restructuration majeure suite à la refonte des orientations et de

l'organisation des services publics après la crise économique des années 1990 comme le souligne Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina et Côté<sup>48</sup> dans un rapport de recherche ayant pour objectif de dresser un portrait global de « l'intensité du changement qui a secoué le réseau de la santé, [...], des réactions des infirmières qui ont été directement touchées [...] et enfin, du regard qu'elles posent sur leur profession et sur l'exercice de leur métier » (2000b, p. 4-5). Cette restructuration a eu plusieurs conséquences, dont entre autres, le départ à la retraite, grâce au programme de retrait volontaire, de plus de 4000 infirmières entre 1994 et 1998; ce qui a fait passer les effectifs infirmiers de la province de 64690 à 59342 pratiquants (OIIQ, 2000, p.3). Cette baisse drastique des effectifs ainsi que la restructuration générale du système de santé a indéniablement eu un impact sur cette problématique. Malo rapporte notamment dans sa thèse un témoignage éloquent d'une ancienne présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, qui soulignait que dans les années suivant les coupes budgétaires et les départs à la retraite, les gestionnaires des hôpitaux ne remplaçaient pas les postes laissés vacants au fur et à mesure des départs, ce qui a provoqué une déstabilisation des équipes de travail et une surcharge de travail puisqu'il manquait des effectifs (2001, p.374-375).

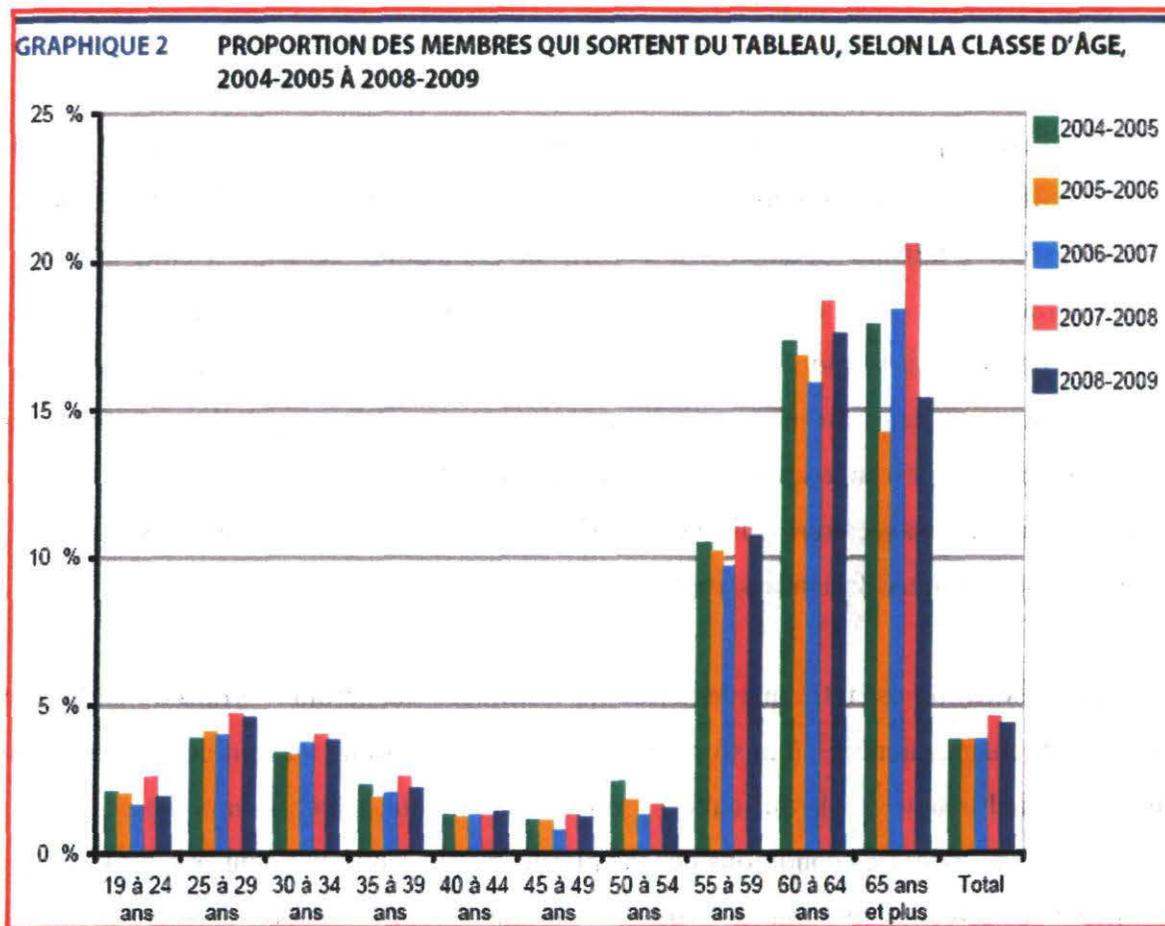
L'ensemble des éléments mentionnés précédemment a donc un impact sur la capacité de la profession d'attirer et de retenir ses effectifs, avec pour conséquence principale l'aggravation, ou du moins, la non-correction de la pénurie de personnel. Le manque criant de relève infirmière est une pièce importante de ce casse-tête pour les gestionnaires du Réseau de la santé et des services sociaux. Il y a néanmoins des signes encourageants puisque l'on observe qu'au Canada en général, le nombre d'admissions dans les programmes de formation en infirmerie a augmenté de 43% entre 1998 et 2001 selon le *Advisoy Committee Health Delivery and Human Resources* (Lavoie-Tremblay et al. 2008b, p.290). Les chiffres de l'OIIQ et de l'OIIAQ montrent une progression des nouvelles

---

<sup>48</sup> Le rapport de recherche de Bourbonnais et collaborateurs intitulé « Le travail infirmier sous tension : Une approche compréhensive de travail infirmier en période de transition » est basée sur des entretiens individuels avec une quarantaine d'infirmières ainsi que sur une dizaine d'entrevues de groupe réalisées entre octobre 1998 et mai 1999.

entrées dans la profession dans les dernières années<sup>49</sup>. Cependant, ces chiffres encourageants sont quelque peu dilués par le roulement élevé chez les jeunes infirmières.

Graphique 3. Proportion des membres de l'OIIQ quittant leur profession



Tiré de l'OIIQ, 2009, p.19

Selon Lavoie-Tremblay, une étude menée aux États-Unis en 2005 indiquait que 30% des nouvelles infirmières quittent leur situation initiale durant leur première année de service, alors que 57% quittent dans les deux premières années. Au Canada, ce serait 38% des infirmières qui quitteraient dans la première année suivant leur diplomation (2008b, p.291). Le Québec n'est pas en reste puisqu'une étude récente montre que 61.5% des nouvelles infirmières auraient l'intention de quitter leur poste actuel pour un autre emploi en soins infirmiers et alors que 12,6% voudraient carrément quitter leur profession (Lavoie-

<sup>49</sup> Se référer à la section 1.1.3.3 pour plus de détails.

Tremblay, O'Brien-Pallas, Gélinas, Desforges et Marchionni, 2008a, p.729;731). Cela se reflète d'ailleurs dans le tableau 3 fourni par l'OIIQ qui montre, dans des proportions moindres que celles avancées ci-haut, qu'après les infirmières de plus de 55 ans, ce sont les infirmières âgées entre 25 et 34 ans qui ont les taux de départ de la profession les plus élevés.

Un autre élément qui fait pâlir les données encourageantes sur les entrées dans la profession est le vieillissement de la population. Le défi que représente le vieillissement de la population est d'ailleurs double. D'une part, la population générale vieillit et exige conséquemment des soins de plus en plus importants ce qui exerce sur pression sur la demande de soins infirmiers. D'autre part, les professionnels de la santé, dont font évidemment partie les infirmières, vieillissent également. Cela qui implique qu'un bon nombre de celles-ci seront admissibles à la retraite dans les prochaines années. Les départs iront d'ailleurs en s'accéléralant puisque le vieillissement des infirmières n'a pas été freiné malgré les départs massifs à la retraite (OIIQ, 2000, p.6).

En bref, la situation est telle que les effectifs infirmiers stagneront<sup>50</sup> vraisemblablement dans les prochaines années dû aux nombreux départs à la retraite au sein de la population infirmière vieillissante et à la difficulté à former des nouveaux effectifs en nombre suffisant (OIIQ, 2007, p. 5-7). Les conditions de travail qui se détériorent n'aident pas à attirer et à maintenir des effectifs en nombre suffisant. Pourtant, le portrait dressé dans les dernières pages montre bel et bien que si l'une des clés afin d'améliorer la situation est certes d'attirer de nouvelles recrues dans cette profession, une autre clé est qu'il est absolument capital de s'assurer que les effectifs en place ne quittent pas leurs postes. Les coûts liés à un tel exode, puisque cela aggraverait la pénurie, seraient très importants tant sur les plans financier qu'humain.

## 1.2 Les coûts du roulement de personnel infirmier

Dans le contexte actuel où les gestionnaires du système de santé québécois doivent déployer des efforts colossaux pour combler les besoins en main-d'œuvre infirmière, il

---

<sup>50</sup> Le MSSS parle également d'une décroissance de l'effectif infirmier à partir de 2016 (OIIQ, 2007, p. 5).

apparaît nécessaire de souligner l'impact du manque d'infirmières tant pour les infirmières elles-mêmes, que pour les patients et l'ensemble du réseau de santé. Si certes, le roulement de personnel chez les infirmières peut être vu « *as contributing to the positive growth of an organization through the renewal of personnel, the infusion of new ideas, and the introduction of new practices* », il existe un consensus global dans la littérature sur les effets indésirables, sur les plans monétaire et humain, du roulement élevé de personnel infirmier (O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.169-170). En se basant notamment sur une imposante revue de littérature<sup>51</sup> effectuée par Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes, Spence Laschinger, North et Stone (2006), ainsi que sur quelques recherches plus récentes ou plus ancrées dans le contexte québécois, il est possible de dégager un certain nombre de constats cruciaux sur les impacts du roulement, lesquels seront énumérés dans les prochaines pages.

### 1.2.1 Impacts sur le personnel infirmier

Premier constat important : les infirmiers et infirmières subissent de plein fouet l'impact du problème de rétention de personnel. Hayes et ses collaborateurs (2006, p.245) font ressortir que le manque de personnel a des effets négatifs sur le bien-être au travail et sur la satisfaction au travail, mais a aussi pour conséquences d'augmenter le nombre d'heures supplémentaires travaillées ainsi que les absences au travail pour cause de maladie<sup>52</sup>. Rapportant les résultats d'études réalisées sur les infirmières, certains auteurs indiquent également que le manque de personnel et l'augmentation de la charge de travail qui en découle a comme impact que le tiers des infirmières éprouvent une plus grande fatigue émotionnelle et expriment un plus grand nombre de plaintes pour des problèmes musculo-squelettiques (Hayes *et al.*, 2006, p.245), de même que des blessures au cou, une plus grande insatisfaction au travail, ainsi qu'un niveau de stress au travail plus élevé (O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.172). Certaines études montrent également que dans les hôpitaux ayant un ratio patient/infirmières plus élevé, les infirmières verraient leur risque de

<sup>51</sup> L'article de Hayes et collaborateurs (2006) intitulé « *Nurse turnover: A literature review* » est une revue de littérature basée sur 130 articles de langue anglaise portant sur le roulement de personnel ou l'intention de quitter de différentes populations d'infirmiers et d'infirmières travaillant dans des hôpitaux, des unités de soins de longue durée ou de soins communautaires. Les articles couverts dans cette revue de littérature sont ceux publiés entre 1991 et 2004.

<sup>52</sup> Au Canada, le taux d'absentéisme chez les infirmières serait 83% plus élevé que le taux d'absentéisme dans le reste des travailleurs à temps plein (O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p. 172)

développer des problèmes d'épuisement professionnel doubler (Aiken et al., 2002, p. 1987, cité dans Vézina, 2006, p. 43). D'autres auteurs soulignent que l'impact du roulement de personnel pour les infirmières qui restent en poste est l'augmentation de la pression au travail ainsi que la diminution de leur moral (Coomber et Barriball, 2007, p. 298).

Bien que datant de près d'une dizaine d'années, l'étude réalisée par l'OIIQ en 2001 et portant sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec, dresse un portrait toujours pertinent de la situation des infirmières, notamment dans des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés<sup>53</sup>. En effet, il convient de présenter quelques conclusions et faits saillants de cette étude qui a été réalisée pour la période 1996-2000, période où le départ massif d'infirmières a donné lieu rapidement à une pénurie de personnel qualifié. À cette époque, le nombre d'heures de temps supplémentaire pour les infirmières, les infirmières cliniciennes et les infirmières auxiliaires est passé de 830 000 à 1 844 000, soit une hausse de 122% en l'espace de quatre ans (p.59). Signe que la situation quant aux heures de travail supplémentaires ne s'est toujours pas améliorée au fil des années, deux articles du journal *La Presse* parus en 2010 indiquent que les infirmières ont fait respectivement 3,6 et 3,7 millions d'heures supplémentaires au Québec en 2009 et en 2010, soit 800 000 de plus que six ans auparavant (Champagne, 2010; Lacoursière, 2010).

L'étude de l'OIIQ fait également état d'une précarité au niveau des ressources humaines qui s'illustrent notamment par une hausse des problèmes de santé mentale au travail comme l'épuisement professionnel ou la dépression (OIIQ, 2001a, p.59-60). Ces résultats semblent aller dans le même sens que les études menées durant la même période par Bourbonnais *et al.* qui soulignent que les profonds changements des années 90 dans le système de santé québécois ont fait augmenter, chez les infirmières, la détresse psychologique, la consommation de médicaments psychotropes, la durée des absences pour maladies certifiées, la fréquence et la durée des absences pour un diagnostic de santé mentale ainsi que les contraintes psychosociales au travail (2000a, p. 6; 2000c, p. 6 et 33).

---

<sup>53</sup> Cette étude s'appuie essentiellement sur une consultation auprès des directeurs et directrices de soins infirmiers, des responsables de soins infirmiers et des conseils des infirmières et infirmiers. Cette consultation est basée sur un sondage échelonné sur une période de 20 semaines entre juin et octobre 2000 et réalisé dans le cadre du Comité spécial de vigilance sur la qualité des soins. 276 des 482 établissements de santé de la province ont participé, ce qui équivaut à un taux de participation de 57%.

En ce qui concerne plus précisément les effectifs infirmiers travaillant en centre hospitalier, l'étude de l'OIIQ de 2001 souligne que les infirmières expriment un niveau d'inquiétude plus élevé relativement à la qualité des soins rendus aux patients. Elles estiment également que le nombre annuel d'infections nosocomiales est plus grand en centre hospitalier et que la réponse de leur organisation est inadéquate par rapport aux besoins de soins infirmiers pour les soins de courte durée. L'impact négatif de la situation vécue par les infirmières se refléterait également sur la satisfaction au travail plus faible, sur la motivation et sur la rétention des effectifs (OIIQ, 2001a, p.64-65).

Les constats présentés ci-dessus semblent d'ailleurs renforcer ou du moins appuyer les résultats de l'étude de Malo et Grenier qui soulignent que les infirmières ont subi, entre 1987 et 2007, une augmentation de leur charge de travail qui serait inhérente à l'augmentation de la moyenne de gravités des cas et du taux d'occupation des lits. Cette augmentation de la charge de travail, combiné à la destruction des équipes de travail et au manque de soutien des supérieurs immédiats auraient entraîné une augmentation du stress et une diminution de la satisfaction au travail de même qu'une augmentation de l'absentéisme chez les infirmières (2007, p.25-26).

### 1.2.2 Impacts sur les patients

Dans un chapitre d'ouvrage de référence intitulé « L'efficience et l'efficacité de la pratique infirmière dans un système en mutation », Desrosiers et Valois (2002) soulignent la valeur ajoutée des infirmières pour le système de santé et les patients, de même que la nécessité de maintenir leur effectif à un niveau assurant la qualité et la sécurité des soins (p.137). Les bénéfices à conserver un standard d'exercice permettant de déployer des activités de soins spécifiques à chaque patient pour prévenir des conséquences négatives ou faciliter le recouvrement de la santé sont démontrés dans bon nombre d'études selon ces auteures. Notamment, cela permettrait une baisse du taux de mortalité en limitant les complications évitables telles que les pneumonies, les plaies de lit (ou plaies de pression, les infections postopératoires, les infections urinaires). La prévention des complications, surtout dans un contexte où l'on cherche à diminuer la durée des séjours, serait un élément sur lequel les infirmières peuvent avoir un impact positif via notamment leurs activités de monitoring des

paramètres cliniques (Desrosiers et Valois, 2002, p.140-141). Venant corroborer les propos de Desrosiers et Valois, d'autres auteurs consultés soulignent que la durée du séjour, le taux de complication, le taux de mortalité et le nombre d'incidents portant préjudice à la santé et au bien-être des patients seraient étroitement liés avec les caractéristiques des effectifs infirmiers (quantité d'effectifs, ratio patient/infirmières, années d'expérience, nombres d'heures travaillées,...) (Hayes *et al.*, 2006, p.245; O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.171; Buerhaus *et al.*, 2002, p.124 cité dans Vézina, 2006, p.38). Certaines études recensées auraient montré qu'une augmentation de la proportion d'infirmières dans certaines unités permettrait de diminuer de 87,5% les conséquences négatives pour les patients. Cela permettrait également de diminuer les erreurs de médication et le temps d'hospitalisation (Hayes *et al.*, 2006, p.245). Selon ces mêmes auteurs, un taux élevé de roulement serait lié à une augmentation de 30% du risque d'infection et de 80% du risque d'hospitalisation pour les soins donnés à domicile. Vézina, rapportant les résultats d'une étude de Aiken et collaborateur publiée en 2002, indique par ailleurs que les risques de décès chez les patients et les risques de ne pas avoir identifié dans un délai raisonnable une situation de santé aggravante chez un patient augmente de 7% lorsqu'une infirmière ayant déjà atteint son ratio de patient se voit confier un patient supplémentaire (2006, p.42).

Autre point crucial à ne pas négliger, le niveau de satisfaction des malades. En se basant sur les propos de Malo et Grenier (2007) qui indiquent que les transformations récentes dans le RQSSS ont eu un impact important sur le nombre de plaintes formulées par la clientèle, on ne peut que constater que le niveau de satisfaction des usagers du système de santé n'enregistre pas des sommets. Selon ces auteurs, le nombre de plaintes enregistré entre 1994-1995 et 2006-2007 a connu une progression notable : hausse de 70% des plaintes concernant la qualité des soins, de 60% concernant l'accessibilité des soins et de 150% concernant la gratuité des soins (p.27). En outre, certaines études indiquent un lien entre la satisfaction des patients et l'attitude des infirmières par rapport à leur travail. Un patient soigné dans une unité où les infirmières semblent épuisées, blasées ou énoncent ouvertement leur intention de quitter leur emploi sera généralement moins satisfait de son séjour à l'hôpital (Desrosiers et Valois, 2002, p.141; Hayes *et al.*, 2006, p.245). Hayes et ses collaborateurs soulignent toutefois que d'autres études sont nécessaires afin de prouver

hors de tout doute que « *that patient safety depends on the ability to recruit and retain sufficient numbers of qualified nurses and shape a supportive practice environment* » (2006, p. 245).

Lorsqu'on se rapporte à nouveau à l'étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec, celle-ci indique que les infirmières ont un niveau plus élevé d'inquiétude par rapport à la qualité des soins, qu'elles estiment qu'il y a une augmentation du nombre annuel d'infections nosocomiales, qu'il y a un manque de planification des congés des patients et enfin qu'il y a une réponse inadéquate aux besoins de soins infirmiers non prévus en soins de courte durée (OIIQ, 2001a, p.64).

### 1.2.3 Impacts économiques et organisationnels sur les établissements de soins et le système public en général

L'impact économique du roulement de personnel infirmier est important, car il implique des coûts directs et indirects tant au niveau des unités de soins infirmiers (*nursing department*), du milieu hospitalier, que du système de santé dans son entier (Bland Jones, 2004, p.562; Hayes *et al.*, 2006, p.244). Au niveau individuel, certaines études recensées montrent que le coût direct de remplacement d'une infirmière qualifiée oscillerait entre 10 000\$ et 60 000\$ (en dollars américains)<sup>54</sup>. Les coûts de remplacement varieraient en fonction de la spécialité de l'infirmière (42 000\$ pour une infirmière en chirurgie, 64 000\$ pour une infirmière spécialisée). Les coûts indirects liés à la perte de performance et d'efficacité de l'organisation, à la perte de productivité de l'employée remplaçante, à la diminution de la productivité, du moral ou à la surcharge des collègues restants ainsi qu'à l'instabilité des équipes de travail seraient également importants. Certaines études indiquent que ces coûts oscilleraient entre 5 235\$ et 16 102 \$ par infirmière. En termes de pourcentage, les coûts directs liés à l'embauche représenteraient 21% de la facture totale du roulement de personnel infirmier pour un hôpital alors que les coûts indirects (ou coûts cachés) liés à la perte de productivité représenteraient 79% (4% de perte de productivité avant le départ de l'infirmière, 15% durant la vacance du poste et 81% pour le temps que

<sup>54</sup> Les estimations réalisées dans diverses études n'ayant pas utilisé exactement les mêmes méthodes de calcul, il en résulte une certaine variabilité dans les résultats obtenus. Pour plus de détails se référer à Bland Jones, 2004, p.563-564.

prend la nouvelle infirmière à atteindre un niveau équivalent de productivité). Il ne faut pas oublier qu'il y a également un coût qui, même s'il peut être plus difficile à évaluer, est lié au remplacement par un employé temporaire ou occasionnel ainsi qu'aux investissements passés dans la ressource qui a quitté son poste. Enfin, la fermeture temporaire de lits, le déplacement de patients, les complications liées au manque de soins ou à la diminution de la qualité des soins sont aussi importants (Bland Jones, 2004, p.562-563; Hayes *et al.*, 2006, p.244, O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.171; Coomber et Barriball, 2007, p. 298). À l'échelle nationale, on imagine facilement combien il peut être coûteux pour un système de santé d'assumer de tels montants à chaque fois qu'une infirmière quitte son poste prématurément. L'impact serait cependant mieux absorbé dans les grands pays, alors que dans les plus petits pays, l'incapacité à retenir les infirmières serait l'un des facteurs les plus susceptibles d'affecter la viabilité à long terme des services de santé (O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.170).

Évidemment, il est nécessaire de nuancer un peu les propos ci-dessus, notamment en ce qui concerne le coût de remplacement d'une infirmière. Un renouvellement de personnel, notamment lors de la prise de retraite d'une infirmière au sommet de l'échelle salariale, peut permettre de diminuer certains coûts via la diminution du salaire, des bénéfices marginaux, des vacances, etc. Cela peut même représenter un gain à long terme de productivité grâce à l'apport de nouvelles techniques et compétences. Il demeure néanmoins qu'un niveau élevé de roulement ne peut mener qu'à une diminution à long terme de la productivité (*Idem*, 2006, p.171).

### 1.3 Constats et questionnements

Au terme de ce tour d'horizon de la problématique, il s'avère pertinent de livrer certains constats. D'abord, la profession d'infirmière a vécu d'importantes transformations dans les dernières décennies. Les infirmières ont certes vu leur profession gagner ses lettres de noblesse, mais ont parallèlement constaté que leur milieu de pratique a subi une profonde mutation. Cette mutation ou restructuration ne s'est pas faite sans heurts et il en résulte que malgré un certain nombre de gains importants, l'environnement de travail s'est notablement dégradé.

On constate depuis quelques années que les infirmières sont aux prises avec diverses problématiques de santé et que l'une d'elles, la détresse psychologique, est très élevée dans cette population. En fait, elle est beaucoup plus élevée que dans la population générale ou que dans d'autres corps d'emploi.

En même temps, on constate un manque flagrant de personnel lié aux départs massifs à la retraite, aux besoins croissants d'une population vieillissante, mais aussi aux problèmes de recrutement et de rétention de personnel. Ces derniers seraient dus à un ensemble de facteurs dont les plus déterminants seraient l'environnement et les conditions de travail.

Le manque de personnel avec ses impacts considérables sur les patients, sur le système de santé, mais surtout sur les infirmières elles-mêmes, justifie que des moyens importants soient implantés afin d'endiguer cette problématique qui menace l'ensemble du système de santé québécois.

Quel regard pose la littérature scientifique sur la problématique de la rétention du personnel? Est-ce que les modèles théoriques existants actuellement tiennent compte de l'importance de l'environnement psychosocial de travail dans l'explication de cette problématique? Enfin, considérant l'important taux de détresse psychologique observé dans cette population, comment la théorie explique-t-elle son influence dans cette complexe équation.

Il est de notre avis qu'une revue de littérature la plus exhaustive possible dans le contexte de mémoire de maîtrise pourra apporter un éclairage complet et contributif à la présente démarche de réflexion.

« *Increasing the retention of nurses has become a major issue confronting health systems and their managers. Research has indicated that the factors, which attract and retain nurses, are associated with opportunities to develop professionally, autonomy in practice, participative decision-making processes, and fair reward and remuneration for work undertaken* »

O'Brien-Pallas *et al.*, 2006, p.262

## **CHAPITRE II : CONCEPTS, MODÈLES, FACTEURS ET MODÈLE DE RECHERCHE**

Ce deuxième chapitre sera consacré entièrement aux aspects théoriques de la problématique de la rétention des infirmières. Passage obligé s'il en est un, ce chapitre permettra de mettre en évidence les concepts, les modèles théoriques ainsi que les facteurs identifiés comme étant pertinents pour l'explication de la problématique qui nous intéresse. Ce chapitre se terminera d'ailleurs par la présentation du modèle de recherche et d'analyse retenu, ainsi que par les questionnements et hypothèses qui y sont rattachés.

### **2.1 Concepts en cause**

Avant de plonger tête première dans une revue des modèles et facteurs identifiés dans la littérature scientifique comme étant liés à la problématique de la rétention du personnel, il est nécessaire de préciser certains des termes et concepts en cause.

#### **2.1.1 La détresse psychologique**

Avant d'aborder ce concept central dans le cadre de la présente recherche, il convient néanmoins de clarifier un élément important qui est source de confusion autour de ce concept : la détresse psychologique au travail et l'épuisement professionnel (ou *burnout*) ne renvoient pas à la même réalité<sup>55</sup>. Alain Vinet, dans son ouvrage « *Travail, organisation et santé : le défi de la productivité dans le respect des individus* » publié en 2004, s'attarde à

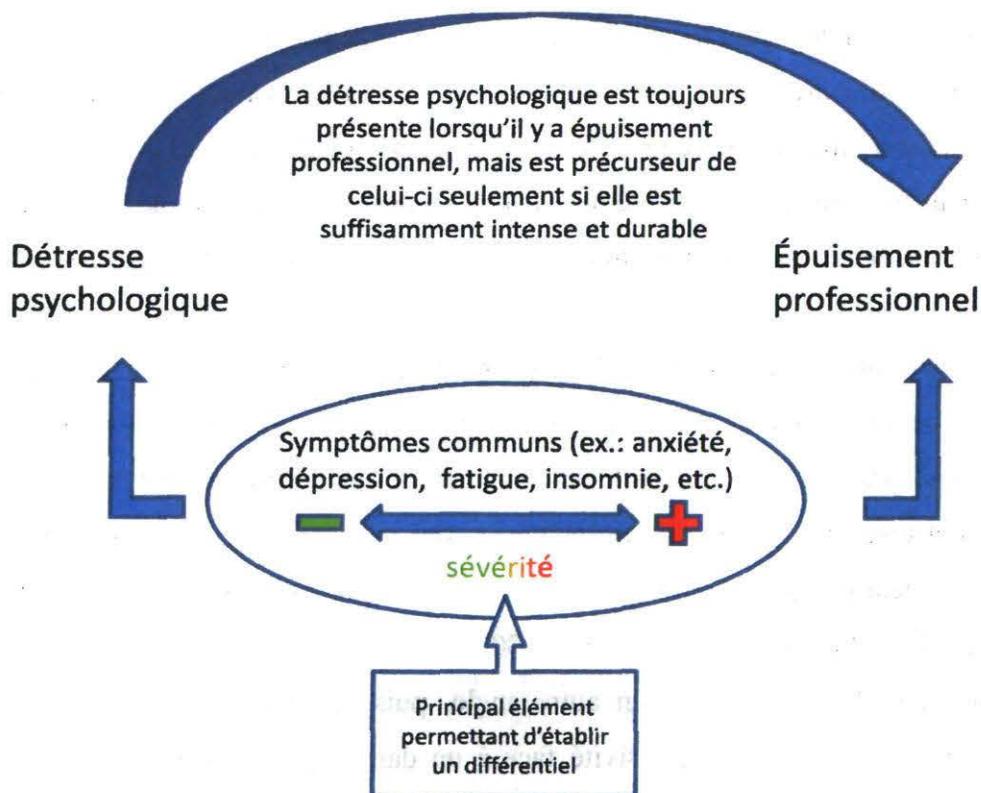
---

<sup>55</sup> Il ne faut pas non plus confondre l'épuisement professionnel et la dépression qui se distinguent essentiellement par la notion de domaine impliqué. Les manifestations de l'épuisement professionnel sont reliées de façon spécifique au milieu de travail et ne sont pas généralisées à tous les domaines de la vie d'un individu. La dépression, de son côté, est non liée à un domaine ou un contexte précis, elle est généralisée à l'ensemble des sphères de vie de l'individu (Association canadienne pour la santé mentale, 2009)

définir et à différencier ces deux concepts (p.246-272). La confusion entre ces deux concepts vient du fait que les symptômes de l'épuisement professionnel, tels que l'anxiété, la dépression, la fatigue, l'insomnie, etc. s'apparentent à ceux de la détresse psychologique. On établit essentiellement la distinction en se basant sur la sévérité de ces symptômes, ceux de l'épuisement professionnel sont plus graves.

Il n'empêche cependant que ces deux concepts sont très intimement liés. En effet, selon Vinet, « il serait impossible qu'une personne souffrant de dépression ou de *burnout* ne présente aucune détresse psychologique » (Vinet, 2004, p.265). Toujours en se référant au même auteur, la détresse psychologique élevée est souvent considérée comme un élément précurseur du *burnout* si elle est suffisamment intense et durable dans le temps pour épuiser un individu. Cependant, souffrir de détresse psychologique à un moment donné n'implique pas nécessairement que l'on souffrira d'épuisement professionnel (*Idem*, p.250; 265). La figure ci-dessous permet de schématiser ces concepts.

Figure 3. Détresse psychologique vs épuisement professionnel



En fin de compte, l'épuisement professionnel est plus grave que la détresse psychologique et ne se limite pas à de la fatigue émotionnelle intense ou à un sentiment d'invasion par le travail. L'épuisement professionnel va plus loin et englobe les sentiments de perte d'accomplissement personnel, d'incompétence ou d'incapacité ainsi qu'un sentiment d'insensibilité croissante à l'égard des difficultés d'autrui. C'est un ras-le-bol général qui touche les fibres même de l'identité professionnelle (*Idem*, p.248). On peut dire en somme que ce qui différencie ces deux derniers concepts est principalement la sévérité des représentations symptomatiques.

Vinet définit la détresse psychologique comme « un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui mesure la fréquence des symptômes d'anxiété, de dépression, d'agressivité et de troubles cognitifs ressentis par le répondant au cours de la semaine précédant [la mesure] » (*Idem*, p.265). Cet indicateur ne mesure donc pas l'épuisement professionnel, mais permet de cibler les personnes plus à risque de développer dans un futur plus ou moins proche, divers problèmes de santé mentale. La mesure de détresse psychologique est utilisée depuis près de vingt ans par les enquêtes de Santé Canada et de Santé Québec et constitue l'un des indicateurs les plus significatifs pour évaluer le niveau de bien-être dans une population de travailleur selon Vinet (2004, p.265). L'Institut de la statistique du Québec indique d'ailleurs que cette « mesure non spécifique de l'état de santé mentale [est] très utile dans un contexte où relativement peu de données sont disponibles pour établir un portrait de la santé mentale de la population générale » (Camirand et Nanhou, 2008, p. 1).

L'épuisement professionnel, comme la détresse psychologique d'ailleurs, est également intimement lié à la notion de stress au travail. En effet, il est généralement reconnu que le stress, particulièrement s'il est négatif, est générateur d'une tension mentale qui peut mener à de la détresse psychologique et même à de l'épuisement. Le stress est défini traditionnellement par Selye comme une « réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite » (Morin et Aubé, 2007, p. 147). Appliquée au travail, la notion de stress doit cependant être vue d'un autre angle, puisque la notion de mobilisation de l'organisme par la fuite ou l'agressivité face à un danger potentiel apparaît comme peu adaptée dans un milieu de travail. Face à des situations positives, l'individu pourra ressentir

un sentiment de bien-être, un stress positif, qui pourra contribuer à une performance optimale. À l'inverse, face à des situations difficiles, l'individu pourra ressentir un stress négatif qui, lorsqu'il s'accumule, pourra générer une tension ou une anxiété. Vinet résume le stress au travail à une « interaction entre l'individu et son environnement, et le stress négatif surgit lorsque la personne constate que les exigences répétées de son environnement excèdent ses capacités d'adaptation et nuisent à son bien-être » (2006, p.260-261).

L'épuisement professionnel et la détresse psychologique se distinguent du stress au travail essentiellement par la notion de temps. En fait, d'un stress prolongé au travail peut découler un processus d'érosion psychologique qu'on dit latent. « Alors que le stress au travail renvoie à un processus d'adaptation temporaire à des situations stressantes du travail et s'accompagne parfois de symptômes physiques et psychologiques, l'épuisement professionnel [et la détresse psychologique font] référence à une rupture d'adaptation à laquelle vient se greffer un dysfonctionnement chronique » (Association canadienne pour la santé mentale, 2009).

En regard du constat dressé à la section 1.1.4 qui montrait que la détresse psychologique était très élevée dans la population infirmière et considérant que celle-ci est potentiellement un précurseur de conséquences plus graves comme l'épuisement professionnel, la pertinence d'étudier cette variable ne s'en trouve que renforcée.

## 2.1.2 La rétention du personnel

La rétention du personnel est souvent abordée dans la littérature scientifique consultée à travers deux indicateurs importants : le roulement du personnel (*turnover*) et l'intention de quitter du personnel (*intention to quit*). Bon nombre d'articles traitent en fait du roulement volontaire de personnel ou de l'intention de quitter chez certains travailleurs pour aborder le problème plus large de la rétention du personnel dans les milieux de travail.

### 2.1.2.1 Le roulement de personnel

Le roulement du personnel a plusieurs causes possibles : le licenciement, le départ à la retraite, la démission, l'invalidité, le décès, le départ volontaire, etc. Peu importe les causes,

dans un contexte où la main-d'œuvre recherchée est plus rare, le roulement (surtout s'il est élevé) est une source de préoccupation de taille pour les organisations. Afin de mieux cerner ce qu'est le roulement de personnel, il est nécessaire de considérer les différentes typologies existantes à ce sujet.

#### 2.1.2.1.1 Typologies existantes

La principale distinction, et celle qui est la plus utilisée dans la littérature scientifique, concerne le roulement volontaire et le roulement involontaire. Se référant à Abelson et Baysinger (1984), Castle et Donoghue (2005, p. 361) expliquent qu'en somme la distinction entre ces deux types de roulement est essentiellement basée sur le(s) instigateur(s) du roulement. Selon eux,

*« [...] voluntary turnover is a function of individual quit propensities that stem from employee perceptions about the organization and the economic environment within which it resides, and involuntary turnover is a function of managerial strategies that are also influenced by the nature of the organization and management's perceptions of the economic environment »*  
(Castle et Donoghue, 2005, p.361).

Topolnytsky et Meyer résument ainsi la distinction entre ces deux types de roulement: *« Employees can either leave of their own free will (voluntary turnover) or be forced to leave for reasons beyond their control (unvoluntary turnover)»* (2000, p.3). Ainsi, on peut résumer que ce type de roulement relève surtout de la notion de choix, le choix de l'employé de quitter son emploi ou le choix de l'employeur de se départir d'un employé. De Croon, Sluiter, Blonk, Broersen et Frings-Dresen (2004), ajoutent une précision importante concernant les différentes conceptions théoriques du roulement volontaire. Selon ces auteurs, le roulement volontaire peut être étudié sous deux angles différents. D'abord, on peut s'intéresser à déterminer comment un environnement de travail dit « stressant » peut amener un individu à quitter son travail. Dans le cadre de cette analyse, on considérera généralement que l'environnement de travail stressant sera la source d'une tension psychologique chez un individu et que cette tension déclenchera chez l'individu

une série de réactions parmi lesquels se trouvera le roulement volontaire. Sinon, on tentera d'expliquer comment le roulement volontaire affecte l'employé qui quitte. Selon cette conception, le roulement sera en soi une source potentielle de stress et de tension psychologique et le fait de quitter pourra être bénéfique par le soulagement qu'il procure (2004, p. 442).

Une autre typologie du roulement réfère à la nature fonctionnelle ou dysfonctionnelle de celui-ci. En bref, le roulement de personnel dans une organisation n'est pas nécessairement synonyme de problème. Un roulement de personnel que l'on qualifera de dysfonctionnel consistera en la perte d'employés ayant une grande valeur pour l'organisation. Ce départ se fera au détriment de l'organisation en quelque sorte. À l'inverse, le départ d'un employé peu performant sera plutôt considéré comme fonctionnel, car l'organisation pourra éventuellement profiter de ce départ pour embaucher quelqu'un de plus productif. En somme, « *the distinction between functional and dysfunctional turnover is based primarily on the value of the relationship from the organization's perspective* » (Topolnytsky et Meyer, 2000, p.3).

Enfin, il importe de mentionner que le roulement peut également être défini comme étant de nature contrôlable ou incontrôlable. Dans un certain nombre de situations, l'organisation ne pourra rien faire pour retenir un employé qui doit quitter, et ce, pour diverses raisons telles qu'un retour aux études, l'arrivée d'un nouvel enfant, une réorientation de carrière, etc. C'est ce qu'on désigne comme étant le roulement incontrôlable. Néanmoins, dans un certain autre nombre de situations, l'employeur peut déployer des efforts afin d'encourager les employés à ne pas quitter leur poste ou même à y revenir. Cela peut être le fruit d'une offre de réaffectation, d'une promotion, d'une libération pour études, etc. Si l'opération est couronnée de succès, on considérera que le roulement est contrôlable (*Idem*, p.3).

Il est à noter que les différents types de roulement décrit ci-dessus ne représentent pas des catégories mutuellement exclusives. Autrement dit, on peut très bien classer une situation donnée dans plus d'un type de roulement. Par exemple, dans la présente démarche de recherche, bien que l'attention soit principalement orientée sur le roulement

volontaire<sup>56</sup> des infirmières, c'est-à-dire le départ désiré par celles-ci, les autres aspects ne sont pas totalement évacués. Il va de soit par exemple qu'étant donné l'objectif ultime qui est de mieux comprendre la problématique, mais également de proposer des idées et des pistes de solution à l'intention des gestionnaires du RQSSS, on s'attardera au côté contrôlable et dysfonctionnel du roulement des infirmières.

La notion de roulement de personnel dans la littérature scientifique, et ce peu importe la typologie utilisée, a néanmoins ses limites comme le précisent Coomber et Barriball (2007, p.298). D'abord, l'inclusion quasi inévitable dans les échantillonnages des membres du personnel qui doivent partir incessamment pour la retraite ou qui sont congédiées dans la catégorie des départs volontaires. Une autre limite est la difficulté de distinguer le roulement intra-institutionnel du roulement extra institutionnel. Une façon d'atténuer une partie de ces limites soulevées par Coomber et Barriball sera de recourir à la notion d'intention de quitter...

#### 2.1.2.2 L'intention de quitter

##### 2.1.2.2.1 Lien entre intention de quitter et roulement volontaire

D'abord, qu'est-ce que l'intention de quitter? L'intention de quitter est en fait une manifestation (exprimée ou non exprimée) de la volonté d'un individu de potentiellement rompre le lien qu'il détient soit avec son emploi, son employeur ou sa profession. Comme le terme le laisse entendre, l'intention de quitter d'un individu n'implique donc pas nécessairement de la part de celui-ci qu'il quittera bel et bien son emploi. Néanmoins, exprimer ouvertement son intention de quitter est généralement un signe très manifeste d'un « passage à l'acte » futur (Hayes et *al.*, 2006, p.244). L'utilisation de cet indicateur permet donc de pallier à l'une des critiques soulevées par Coomber et Barriball selon laquelle les études sur le roulement ne permettent pas de déterminer avec certitude si le départ d'un employé survient à la suite d'un congédiement ou d'un départ initié par le travailleur lui-même.

---

<sup>56</sup> Pour faire référence aux propos de De Croon et al. (2004, p. 442), le roulement volontaire sera étudié ici sous l'angle de l'impact d'un environnement de travail stressant sur la tension psychologique, qui elle agira sur les comportements d'un individu.

Se référant à Fishbein et Ajzen (1975), Coomber et Barriball (2007, p.314) soulignent « *that behavioural intention is the primary antecedent to actual [turnover] behaviour* ». Cela met en évidence le rôle clé du processus cognitif qu'est l'intention de quitter en tant que déterminant majeur du roulement de personnel. Bien entendu, l'utilisation de l'intention de quitter introduit une certaine variabilité dans les résultats, puisque ce ne sont pas tous les employés qui affirment vouloir renoncer à leur emploi qui passeront effectivement à l'acte (Coomber et Barriball, 2007, p.314). Cependant, le nombre considérable d'études soutenant cet indicateur justifie amplement son utilisation<sup>57</sup>.

L'intention de quitter doit, en outre, être considérée en fonction des « lieux » que l'on peut quitter. On peut quitter sa profession (ex. infirmière) ou son emploi dans une organisation (ex. centre hospitalier), ce qui correspond à un roulement externe (ou extra-institutionnel)<sup>58</sup>. On peut également souhaiter quitter son unité de travail (ex. unité de soins intensifs), ce qui renvoie au roulement interne (ou intra-institutionnel). En distinguant ces trois types d'intention de quitter, on vient combler l'une des lacunes soulignées par Coomber et Barriball, selon qui l'étude du roulement du personnel ne permettrait pas toujours de bien distinguer le roulement interne du roulement externe (2007, p.314).

D'autres auteurs nuancent toutefois et énoncent qu'il est raisonnable de croire que le roulement interne ou externe sont en fin de compte relativement similaires du point de vue des travailleurs et qu'ils n'ont qu'un impact limité sur ceux-ci. En effet, pour les individus qui songent soit à changer d'emploi, que ce soit à l'intérieur de la même organisation ou d'une autre organisation, cela implique bien souvent de troquer une situation de travail déplaisante ou inconfortable vers une nouvelle situation de travail plus satisfaisante ou plus intéressante du point de vue personnel. Les autres changements inhérents à un changement d'emploi sont aussi souvent les mêmes : changement de superviseur, de collègues,

<sup>57</sup> Le concept d'intention de quitter, ainsi que son lien avec le roulement de personnel, a reçu beaucoup d'appuis aux niveaux théorique et empirique dans la littérature dont notamment Mobley et al. (1978), Bluedorn (1982), Steele et Ovalle (1984), Curry et al. (1985), Prestholdt et al. (1987), Lucas et al. (1993), Irvine et Evans (1995), Taunton et al. (1997) ainsi que Sjoberg et Sverke (2000).

<sup>58</sup> Krausz, Koslowsky, Shalom et Elyakim. (1995) soulignent que l'intention de quitter sa profession « *is seen as the last and most severe stage of withdrawal [...] leaving the nurse profession was expected to be the severe and last step in the turnover process* » (p.278-279). Cela va d'ailleurs dans le même sens que ce qui est soutenu par De Croon et al. (2004) qui indique « *that interoccupational turnover result in more drastic changes in work characteristics and coinciding psychological strain* » (p.444).

avancement et opportunités de carrière ou de rémunération, etc. (Jacovsky et Peters, 1983, p.492).

Malgré ces divergences d'opinion par rapport à l'importance à accorder aux différentes intentions de quitter et au type de roulement auxquels ils renvoient, l'intention de quitter et le roulement volontaire du personnel sont des composantes incontournables dans l'étude de la problématique plus générale de la rétention du personnel. Les chercheurs, mais aussi les gestionnaires dans les milieux de travail, tentent d'inférer ou d'expliquer un taux de roulement élevé ou faible ou même la présence d'un niveau faible ou fort de travailleurs ayant l'intention de quitter leur emploi ou leur organisation en analysant la présence de certains facteurs individuels, organisationnels et économiques.

C'est en manipulant, si on peut s'exprimer ainsi, ces différents facteurs individuels, organisationnels et économiques que certains chercheurs ont mené des travaux qui ont permis l'élaboration de plusieurs modèles théoriques explicatifs du phénomène général de la rétention ou alors de modèles plus spécifiques à ses deux principales composantes, soit l'intention de quitter et le roulement volontaire. Certains de ces modèles les plus importants seront présentés dans la prochaine section.

## 2.2 Modèles explicatifs de la rétention des infirmières

De nombreux modèles théoriques existent pour expliquer la rétention du personnel<sup>59</sup>. Des modèles généraux tels que le modèle de l'abandon (dont la version la plus complète a été publiée par Hulin en 1991), le modèle intégratif du roulement de personnel de Hom et Grieffeth ou le modèle du déroulement<sup>60</sup> (*unfolding model*) de Lee et Mitchell (Johns, 2001, p. 233-234; 237-239), soulignent l'influence de certains facteurs tels que la satisfaction au travail, le processus de prise de décision, l'engagement envers l'organisation et les échanges sociaux. Dans le cas du roulement des infirmières, plusieurs modèles théoriques récents ont ceci en commun qu'ils considèrent essentiellement que le roulement

<sup>59</sup> Dans le volume *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology* (Volume 2), le chapitre intitulé « *The Psychology of Lateness, Absenteeism, and Turnover* » signé par Johns (2001), dresse un portrait de l'évolution dans le temps de certains modèles portant, entre autres, sur le roulement du personnel.

<sup>60</sup> NDLA : Comme aucune traduction française de ce modèle n'a été portée à l'attention de l'auteur, cette traduction libre vous est proposée.

est la résultante d'une décision prise par un individu. Ces modèles dits de l'approche basée sur le processus de prise de décision (*decision-based approach*) seraient, selon Morell (2005, p. 316) « *more appropriate to analysing nursing turnover, given that nurses are able to change jobs far more easily than many other workers* ».

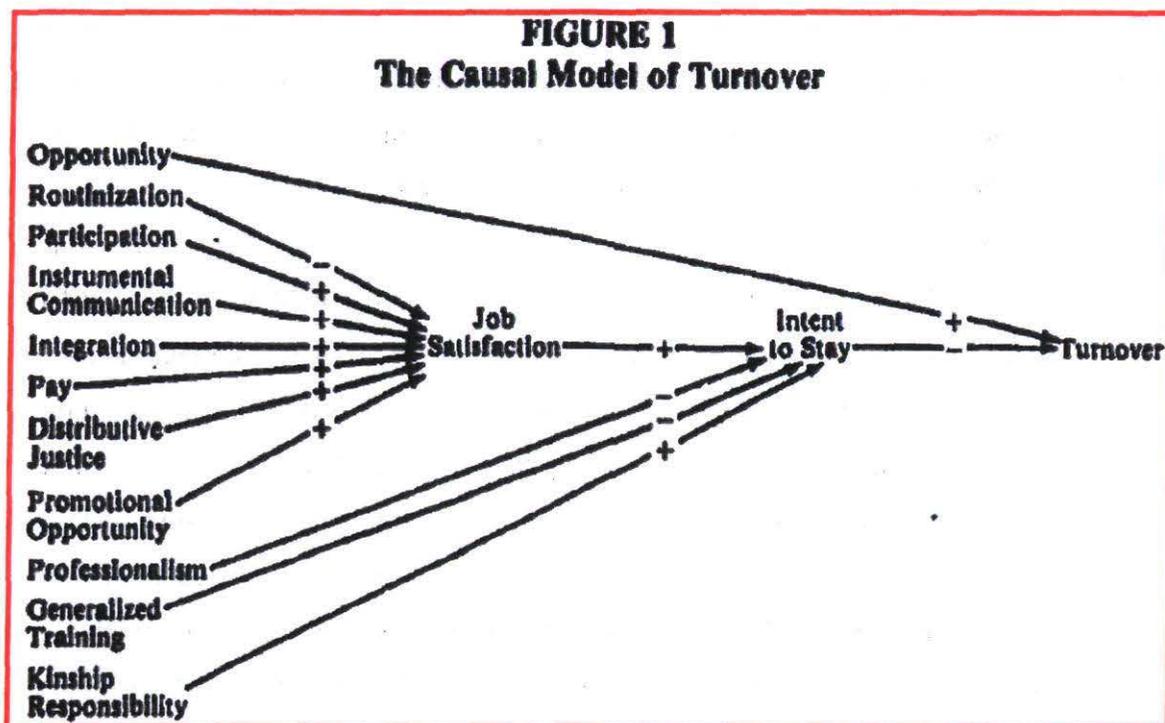
Dans leur revue de littérature, Hayes et ses collaborateurs (2006) énumèrent quelques modèles explicatifs de la rétention propres au personnel infirmier. Les prochaines pages s'attarderont donc à présenter brièvement les modèles répertoriés dans cette imposante revue de littérature de même que certains autres modèles issus de la littérature dont il a été jugé important de faire état. À la lecture de la description de ces modèles, il faut garder en tête les propos d'Irvine et Evans (1995) qui énoncent que dans une certaine mesure le roulement s'expliquera différemment d'un modèle à l'autre ou d'un auteur à l'autre en fonction de la contribution des approches disciplinaires auxquels ils sont liés. Ainsi selon ces auteurs, les conclusions tirées différeront selon qu'elles proviennent de « [...] *economists who emphasize individual choice and labor market variables; sociologists, who emphasize the structural characteristics of the work environment and work content; and psychologists, who emphasize individual variables and intra-psychic processes* » (Cité par Hayes *et al.*, 2006, p. 239). Néanmoins, précisons que malgré leurs attaches disciplinaires de base, la plupart de ces modèles sont à tendance holiste et, conséquemment, tendent à déborder de leur cadre théorique originel.

### 2.2.1 Price et Mueller (1981)

Dans le cadre de leurs travaux, Price et Mueller (1981) ont eu dès le départ comme objectif de proposer un modèle causal inclusif qui expliquerait comment les déterminants interagissent ensemble pour causer le roulement de personnel, mais surtout déterminer la contribution relative de chacun de ces déterminants à l'explication de la problématique. Le modèle proposé par les auteurs rassemblait donc onze déterminants (colonne de gauche dans la figure à la page suivante) ainsi que deux autres facteurs, la satisfaction au travail et l'intention de rester (*intent to stay*), qui interviendraient comme médiateurs entre ces déterminants et le roulement. Certains déterminants auraient donc, selon le modèle proposé, un impact indirect sur le roulement via la satisfaction au travail et l'intention de rester, alors

que cette dernière serait la seule variable avec les alternatives d'emploi (*opportunity*) qui serait liée directement au roulement de personnel infirmier (p.544-547).

Figure 4. Le modèle causal du roulement de Price et Mueller



Tiré de Price et Mueller, 1981, p.547

L'étude menée par les auteurs s'est déroulée dans sept hôpitaux américains et a permis de recueillir un échantillon de 1091 infirmières<sup>61</sup>. Cependant, les résultats de cette enquête appuient de façon limitée le modèle théorique des auteurs. Les résultats publiés montrent que l'intention de rester, les alternatives d'emploi ainsi que la formation générale (*general training*) seraient les seules variables qui auraient une influence significative sur le roulement de personnel infirmiers. Toujours selon les résultats de l'étude, la satisfaction au travail ne serait pas liée directement au roulement de personnel, mais serait « *an important mediating variable between the other determinants and turnover* » (Price et Mueller, 1989, p. 559). En bref, les variables issues de modèles économiques (alternatives d'emploi ainsi que la formation générale) seraient aussi importantes que les variables (satisfaction au

<sup>61</sup> Les résultats de cette étude ont été publiés dans l'article intitulé « *A causal model of turnover for nurses* ». Les auteurs de l'étude y décrivent leur modèle et le testent en analysant les résultats obtenus auprès des 1091 infirmières ayant répondu à un questionnaire autoadministré. Le taux de réponse à cette étude a été de près de 80 pour cent.

travail et intention de rester) issues des modèles théoriques mis de l'avant par les sociologues et les psychologues (Price et Mueller, 1989, p.550; 558-559, Hayes, 2006, p. 239).

### 2.2.2 Hinshaw, Smeltzer et Atwood (1987)

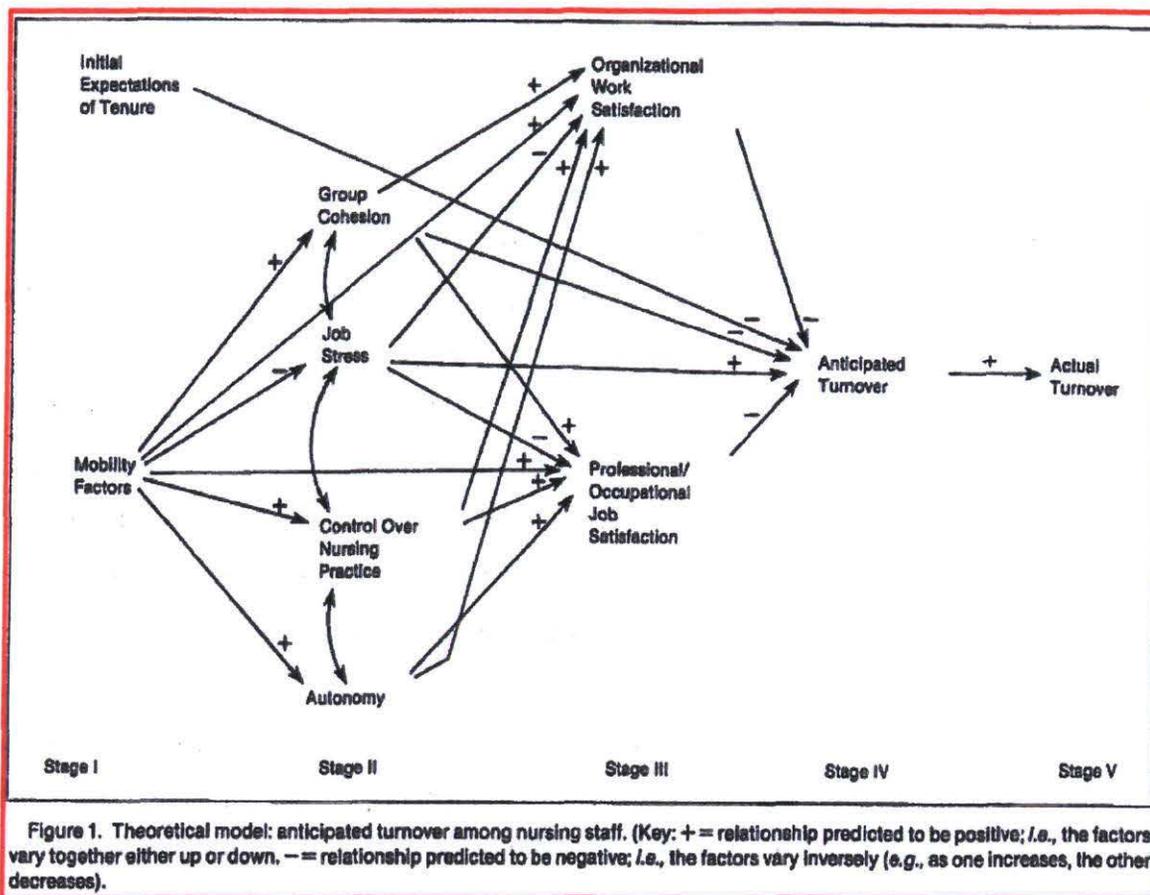
Hinshaw, Smeltzer et Atwood (1987) proposent pour leur part un modèle en cinq palliers dans lequel les facteurs d'un pallier antérieur ont une influence prédominante sur les facteurs des palliers subséquents. Ce modèle fait intervenir différentes variables dans l'explication du roulement de personnel (pallier V) dont le principal déterminant est l'intention de quitter<sup>62</sup> (pallier IV) qui est elle-même influencée par des facteurs dont la satisfaction organisationnelle ou professionnelle au travail (pallier III), la cohésion du groupe, le stress au travail, l'autonomie, le contrôle sur sa pratique professionnelle (pallier II) ainsi que les attentes initiales et les facteurs de mobilité (pallier I) (1987, p.9).

Ainsi, selon ce modèle, au premier pallier les attentes initiales d'un travailleur par rapport à la durée de son implication dans son emploi ont un impact direct sur l'intention de quitter (pallier IV). Les autres facteurs dits de mobilité tels que l'âge, l'éducation, l'expérience en soins infirmiers, les responsabilités parentales et l'ancienneté dans l'organisme ont plutôt des liens à la fois avec les facteurs des palliers II et III. Tous les facteurs du pallier II ont un impact sur les facteurs du pallier III. Cependant, deux de ces facteurs, le stress au travail et la cohésion du groupe, ont également une influence sur l'intention de quitter. Enfin, les deux types de satisfaction au travail (pallier III) sont les principaux facteurs ayant une influence sur l'intention de quitter (pallier IV) qui est le facteur déterminant du roulement de personnel (pallier V) (*Idem*, 1987, p. 9-10).

---

<sup>62</sup> Les auteurs définissent le roulement anticipé comme étant « *the degree to which the nursing staff member perceived they would terminate their position eventually at some unspecified time in the future* ». Considérant la définition fournie précédemment (voir 2.1.2.2), le terme roulement anticipé apparaît selon nous comme étant un synonyme de l'intention de quitter et sera utilisé comme tel, sans autre forme de distinction.

Figure 5. Le modèle en cinq palliers de Hinshaw, Smeltzer et Atwood



Tiré de Hinshaw, Smeltzer et Atwood, 1987, p.9

Les auteurs du modèle ont mené une vaste étude<sup>63</sup> auprès de 1597 infirmières issues de sept centres hospitaliers urbains et huit centres hospitaliers ruraux qui effectuaient au moins trois quarts de travail par semaine. Les résultats ont donné des résultats élevés en ce qui concerne la cohérence interne pour l'ensemble des items du questionnaire, ainsi que pour la valeur discriminante des indicateurs. L'épreuve des faits semble cependant n'avoir validé que partiellement le modèle théorique. Les auteurs soulignent tout d'abord que la relation observée entre l'intention de quitter et le roulement de personnel est très faible. L'intention de quitter serait cependant prédite de façon modérée par les deux types de satisfaction, de même que par la cohésion du groupe et les attentes initiales. Le stress au travail ne serait

<sup>63</sup> Les résultats de l'étude publiée sous le titre « *Innovative Retention Strategies for Nursing Staff* » indiquent un taux de participation de 82% dans l'ensemble des répondants au questionnaire auto-administré distribué par les chercheurs (Hinshaw, Smeltzer et Atwood, 1987, p.11)

donc pas lié à l'intention de quitter comme le prédit le modèle. Il n'en demeure pas moins cependant que les résultats indiquent un rôle important pour le stress au travail. Cette variable serait celle qui influence le plus fortement la satisfaction au travail et aurait donc un impact indirect sur l'intention de quitter via son influence sur la satisfaction. L'une des principales conclusions de l'étude est d'ailleurs que le stress au travail n'a pas d'influence directe sur l'intention de quitter, mais que cette influence est plutôt dirigée vers la satisfaction organisationnelle qui elle a un impact sur l'intention de quitter. Toujours selon les auteurs, la cohésion du groupe, le stress au travail et le contrôle sur la pratique professionnelle influenceraient plus fortement la satisfaction organisationnelle au travail. Les auteurs soulignent enfin que les facteurs de mobilité auraient une influence notable sur la satisfaction au travail ainsi que sur l'intention de quitter. Les résultats présentés par les auteurs semblent donc, au final, mettre de côté l'influence des attentes initiales et de l'autonomie sur respectivement l'intention de quitter et la satisfaction au travail. L'influence des autres variables semble cependant aller dans le même sens que le prédit le modèle théorique (*Idem*, 1987, p. 11-14).

### 2.2.3 Parasuraman (1989)

Le modèle théorique proposé par Parasuraman énonce que certaines variables démographiques ou personnelles ainsi que certaines variables organisationnelles ou liées à l'expérience de travail interviennent sur le stress perçu au travail, la satisfaction au travail ou l'engagement organisationnel, lesquels ont une influence sur l'intention de quitter et, conséquemment sur le roulement de personnel (1989, p.270).

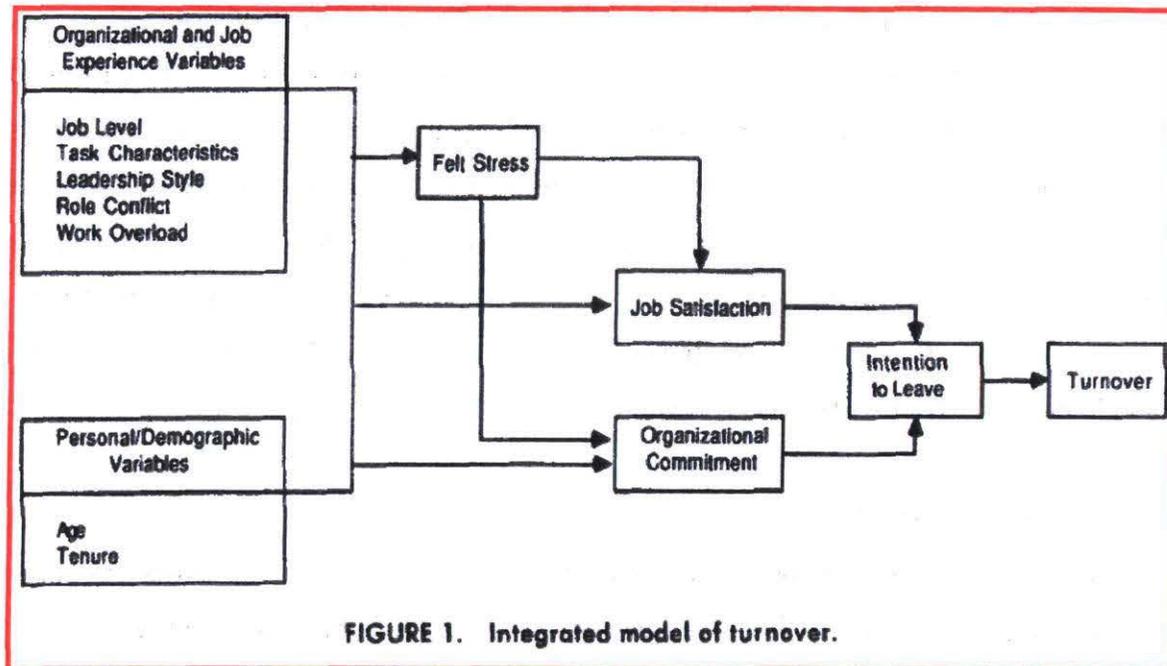
L'étude réalisée par Parasuraman auprès de 307 infirmières travaillant dans un grand hôpital métropolitain américain<sup>64</sup> a donné des résultats qui renforcent l'importance de l'intention de quitter comme étant le facteur explicatif le plus significatif du roulement volontaire de personnel (1989, p. 274-275). Les résultats obtenus ont également confirmé les hypothèses de l'auteur à l'effet que les variables personnelles et organisationnelles peuvent influencer l'intention de quitter des infirmières, mais cette influence ne se

---

<sup>64</sup> Les infirmières ayant participé à cette étude ont dû remplir un questionnaire autoadministré. Le taux de réponse était de 84%.

concrétise uniquement que par leur interaction avec l'engagement organisationnel, la satisfaction au travail et le stress perçu. En somme, Parasuraman explique que le roulement du personnel infirmier est prédit principalement en fonction de l'intention de quitter, laquelle est elle-même tributaire des variables personnelles et organisationnelles (Hayes, 2006, p. 239).

Figure 6: Le modèle de Parasuraman

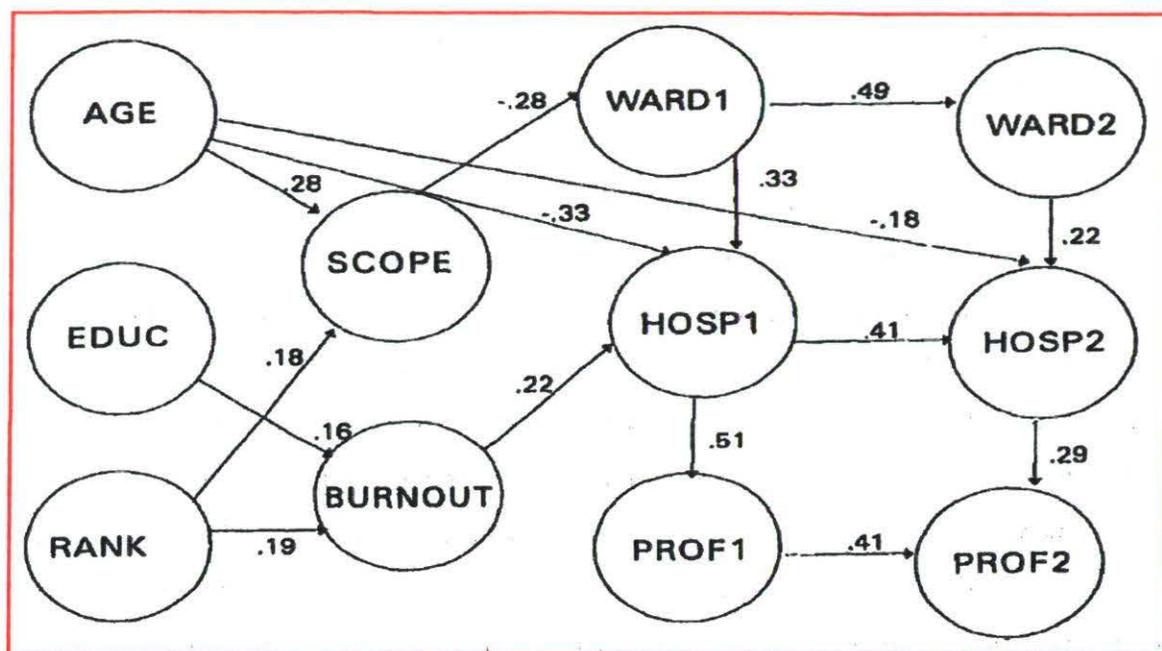


Tiré de Parasuraman, 1989, p.270

#### 2.2.4 Krausz et collaborateurs (1995)

Le modèle proposé par Krausz et ses collaborateurs a pour objectif d'étudier l'influence de certaines variables personnelles ou organisationnelles sur la progression des intentions de quitter. Ainsi, l'âge, le niveau d'éducation, le rang (*rank*) professionnel et le niveau hiérarchique, de même que l'envergure du poste (*job scope*) occupé et l'épuisement professionnel sont des déterminants des niveaux d'intention de quitter (unité, emploi, profession) (Krausz et al., 1995, p. 279-280).

Figure 7. Le Modèle de Krausz et collaborateurs



Tiré de Krausz et al., 1995, p.284

L'étude a été menée auprès de 390 infirmières d'un hôpital général israélien<sup>65</sup>. Comme l'indique la figure ci-dessus, les variables personnelles ne permettent pas de prédire directement les intentions de quitter. En fait, seul l'âge serait relié négative à l'intention de quitter l'hôpital aux deux mesures temporelles. L'envergure du poste serait, quant à elle, reliée négativement à l'intention de quitter l'unité alors que l'épuisement professionnel ne prédirait que l'intention de quitter l'hôpital (*Idem*, p. 284-285).

Enfin, en ce qui concerne les interrelations entre les intentions de quitter, chacune des mesures au temps 1 serait reliée positivement à la même intention de quitter au temps 2 (un an plus tard). De plus, l'intention de quitter l'unité au temps 1 serait liée significativement à l'intention de quitter l'hôpital au temps 1, alors que cette dernière serait très fortement liée à l'intention de quitter la profession au temps 1 (*Idem*, p. 285-286).

Finalement, pour Krausz et ses collaborateurs, l'idée qu'il existe une progression des différentes intentions de quitter serait supportée par les résultats présentés. Toujours selon

<sup>65</sup> Les infirmières ayant participé à cette étude ont dû remplir un questionnaire autoadministré. Le taux de réponse était de 78%. Deux mesures ont été prises à un an d'intervalle.

les auteurs, ces résultats démontreraient que les infirmières recherchent d'abord à progresser au sein de leur organisation plutôt que de quitter leur emploi ou leur profession (1995, p. 285-286).

### 2.2.5 Modèle du déroulement de Lee et Mitchell (1994)

Une attention particulière sera consacrée ici à ce modèle étant donné qu'au moins trois articles l'ont testé sur la population infirmière dans les dernières années. En 1994, l'article « *An Alternative Approach, The Unfolding Model of Voluntary Employee Turnover*<sup>66</sup> de Lee et Mitchell jettent les bases d'un nouveau modèle théorique qui vise à expliquer le processus décisionnel par lequel les individus quittent leur emploi. Ce modèle dit « du déroulement » (*Unfolding model*) s'inspire, à la base, de la théorie de l'image de Beach (Lee et Mitchell, 1994, p.57) et se propose comme une alternative aux modèles existants sur la rétention et le roulement. Il postule que c'est en grande partie des éléments inattendus et soudains, déclenchant un processus de remise en question de l'emploi, plutôt que l'insatisfaction vis-à-vis du travail, qui poussent un individu à quitter son emploi (Gary, 2001, p.237; Lee, Mitchell, Holtom, McDaniels et Hill, 1999, p. 450-451; Lee et Mitchell, 1994, p.60-61).

Une première composante de ce modèle est le choc (*shock*) qui se définit comme un événement hors de l'ordinaire, généralement fortuit, qui déclenche chez l'individu une analyse psychologique de la situation et peut l'amener à remettre en question l'emploi qu'il occupe. Ce choc peut être positif, négatif ou même neutre; prévu ou imprévu; interne ou externe à la personne qui le vit (Lee *et al.*, 1999, p. 451; Lee et Mitchell, 1994, p.60-61). Une deuxième composante est le scénario (*script*), qui est en fait un plan d'action généralement basé sur les expériences passées ou l'observation (Lee *et al.*, 1999, p. 451). Une troisième composante est la recherche (*search*) de solutions à l'intérieur ou à l'extérieur de l'emploi actuel, ainsi que l'évaluation de ces solutions. Une autre composante, la quatrième, est la violation de l'image (*image violations*) qui est l'inadéquation entre les valeurs, les buts, les stratégies de l'individu et ceux qui sont prônés par l'organisation. Enfin, une cinquième composante est le faible niveau de satisfaction au

---

<sup>66</sup> Il est à noter que dans cet article, les auteurs présentent le modèle sans le tester empiriquement.

travail qui apparaît lorsque l'emploi n'est plus une source de bénéfices intellectuels, émotionnels ou financiers (*idem*).

Lee et Mitchell démontrent que, dans la plupart des cas, les individus empruntent quatre avenues lorsqu'ils décident de quitter une organisation. Les trois premières ont pour élément déclencheur un choc (proposition d'emploi non sollicitée, rupture ou divorce, changements dans l'organisation, etc.), alors que pour la quatrième, c'est plutôt la faible satisfaction au travail qui est le déclencheur. Dans le premier cas, suite au choc initial, un scénario est activé et l'individu quitte son emploi sans prendre en compte son attachement à l'organisation, sa satisfaction par rapport à son emploi, et ce, sans avoir prévu d'alternative d'emploi. Dans le deuxième cas, le choc mène l'individu à reconsidérer son attachement envers son organisation, puisque cela remet en question ses valeurs, ses buts par rapport à ceux de l'organisation (*image violations*). Cela mène finalement l'individu à quitter son emploi sans avoir cherché d'alternatives. Dans le troisième cas, le choc produit également une reconsidération de l'attachement à l'organisation. Toutefois, avant de quitter définitivement, l'individu aura initié une recherche et une évaluation des alternatives qui s'offrent à lui.

Enfin, dans le cas de l'avant-dernière avenue (4a), la faible satisfaction au travail devient si importante qu'elle pousse l'individu à quitter son emploi sans chercher d'alternatives, alors que dans certains autres (4b), l'individu, avant de quitter, effectuera des recherches et évaluera les différentes opportunités qui s'offrent à lui. Cette dernière avenue (4b) est considérée par les auteurs comme le processus suggéré par la majeure partie des modèles théoriques récents sur le roulement de personnel dans lesquels la faible satisfaction au travail est la principale source de l'intention de quitter son emploi. Il faut mentionner que, selon ce modèle, un certain nombre d'avenues supplémentaires sont possibles (indiquées avec un astérisque dans la figure 1), mais ne font pas partie des avenues proposées par le modèle théorique (*idem*, p. 451-452).

Figure 8. Le modèle du déroulement de Lee et Mitchell

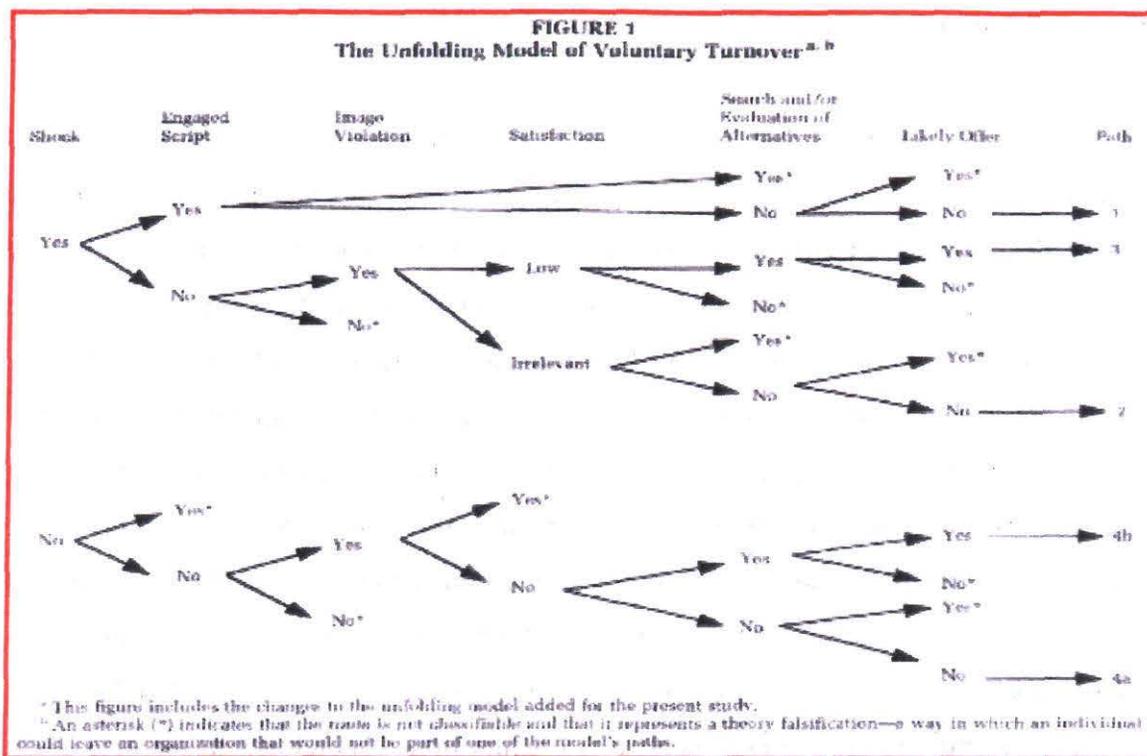


Image tirée Lee *et al.*, 1999, p. 451

Dans une étude menée en 1996, Lee, Mitchell, Wise et Fireman ont testé, pour la première fois, ce modèle sur quarante-quatre infirmières états-uniennes ayant quitté volontairement leur emploi<sup>67</sup>. L'analyse des entrevues semi-structurées menées auprès de ces infirmières a permis de constater que les différentes avenues proposées par ce modèle pour expliquer les problèmes de rétention et de roulement de personnel étaient empruntées par les infirmières (Lee *et al.* 1996, p.28). Dans 59% des cas, ce sont les chocs (avenues 1, 2 et 3) qui surviennent dans la vie de l'individu qui déclenchent un processus de remise en question de l'emploi plutôt que l'insatisfaction par rapport au travail. De plus, il est nécessaire de spécifier que ces chocs sont très souvent reliés au travail, mais également à des événements ou des circonstances extérieures au travail (*idem*, p.28). Selon cette étude, les 41% de répondants restants jugeraient que ce serait plutôt l'insatisfaction envers le travail (avenues 4a et 4b) qui serait responsable de leur départ.

<sup>67</sup> Les résultats de cette étude ont été publiés dans l'article « *An Unfolding Model of Voluntary Employee Turnover* ». Les auteurs y testent le modèle du déroulement en analysant les résultats d'entrevues semi-structurées de quarante-quatre infirmières de cinq hôpitaux de la côte ouest des États-Unis ayant quitté volontairement leur emploi. Le taux de réponse a été de 40 %.

Dans une première étude intitulée « *Toward a typology of nursing turnover: the role of shocks in nurses' decisions to leave* » datant de 2005, Morrell a testé principalement la composante « choc ou événement imprévu » du modèle du déroulement de Lee et Mitchell. L'échantillon final dans cette étude regroupait un total de 352 infirmières ayant toutes quitté leur emploi volontairement, habitant la Grande-Bretagne et ayant travaillé dans huit grands hôpitaux différents (Morell, 2005, p.317-318)<sup>68</sup>. Ces infirmières ont répondu à un questionnaire qui a permis de déterminer que 103 individus ont quitté à cause d'un événement lié au travail, 50 individus à cause d'un événement personnel et 196 individus ont plutôt évoqué d'autres causes (*idem*, p.319). Ces résultats sont moins concluants que ceux de Lee *et al.*(1996) en ce qui concerne la prédominance des chocs ou événements imprévus comme élément explicatif de la rétention des infirmières.

Dans leur étude récente « *Mapping the Decision to Quit: A Refinement and Test of the Unfolding Model of Voluntary Turnover* », Morrell, Loan-Clarke et Wilkinson (2008) ont cette fois testé sur des infirmières le modèle du déroulement au complet<sup>69</sup> (p.135). En contraste avec les résultats de l'étude de Lee et al. (1996), c'est dans une proportion de seulement 33% des cas que l'intention de quitter était le fruit d'un choc, alors que dans 44% des cas cela était dû à un taux élevé d'insatisfaction au travail. Autre fait important, dans cette étude 23% des individus n'ont emprunté aucune des avenues proposées par le modèle, alors que ce nombre était nul dans l'étude de Lee *et al.* de 1996 (*idem*, p.139).

À la lumière de tels résultats, on peut dénoter une certaine ambivalence dans la littérature par rapport au modèle du déroulement pour expliquer le roulement chez le personnel infirmier. Il faut souligner surtout que le fait que Morell et ses collaborateurs aient montré que 23% des répondants n'ont pas emprunté l'une des voies proposées par le modèle est assez problématique puisqu'en théorie les auteurs prévoient que « *no other routes are possible; any such null path would constitute theory falsification* » (Lee *et al.*, 1999 p. 451).

<sup>68</sup> Le taux de réponse dans cette étude a été de 31%.

<sup>69</sup> L'échantillon utilisé était le même que celui de l'étude de 2005.

### 2.2.6 Le modèle d'adéquation personne-environnement d'Edwards, Caplan & Van Harrison (1973)

Enfin, un dernier modèle qui, bien qu'il n'ait pas été développé dans l'optique d'être appliqué plus spécifiquement aux infirmières, mérite d'être abordé étant donné le nombre important d'études s'en étant inspiré<sup>70</sup>, mais aussi étant donné le fait qu'il a été testé à plusieurs reprises sur la population qui fait l'objet de la présente étude.

Le *Person-environment fit model* développé par Edwards, Caplan & Van Harrison réfère essentiellement « *to a perceived compatibility or correspondance between employees' occupational needs and the characteristic of environment where the job occur* » (Takase, Maude et Manias, 2005a, p.29). De façon plus précise, les recherches s'appuyant sur ce modèle et appliquée sur le contexte des infirmières utilisent deux concepts distincts afin d'évaluer l'adéquation entre l'environnement et l'infirmière. D'abord, il y a la relation entre la personne et son environnement (*person-environment relationship*) qui reflète la compatibilité entre les valeurs véhiculées par l'environnement de travail et la perception qu'a l'infirmière des caractéristiques de son environnement. Ces valeurs seront par exemple la reconnaissance offerte par le milieu de travail, les opportunités de carrière, une rémunération équitable, etc. Si l'infirmière constate que ses propres valeurs de travail concordent avec sa perception de ce qui est offert par son environnement de travail, il y aura alors une bonne adéquation entre elle et son travail. Le deuxième concept réfère plutôt aux comportements de l'infirmière dans le cadre de son travail (*person-occupation relationship*). S'il y a une bonne adéquation entre la personne et son travail, le modèle prédit que l'on devrait observer une plus grande satisfaction au travail, une meilleure performance et une intention de quitter plus faible. Dans le cas d'une mauvaise adéquation, on observera des frustrations, de l'insatisfaction, de la perte de productivité, etc. En principe selon le modèle, les infirmières auraient tendance à tenter d'abord et avant tout de maintenir une bonne adéquation en ajustant leurs besoins en fonction des caractéristiques de leur emploi ou en tentant de modifier leur environnement de travail (Takase, Maude et Manias, 2005a, p.29; Takase, Maude et Manias, 2005b, p. 212-213)

---

<sup>70</sup> Il aurait notamment inspiré les travaux de Lee et Mitchell (Takase, Maude et Manias, 2005b, p.212).

Les résultats d'une étude réalisée par Takase, Maude et Manias (2005a) indiquent que de façon générale, les besoins professionnels des infirmières ne rejoignent pas les caractéristiques de leur travail. Les infirmières ayant participé à cette étude ont indiqué notamment que la possibilité de participer plus activement aux prises de décisions au niveau organisationnel, d'améliorer leur rémunération, de recevoir une meilleure reconnaissance professionnelle sont limitées et en contradiction avec leurs besoins professionnels. Les auteurs de la recherche indiquent que les infirmières sont encouragées à utiliser l'ensemble de leurs aptitudes dans le cadre de leur travail, leur permettant ainsi d'atteindre un certain point d'équilibre par rapport à leurs besoins. Néanmoins, il existe quand même un déséquilibre entre l'infirmière et son travail, puisque les normes liées à la pratique de la profession ne semblent pas rejoindre certains besoins des infirmières liés à leur rôle d'éducation de la clientèle ou l'amélioration de leur participation dans les prises de décisions de l'organisation qui sont souvent relégués au second plan. Il est en effet plus tentant pour une organisation de soins d'augmenter la charge de travail, le nombre de patients sous la garde d'une infirmière (Takase, Maude et Manias, 2005a p.31-32).

Un écart subsiste aussi entre les valeurs véhiculées par l'environnement de travail et les perceptions qu'ont les infirmières des caractéristiques de leur environnement. À titre d'exemple, 13 des 21 valeurs de travail des infirmières qui ont été mesurées étaient supérieures à ce que les infirmières percevaient que leur environnement de travail pouvait leur offrir. Les auteurs soulignent néanmoins que les attentes des infirmières sont généralement moindres si elles perçoivent que l'environnement de travail ne peut pas combler leurs besoins (*Idem*, p.31-32).

Selon les auteurs « *it is important to maintain the relationships that are identified as congruent* » (*Idem*, p.33). Cela permettrait de mettre en place une dynamique de changement constant et de développement qui pourra ultimement améliorer la relation entre les infirmières, leurs rôles, leur environnement de travail et ainsi améliorer la satisfaction des infirmières à l'égard de leur travail et diminuer le roulement de personnel. Takase, Maude et Manias concluent en soulignant que cette approche théorique « *allows nurse researchers to shift their focus from environmental factors or nurses' needs in isolation to*

*the relationship between environmental factors and nurses' needs. Such an approach would enable a more mutual approach to be developed for nurses and their environment » (2005a, p.33).*

Si dans la section précédente nous avons surtout insisté sur les facteurs pouvant prédire le départ volontaire du personnel infirmier, dans les paragraphes suivants, nous nous pencherons plus spécifiquement sur les éléments susceptibles de le retenir.

### 2.3 Facteurs liés à la rétention des infirmières

Les modèles théoriques présentés dans la section précédente ont démontré qu'il existe certaines faiblesses dans l'explication de la problématique de la rétention des infirmières. L'efficacité variable des modèles laisse présupposer que d'autres explications sont possibles ou qu'à tout le moins, il est permis de regarder le phénomène à partir d'une autre perspective. Une revue de la littérature scientifique nous a d'ailleurs permis de constater que les facteurs associés à la rétention du personnel chez les infirmières sont bien plus nombreux que ceux proposés dans les modèles théoriques précédents.

#### 2.3.1 Facteurs intrinsèques

Certains facteurs seront qualifiés d'intrinsèques au personnel infirmier, puisqu'ils ont essentiellement en commun qu'ils sont propres aux individus.

##### 2.3.1.1 Satisfaction au travail

La satisfaction au travail demeure l'un des facteurs les plus importants favorisant la rétention des infirmières. La définition exacte de cette variable peut changer légèrement d'un auteur à l'autre, mais elle englobe généralement certains sous-facteurs comme les récompenses intrinsèques, la possibilité de choisir son horaire, l'équilibre travail-famille, les relations avec les collègues, les interactions avec l'entourage, les opportunités professionnelles dans le poste occupé, la reconnaissance ainsi que le contrôle et les responsabilités des employés. La satisfaction au travail serait d'ailleurs un déterminant plus important que les opportunités ou les alternatives d'emploi provenant de l'extérieur de l'emploi occupé, lorsqu'un individu doit choisir entre conserver ou quitter son emploi

(Hayes *et al.*, 2006, p. 239-240). La revue de littérature de Lu et collaborateurs (2005) intitulé « *Job satisfaction among nurses: a literature review* » porte spécifiquement sur l'identification des sources et des « prédicteurs » de satisfaction au travail des infirmiers et des infirmières, mais également des effets sur l'absentéisme, l'épuisement professionnel, le roulement et l'intention de quitter. Cette recension d'écrits montre que les sources potentielles de satisfaction sont nombreuses. La qualité des conditions de travail en général, la qualité des interactions avec les patients, les collègues ou les gestionnaires, le niveau de sécurité d'emploi, la rémunération, le niveau de contrôle et de responsabilité ou même la reconnaissance et l'avancement personnel et les promotions sont tous des éléments qui peuvent être des sources relatives de satisfaction (Lu, While et Barriball, 2005, p. 212-215). La présence ou l'absence de ces sources de satisfaction a un impact sur la satisfaction au travail et donc conséquemment sur le niveau d'absentéisme, d'épuisement professionnel ainsi que sur l'intention de quitter et le taux de roulement de personnel (*idem*, p.215;220).

### 2.3.1.2 Engagement organisationnel

Dans sa revue de la littérature intitulée « *Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: literature review* » qui a paru en 2007, Wagner souligne l'importance de l'engagement organisationnel sur la rétention du personnel. Il y énonce que l'engagement des infirmiers et infirmières dans leur organisation est un déterminant du roulement de personnel aussi fort que la satisfaction au travail, tout en soulignant que celui-ci est moins utilisé que la satisfaction dans les études sur le roulement du personnel infirmier (p.246).

### 2.3.1.3 Facteurs individuels

Bien que n'étant pas généralement considérés comme étant des facteurs explicatifs des problèmes de rétention, certains facteurs sociodémographiques ont un impact sur le roulement de personnel selon Hayes et ses collaborateurs (2006, p.242). Une augmentation de l'âge, de l'expérience de travail ainsi que des années de services seraient reliées négativement, et ce, à divers niveaux d'intensité, à l'augmentation du roulement de

personnel<sup>71</sup>. Les infirmières moins expérimentées ou plus jeunes seraient plus enclines à quitter leur emploi. Une relation inverse serait observée en ce qui concerne le niveau d'éducation et la charge familiale. Plus les responsabilités familiales augmentent, plus il y a de chances pour que les infirmières quittent leur emploi, du moins temporairement. Un niveau d'éducation plus élevé serait aussi lié à une plus grande mobilité professionnelle et donc à un roulement plus élevé (2006, p.242-243).

### 2.3.2 Facteurs extrinsèques

En complément, certains facteurs seront qualifiés ici d'extrinsèques au personnel infirmier, puisqu'ils ont essentiellement en commun qu'ils sont rattachés à des éléments externes aux individus tels que l'organisation dans laquelle ils évoluent ou l'environnement de travail.

#### 2.3.2.1 Facteurs organisationnels

Plusieurs études ont été menées afin de savoir comment le roulement du personnel est influencé par des caractéristiques organisationnelles, surtout sur de plus longues périodes de temps. Une charge de travail ainsi qu'un niveau de stress au travail trop élevés ou même la présence de symptômes d'épuisement professionnel sont liés directement ou indirectement (via leur action sur la satisfaction au travail par exemple) aux problèmes de rétention (Hayes, 2006, p.240-241). Chez les infirmières ayant un rôle d'autorité (chef d'équipe par exemple), un style de management se caractérisant par un leadership qui encouragerait l'autonomie, l'implication dans le travail, le soutien, la flexibilité ou les bonnes relations de travail aurait aussi une influence importante sur la rétention du personnel (*idem*, p. 241). Ensuite, l'*empowerment* et l'autonomie, bien que n'ayant pas un rôle direct sur le roulement du personnel, auraient néanmoins un impact positif sur la satisfaction au travail (*idem*, p. 241-242). Enfin, les opportunités d'avancement liées à la possibilité de progresser dans la carrière ou de suivre une formation en continu, mais également la présence d'horaires de travail permettant une meilleure conciliation entre le travail d'infirmière et la vie personnelle seraient étroitement liées à une diminution du taux de roulement du personnel infirmier (*idem*, p. 242).

---

<sup>71</sup> Selon des auteurs cités par Hayes et ses collaborateurs (McCarthy *et al.*, 2002), il serait difficile de bien différencier si c'est l'âge ou plutôt l'expérience de travail qui serait réellement relié négativement au roulement de personnel, puisque ces deux concepts sont très intimement liés.

### 2.3.2.2 Facteurs économiques

En ce qui concerne les facteurs économiques, les études recensées établissent des conclusions contradictoires sur l'impact de la rémunération sur le roulement de personnel. Certaines études indiquent qu'il existe un lien direct ou indirect entre la rémunération et le roulement. D'autres auteurs minimisent l'impact de la rémunération sur le roulement et estiment que d'autres variables économiques telles que l'insatisfaction liée à la non-obtention d'une promotion ont un rôle plus important à jouer sur le roulement. Les alternatives d'emploi figurent aussi parmi les variables qui jouent un rôle ambigu par rapport au roulement de personnel infirmier. Certaines études font état de son impact sur le roulement dans certaines circonstances, notamment lorsque les emplois abondent ou dans les populations plus aisées. Certaines autres font plutôt état qu'en ce qui concerne précisément les infirmières, celles-ci ne seraient pas influencées par les possibilités d'emploi autres, puisqu'elles préféreraient le mouvement à l'interne (Hayes, 2006, p.243).

### 2.3.3 Éléments modérateurs

Comme cela a été souligné dans les dernières pages, certaines variables ont un effet direct sur la rétention, alors que d'autres ont un effet indirect en agissant sur la rétention par l'intermédiaire d'une autre variable, bien souvent la satisfaction au travail. Il sera présenté ici d'autres variables qui jouent exclusivement un rôle de modérateur en modulant la relation entre certaines variables et le roulement de personnel infirmier.

Hayes et ses collaborateurs énoncent qu'un certain nombre de facteurs, qui ne sont pas considérés comme des variables intrinsèques ou extrinsèques, jouent un rôle modérateur important sur la satisfaction au travail, l'intention de quitter et l'acte concret de quitter son emploi (2006, p.240). Par exemple, le sens du professionnalisme ou l'attachement à la profession infirmière sont des modérateurs importants de l'intention de quitter dans des contextes d'emploi défavorables (changements organisationnels, faible reconnaissance, style de management inadéquat, présence d'épuisement professionnel) (p.240). L'engagement professionnel, la formation continue et les opportunités de développement professionnel ont, toujours selon Hayes *et al.*, un rôle à jouer dans la rétention du personnel infirmier (p.240). Les dispositions personnelles favorables (*positives dispositions, positive*

*frame of mind*) ont aussi été identifiées comme des modérateurs de la relation entre la satisfaction au travail et le roulement volontaire du personnel (p.240).

L'ensemble des variables présentées explique donc une partie de la problématique de la rétention du personnel infirmier. En résumé, il semble que « *the factors associated with nurse turnover, job dissatisfaction and expressed intent to leave are most consistently reported as impacting turnover* ». De plus, ces facteurs sont influencés par certains facteurs dits modérateurs et les facteurs organisationnels tels que « *workload, management style, empowerment and autonomy, promotional opportunities and work schedules* » qui semblent contribuer au roulement de personnel, alors que de nouvelles recherches montrent que des interventions visant à améliorer le climat et l'environnement de travail semblent des plus prometteuses pour une résolution à long terme de cette problématique (Hayes et al, 2006, p.244).

#### 2.4 Modèles en lien avec la détresse psychologique et l'intention de quitter

Jusqu'à présent la revue de littérature qui a été proposée dresse un portrait global intéressant des différentes explications du phénomène du roulement élevé de personnel infirmier. À la lumière des données et constats soulevés, il semble néanmoins plus qu'à propos de présenter un regard différent sur cette problématique en regard de l'objet de la présente recherche. Cet angle différent sur la problématique est le fruit notamment des travaux d'un groupe québécois de recherche, le RIPOST, qui a déjà démontré l'impact de l'environnement psychosocial de travail sur la détresse psychologique. Un autre groupe de recherche québécois, le Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation du travail et la santé du travail (GIROST)<sup>72</sup> a, en s'inspirant des conclusions des études menées par le RIPOST, incorporé les différents modèles théoriques utilisés par le RIPOST dans l'optique de présenter un modèle permettant aux intervenants du monde du travail de « disposer d'une représentation synthétique, simplifiée même, de la synergie possible entre les facteurs de risque pour la santé » (Vinet, 2004, p.305). C'est à partir de ce dernier modèle

---

<sup>72</sup> Le modèle proposé par le RIPOST n'est toutefois pas le seul modèle théorique répertorié dans la littérature qui propose l'existence d'un lien entre, d'une part, le travail ou l'environnement de travail et, d'autre part, la détresse psychologique ou l'état de santé physique. Comme le stipulent Anderson-Connolly et ses collaborateurs (2002, p. 391), près d'une dizaine de modèles ont été publiés sur le sujet depuis le début des années 1990, dont plusieurs ont donné des résultats concluants.

que s'articulera le reste du présent document, à la différence près qu'il y sera intégré la dimension de la rétention du personnel infirmier. Avant de présenter plus en détail ce modèle intégrateur, il convient néanmoins de proposer un survol des modèles théoriques qui le composent.

#### 2.4.1 Modèle demande-latitude de Karasek et Theorell (1990)

D'emblée, il est nécessaire de situer un peu le modèle de Karasek et Theorell sur le point de vue théorique en précisant que ce modèle mise sur les éléments du contexte et de l'environnement de travail plutôt que sur les facteurs individuels dans l'explication de la tension ou détresse psychologique vécue au travail<sup>73</sup>. Dès 1979, Karasek souligne, dans un premier article où il présente le modèle demande-latitude<sup>74</sup>, que si l'on reconnaît d'emblée que les caractéristiques personnelles des travailleurs, tant sur le plan physiologique que sur le plan de la personnalité, peuvent avoir un impact sur la tension et la détresse vécues au travail, il n'en demeure pas moins que celles-ci « *are not determined solely, or even primarily, by personal factors. Moreover, the psychosocial impacts must be the result of aspects of the structure of work that are changeable and redesignable* » (Karasek, Theorell, 1990, p. 6). Cette affirmation de Karasek et Theorell se voit confirmée par des études subséquentes selon ce qu'indique Vinet : « [l]es connaissances acquises confirment que les interventions ont moins de succès lorsqu'elles se limitent à la personne et à sa stratégie individuelle d'adaptation (prévention secondaire) que lorsqu'elles s'attaquent à des contraintes réelles de l'environnement de travail (prévention primaire)<sup>75</sup> » (2004, p.264)

Sommairement, le modèle élaboré par Karasek et Theorell énonce qu'une « tension mentale et psychologique au travail survient lorsqu'une demande psychologique élevée s'accompagne d'une faible latitude décisionnelle » (Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 28). Ce modèle fera donc intervenir, dans un premier temps, deux variables importantes soit la demande psychologique et l'autonomie décisionnelle.

<sup>73</sup> Comme le souligne Kristensen (1995, p.20), ce modèle a été employé dans quantité d'études portant tant sur les facteurs de risque d'accidents cardio-vasculaire que sur l'explication de diverses problématiques comme la dépression, la fatigue, l'insatisfaction au travail, l'anxiété, les troubles de sommeil, etc.

<sup>74</sup> Aussi nommé modèle de la tension au travail ou « *Job Strain Model* » en anglais.

<sup>75</sup> Pour plus de détails, l'auteur réfère aux travaux de Landsbergis *et al* (1995) ainsi que Levi (1995).

Il faut souligner que la demande psychologique est une variable qui englobe à la fois la quantité de travail à accomplir, les exigences mentales, les conflits de rôle et l'ambiguïté ainsi que les contraintes de temps (Probst, 2005, p. 320-321; Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p.28-29, Karasek et Theorell, 1990, p. 63-64). Karasek et Theorell suggèrent toutefois que la principale composante de la demande psychologique est la charge de travail (*work load*) pour la plupart des groupes de travailleurs. Ils la résumant d'ailleurs dans ces termes : « *The central concept is that of the mental alertness or arousal needed to carry out the task* » (1990, p.63). Ainsi selon le modèle théorique de Karasek et Theorell, par rapport à une charge de travail initiale qui est considérée comme adéquate, une augmentation supplémentaire de la charge de travail peut exiger, chez l'individu qui la subit, une dépense énergétique et une tension mentale qui excèdent ses capacités et qui, conséquemment peut mener à des conséquences néfastes : détresse, épuisement,... (Vinet, 2004, p.285)

En ce qui concerne la deuxième variable, l'autonomie (ou latitude) décisionnelle, celle-ci fait référence à la possibilité pour un individu d'exercer un contrôle sur son travail, de faire preuve de créativité, de développer ses habiletés (Probst, 2005, p. 320-321; Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p.28-29, Karasek et Theorell, 1990, p. 61-62). Karasek et Theorell raffinent leur description du concept d'autonomie décisionnelle en énonçant qu'elle se définit par la variété des tâches (*skill discretion* ou *task variety*) qu'un individu est en mesure d'effectuer dans la réalisation d'un travail, et cela en fonction de son autorité décisionnelle (*decision authority* ou *autonomy*), c'est-à-dire sa liberté de prendre des décisions par rapport à son travail. Sur le long terme, l'acquisition d'habiletés est ce qui permet aux travailleurs d'avoir une influence grandissante sur leur travail (Karasek et Theorell, 1990, p. 58-59). La force de l'interaction entre ces deux éléments est à la base même du concept d'autonomie décisionnelle développé par ces deux auteurs. Les auteurs soulignent qu'il faut tenir compte du fait que la latitude décisionnelle au niveau individuel est influencée par des sources de contrôle au niveau macro (les politiques organisationnelles par exemple) qui auront nécessairement un impact sur le degré d'autonomie des individus (p. 60-61). Toujours selon ces auteurs, ce ne serait pas tant la demande psychologique de travail qui jouerait un rôle principal dans les facteurs de risques

reliés au travail, mais plutôt le manque d'autonomie, de contrôle sur la façon dont un individu peut réagir face à la demande de travail (*idem*, 1990, p. 9).

Ce modèle théorique présuppose donc que d'avoir une latitude ou une autonomie décisionnelle sur son environnement de travail et sur ses tâches permet de diminuer le stress et d'accroître l'apprentissage, alors que la demande psychologique améliorera également l'apprentissage, mais fera augmenter le stress. Une relation asymétrique existe donc entre les deux variables principales de ce modèle (1990, p.61).

En somme, ce qui est énoncé, c'est que la perception d'une demande psychologique élevée augmente le niveau de stress lié au travail alors que l'augmentation de la perception de contrôle diminue le niveau de stress lié au travail. Mais, comme le montrent différents travaux réalisés à partir du modèle de Karasek et Theorell, les effets prédits par ce modèle ne sont pas simplement cumulatifs, ils sont également en interaction (Probst, 2005, p. 321). Cela donne lieu à quatre types de situations différentes chez les travailleurs.

Figure 9. Le modèle demande-latitude de Karasek et Theorell

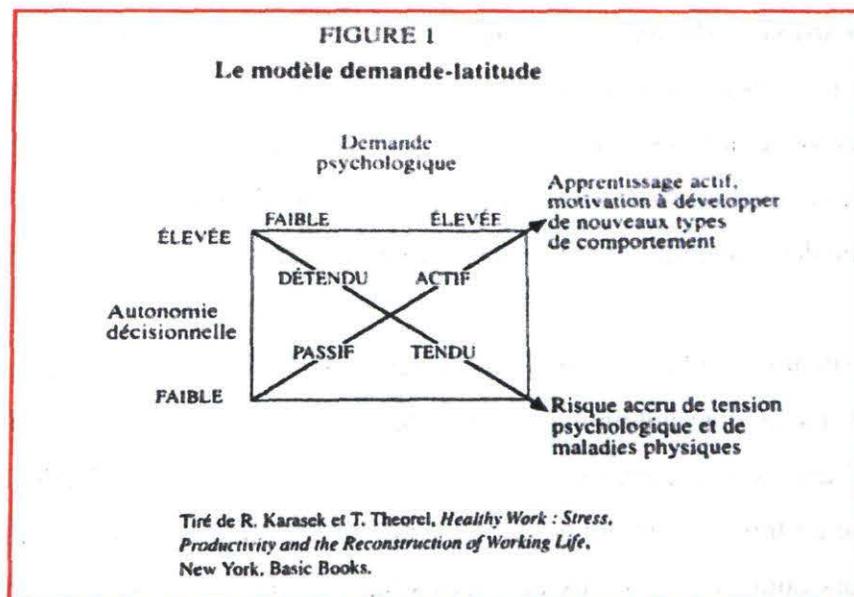


Image tirée de Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 29

Dans une première situation, celle du travailleur tendu, on observe une convergence de facteurs qui sont les plus susceptibles de créer des tensions psychologiques (fatigue, anxiété, dépression) et des maladies physiques. Comme cela l'a été mentionné un peu plus haut, cette situation correspond à un état où la demande psychologique est forte et où l'autonomie décisionnelle est faible. L'individu dans une telle situation se retrouve face à des contraintes de l'environnement qui sont supérieures à sa possibilité de prendre des décisions, d'avoir un contrôle sur ses tâches et son travail, il en résulte des conséquences négatives sur sa santé physique et mentale (Karasek, 1990, p.31-34).

Dans la deuxième situation, il faut s'imaginer l'opposé d'une situation causant un stress et une tension psychologique élevée, soit une situation où à la fois l'autonomie et la demande psychologique seront élevées, ce qui permettra un « apprentissage actif et une motivation à développer de nouveaux types de comportements » (Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 29). Un tel contexte permet donc au travailleur dit actif d'utiliser l'ensemble de ses capacités face à une situation où les contraintes imposées par l'environnement sont importantes. Karasek résume parfaitement bien les possibilités offertes par une telle situation : « *Given the freedom to decide what is the most effective course of action in response to a stressor, the individual can test the efficacy of the chosen course of action, reinforcing it if it has worked or modifying it if it has failed* » (Karasek et Theorell, 1990, 36). L'apprentissage actif est rendu possible dans cette situation parce que l'individu est confronté à des défis positifs (*positive challenges*), ce qui n'est pas le cas dans une situation où l'autonomie décisionnelle est faible (*idem*, 1990, p. 61)

La troisième situation est la situation du travailleur détendu qui se caractérise par une faible autonomie et une grande autonomie décisionnelle. Cette situation de travail, qui pourra paraître idyllique selon certains, se caractérise par des risques faibles de tension psychologique au travail étant donné que ce type de situation laisse amplement de latitude aux travailleurs pour faire face aux quelques situations plus exigeantes ou contraignantes qui surviennent (*idem*, p. 36)

Enfin, la dernière situation est celle du travailleur passif. Dans ce genre de situation, caractérisée une faible demande psychologique et une faible autonomie décisionnelle, la réponse de l'individu face à son environnement de travail peu exigeant est faible et apathique. Cela peut même résulter en une atrophie des habiletés apprises selon Karasek et Theorell (1990, p.36-37)

À partir d'enquêtes sur la qualité des emplois (*Quality of employment surveys*) aux États-Unis dans les années 70, Karasek et Theorell ont été en mesure de catégoriser un certain nombre de corps d'emploi et de métier selon leur appartenance à chacun des profils qui ont été présentés plus haut. Ainsi, selon les résultats présentés, les infirmières (*nurse*) seraient dans la catégorie des travailleurs actifs et l'équivalent de celles que l'on peut identifier comme étant les infirmières auxiliaires (*Nurse's Aide*) seraient dans la catégorie des travailleurs tendu ou soumis à une tension élevée au travail (1990, p.43).

#### 2.4.2 Modèle demande-latitude-soutien

Suite à la publication du modèle de Karasek et Theorell, Johnson et Hall proposent de bonifier le modèle initial en y ajoutant une nouvelle variable, le soutien social. Selon ces chercheurs, « la capacité d'une personne à faire face à la tension résultant d'une demande élevée, combinée à une latitude faible est meilleure lorsque la personne dispose d'un bon soutien social au travail » (Vinet, 2004, p.298).

Figure 10. Le modèle demande-latitude-soutien et la détresse psychologique

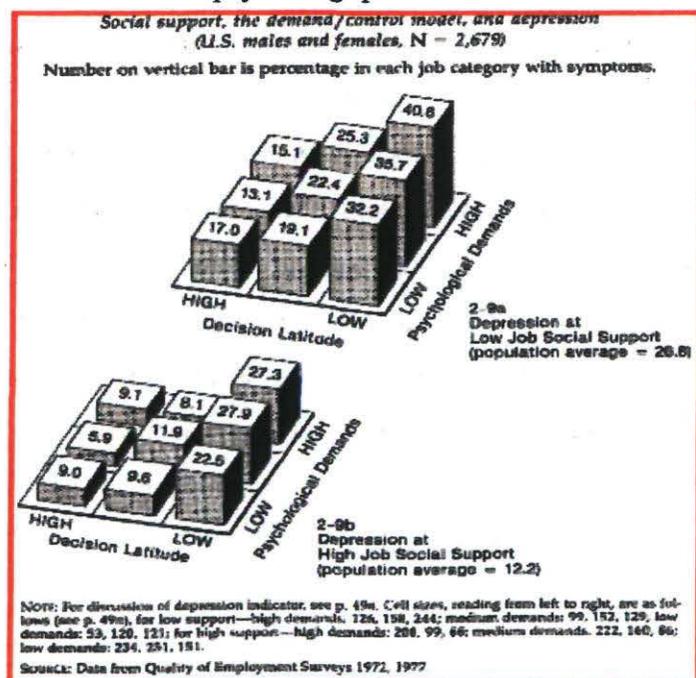


Image tirée de Karasek et Theorell, 1990, p.72

Les travaux de Johnson et Hall (1988, p.1336), basés sur une revue de littérature identifiant la présence d'un soutien social inadéquat au travail comme source de problèmes physiques et psychologiques, démontrent la pertinence d'insérer le soutien social au modèle demande-latititude présenté initialement par Karasek. En effet, ceux-ci corroborent non seulement les résultats d'études précédentes menées par Karasek et d'autres chercheurs concernant le modèle « demande-latititude », mais ils démontrent que le « *work-related social support appears to accentuate the impact of job strain, in that workers with the lowest levels of social support had higher prevalence rates and ratios at each level of job strain* » (p.1341).

Suite aux travaux de Johnson et Hall, et bien que cela pose un défi important pour leur modèle, l'ajout du soutien social devient, pour Karasek et Theorell, nécessaire et d'une importance capitale étant donné les effets manifestes de la structure de contrôle organisationnelle sur les individus (Karasek et Theorell, 1990, p. 68).

Le soutien social est défini essentiellement en ces termes : « *Social support at work refers to overall levels of helpful social interaction available on the job from both co-workers and supervisors* » (*idem*, 1990, p.69). Le soutien social peut donc inclure le soutien socioémotionnel des collègues et des supérieurs ainsi que le degré de cohésion sociale et d'intégration dans le groupe de travail, de même que le soutien instrumental, soit les ressources ou l'assistance disponibles dans l'environnement de travail ou offert par les collègues ou les supérieurs. Ce soutien social affecte le bien-être au travail de quatre façons, soit en agissant comme « tampon » entre les stressseurs psychologiques et les conséquences négatives pour la santé, en maintenant la santé à long terme et en facilitant l'acquisition de nouvelles connaissances, en facilitant l'adaptation active (*facilitate active coping patterns*) de l'individu et en induisant chez l'individu un sens identitaire basé sur des valeurs sociales partagées qui supportent sa contribution personnelle aux objectifs communs du groupe (*idem*, 1990, p. 69-71).

Il a déjà été montré que dans le modèle initial de demande-latitude, les individus pouvaient être classés dans quatre catégories distinctes soit tendu, détendu, actif et passif. Avec l'ajout de la variable soutien social, l'ajout de nouvelles catégorisations est rendu nécessaire tel que montré dans la figure ci-contre.

Dans le cadran autonomie décisionnelle élevée et soutien social élevé se trouve la catégorie des meneurs participatifs (*participatory leaders*) qui sont généralement des individus qui ont en commun de détenir un certain pouvoir, une certaine autorité, ainsi qu'une certaine influence dans les décisions collectives (*idem*, 1990, p. 74).

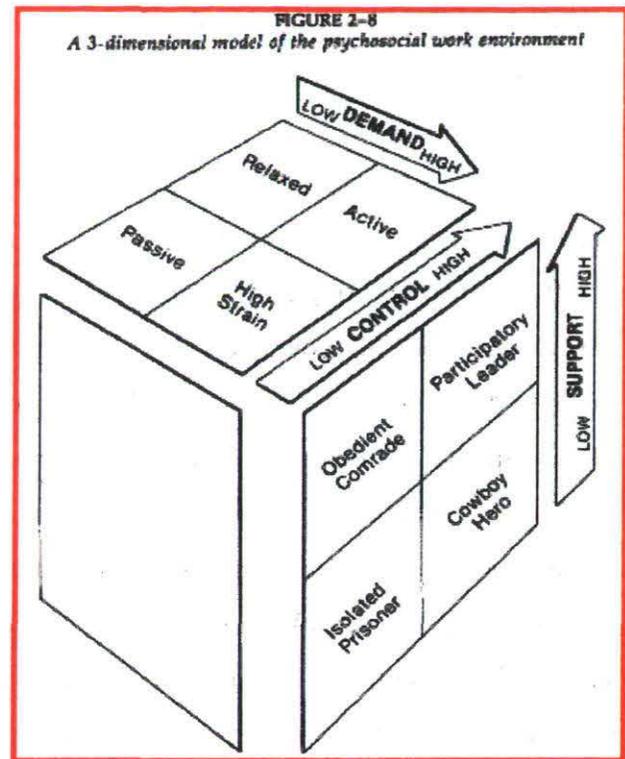


Image tirée de Karasek et Theorell, 1990, p. 70

Dans la catégorie ayant une forte autonomie décisionnelle et un faible soutien social, on retrouve les « *Cowboy Hero* ». Karasek et Theorell qualifient ce type d'individu de « *very skilled, but operating in isolation, almost in opposition to conventional social authority* » (1990, p. 74).

Ensuite vient la catégorie des individus avec un faible soutien social et une faible latitude décisionnelle. Ces individus qui sont appelés les prisonniers isolés (*isolated prisoner*) sont associés à la catégorie des travailleurs à la chaîne qui exécutent des tâches de façon presque automatisée, bref dont le travail est issu des principes de la taylorisation du travail. Les auteurs soulignent d'ailleurs que cette catégorie de travailleurs représente à leur avis une situation qui est en total désaccord avec les aptitudes physiologiques humaines étant donné que la nature même de leur travail est « *undesirable in the extreme* » (*idem*, 1990, p. 74).

Enfin, la dernière catégorie présentée par les auteurs est la catégorie des camarades obéissants (*obedient comrade*) qui présentent un soutien social élevé et une latitude décisionnelle faible. Ces individus représentent l'antithèse de l'idéal du *Comboy Hero* et se caractérisent par un travail impliquant beaucoup d'obligations et de tâches de nature sociale et interactionnelle, mais avec très peu de liberté d'action.

Le modèle de Karasek et Theorell, même avec l'ajout du soutien social, n'est toutefois pas imperméable aux critiques. D'abord, en se basant sur les travaux de Kasl (1989) et Parkes (1990), Siegrist (1996, p.28-29) énonce que la notion de contrôle comprise dans la variable latitude décisionnelle pose problème en ce qui concerne son interprétation, notamment en fonction de la tradition de recherche dans lequel s'inscrit les auteurs des études sur le sujet. Plus particulièrement, la notion de contrôle pourrait être interprétée d'abord comme étant une caractéristique objective de la situation de travail et des opportunités de contrôle offerte par les tâches du travailleur. Elle peut toutefois être également interprétée comme une évaluation subjective influencée par le jugement du travailleur sur le contrôle qu'il détient sur ses tâches de travail. Enfin, elle peut être interprétée comme étant les croyances d'un travailleur par rapport aux aspects de ses tâches sur lesquels il peut avoir un contrôle. C'est le fait que la distinction entre ces différentes interprétations n'est pas clairement définie, et ce, même dans les approches qui se disent objectives, qui pose problème. En somme, selon les propos rapportés, la conception de la latitude décisionnelle telle que présentée par Karasek et Theorell laisse place à l'influence des dispositions personnelles des individus, chacun ayant diverses façons de réagir dans des situations où le contrôle sur son environnement est limité. Toujours selon ce que rapporte Siegrist, il existe un besoin pour « *a conceptual clarification of the relationship between control-limiting job conditions and those personal characteristics that influence the perception of and the search for control* » (1996, p.29). Dans leur étude sur la validation du *Job Content Questionnaire* de Karasek et Theorell, Brisson et ses collaborateurs soulignent également l'étroitesse du concept de contrôle dans la variable de la latitude décisionnelle qui ne tient pas assez compte de l'interaction entre « *extra-professional, psychosocial and social factors, or individual psychological differences modulating strategies of stress adaptation* » (1998, p.323).

Kristensen souligne que le modèle demande-latitude-soutien a soulevé un bon nombre de critiques, tant théoriques que méthodologiques, au fil des années (1995, p.20-21). Sans soulever l'ensemble de ces critiques<sup>76</sup>, il semble à propos de souligner que selon Kristensen la méthode choisie par Karasek et Theorell apporte des biais importants par la subjectivité des réponses données par les répondants. Les travailleurs avec une mauvaise santé auraient tendance à surestimer la présence de stressseurs dans leur environnement de travail, alors que les travailleurs avec une bonne santé auraient tendance à sous-estimer ces mêmes stressseurs (Kristensen, 1995, p. 22).

#### 2.4.3 L'intégration du modèle du déséquilibre efforts-récompense de Siegrist

Siegrist, bien que reconnaissant la valeur et la contribution de Karasek et Theorell, critique leur modèle théorique notamment par rapport à la notion de contrôle. C'est donc avec l'objectif avoué de rediriger l'attention qui était accordée dans la littérature scientifique à la latitude décisionnelle que Siegrist se concentre sur la notion de reconnaissance. Ce choix est motivé par le lien qui existe, selon elle, entre les fonctions autorégulatrices liées à l'effort que sont l'estime de soi et l'efficacité personnelle, et les opportunités issues de l'environnement de travail, c'est-à-dire les récompenses (Siegrist, 1996, p.29).

Pour résumer simplement, on peut dire que « [l]e modèle effort-récompense de Siegrist vise à rendre explicite un déséquilibre éventuel entre les efforts fournis par la personne au travail et la reconnaissance à laquelle elle est en droit de s'attendre » (Vinet, 2004, p.302). Siegrist ajoute par ailleurs « *that lack of reciprocity between costs and gains, define a state of emotional distress with special propensity to autonomic arousal and associated strain reactions* » (1996, p.30).

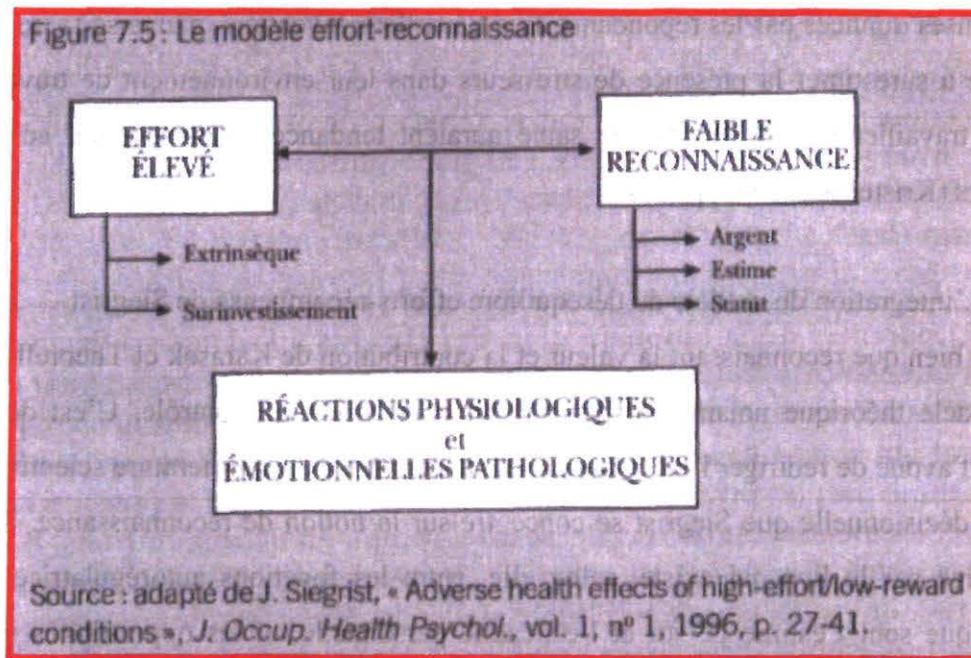
Les composantes qui interviennent donc dans ce modèle sont la variable effort, laquelle se décompose entre l'effort extrinsèque et le surinvestissement, et la variable reconnaissance, laquelle peut être liée au monétaire, à l'estime ou au statut. Selon l'état d'équilibre ou de

---

<sup>76</sup> Pour de détails concernant les critiques de ce modèle, le lecteur pourra consulter l'article de Kristensen parut en 1995 et intitulé « *The demand-control-support model: Methodological challenges for future research* » (p.20-21).

déséquilibre qui en découle, on observera différentes réactions physiologiques et émotionnelles.

Figure 12. Le modèle effort-reconnaissance de Siegrist



Tirée de Vinet, 2004, p. 303

L'effort se définit donc à partir de ces deux sources. La première, extrinsèque, correspond aux demandes, aux attentes et aux obligations en provenance de l'environnement de travail. Cela fait référence notamment aux exigences croissantes des employeurs, à l'organisation du travail, aux contraintes de temps, au travail supplémentaire. La seconde, intrinsèque, consiste aux motivations de l'individu dans son travail, mais également à ses capacités d'adaptation et son besoin d'exercer un contrôle sur son environnement de travail, particulièrement dans des conditions de travail exigeantes. Cela fait donc référence à des éléments liés à la personnalité de l'individu et peut se matérialiser dans le sens de la compétition, le sens du service ou du devoir, voire même dans le besoin d'approbation. L'effort intrinsèque peut aussi devenir excessif, d'où la possibilité de surinvestissement dans le travail (Vinet, 2004, p. 302-303; Siegrist, 1996, p.30).

Alors que la reconnaissance monétaire fait référence à la rémunération, aux perspectives de promotion ainsi qu'à la stabilité d'emploi, la reconnaissance liée à l'estime et au statut

renvoie respectivement aux aspects plus symboliques que sont le respect et la considération, de même que la position professionnelle et les responsabilités. Siegrist souligne par ailleurs que le statut est intimement lié au contrôle qu'un individu exerce sur ses tâches et sa vie professionnelle (Vinet, 2004, p. 302-303; Siegrist, 1996, p.30).

Malgré les critiques de Siegrist à l'endroit du modèle demande-latitude-soutien, plusieurs auteurs ont plaidé en faveur d'une intégration de ces deux modèles. Comme le rapporte Rydstedt, Devereux et Sverke, plusieurs études<sup>77</sup> ont par ailleurs démontré une amélioration de la valeur prédictive de ces modèles lorsqu'ils étaient combinés. Un autre argument en faveur de l'intégration de ces modèles est sans contredit la capacité des différentes variables qui les composent d'inclure un grand nombre de contraintes spécifiques aux milieux de travail (Bourbonnais, Gauthier, Vézina, Viens, Durand, Brisson, Alderson, Bégin et Ouellet, 2005, p.14).

Enfin, lorsqu'on considère également les travaux du RIPOST et du GIROST qui ont également penché en faveur d'une intégration de ces deux modèles, cela renforce notre position qui est de s'inscrire dans cette lignée de recherche.

## 2.5 Vers un modèle de recherche intégrateur

Comme le souligne Vinet, Bourbonnais et Brisson. (2003, p.35), la littérature scientifique a permis de mettre à la disposition des chercheurs des « connaissances valables et immédiatement utiles sur un certain nombre d'agresseurs psychosociaux et sur la façon dont chacun d'eux est en mesure, seul ou combiné à d'autres, d'affecter la santé des personnes qui y sont exposées ». Les modèles de Karasek et Theorell ainsi que de Siegrist sont à la base de plusieurs travaux qui ont permis d'identifier ces agresseurs psychosociaux.

Au niveau conceptuel, ces deux modèles intègrent des théories issues de la sociologie et de la psychologie pour conceptualiser et analyser l'influence de l'environnement psychosocial de travail sur la santé au travail. La demande psychologique, de même que l'effort

<sup>77</sup> Rydstedt, Devereux et Sverke (2007, p. 262) mentionnent notamment Bosma, Peter, Siegrist et Marmot (1998); de Jonge, Bosma, Peter et Siegrist (2000); Ostry, Kelly, Demers, Mustard et Hertzman (2004).

extrinsèque renvoient sensiblement au même construit en ce qui touche aux contraintes de temps et à la charge de travail. De la même façon, le soutien social et la reconnaissance liée à l'estime sont similaires sur les points conceptuels et opérationnels. Si le modèle latitude-demande-soutien se concentre sur l'environnement de travail plus micro en privilégiant des éléments comme le contenu de la tâche de travail, les conditions liées à l'environnement psychosocial de travail ainsi qu'à l'auto-efficacité personnelle, le modèle du déséquilibre efforts-récompense s'attarde plutôt aux éléments liés à reconnaissance au travail. La complémentarité observée entre ces deux modèles théoriques explique pourquoi un nombre élevé de voix suggère que soit élaboré un modèle intégré (Rydstedt, Devereux et Sverke, 2007, p.265). C'est d'ailleurs dans cette optique que s'oriente la présente recherche.

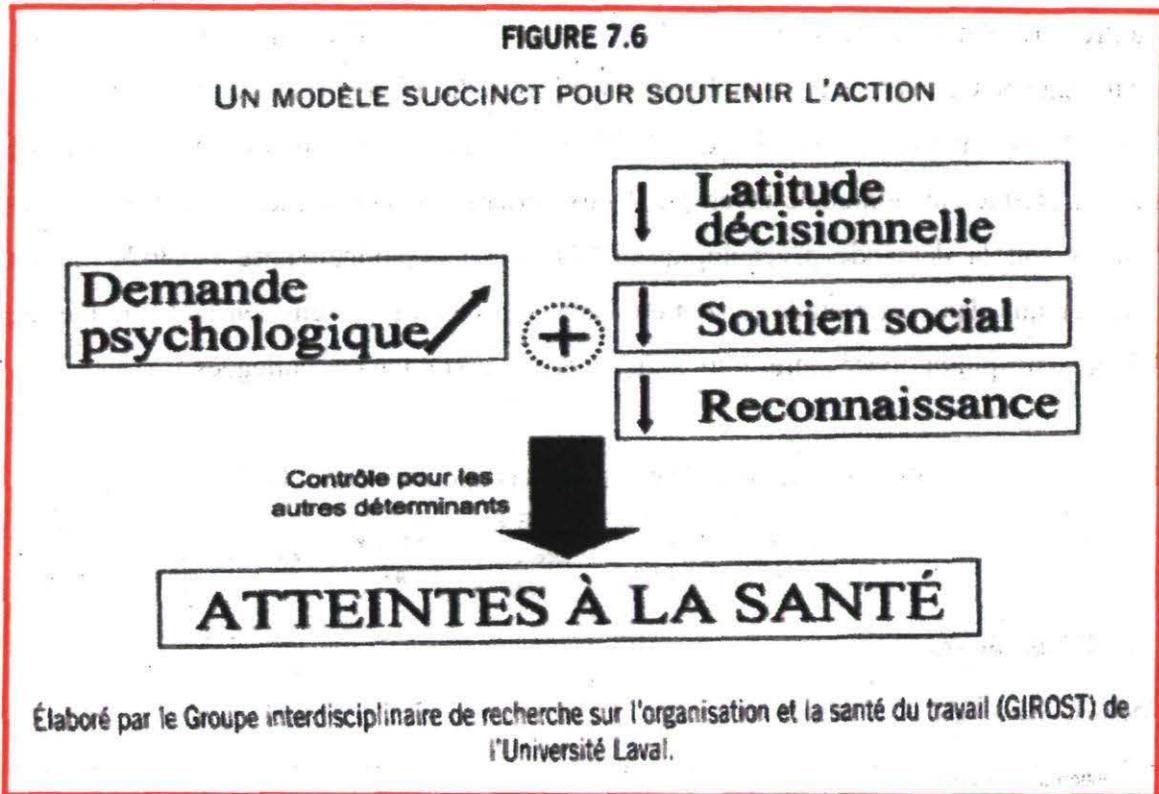
Malgré la complémentarité de ces modèles, il n'en demeure pas moins qu'une faiblesse commune importante à ces deux modèles risque de poser problème dans l'optique de son application sur une population d'infirmières. De l'avis même de Kasasek, Theorell et Siegrist, leurs modèles ont un pouvoir prédictif plus important chez les emplois de type cols bleu que chez tout autre type d'emploi (*idem*, 2007, p.266;274). Cela amène d'ailleurs Rydstedt, Devereux et Sverke à affirmer que « *the different components of these generic models may have occupation-specific signifiante* » (p.275). En conséquence, étant donné d'une part, l'importance dans la littérature des deux modèles théoriques qui composent ce modèle intégrateur, et d'autre part, la nécessité d'en tester les différentes composantes auprès de la population étudiée, cela a rendu d'autant plus pertinent de le tester sur la population infirmière.

C'est d'ailleurs ce qui a été fait puisque le modèle intégrateur proposé par le GIROST a fait l'objet de nombreuses validations auprès du personnel infirmier du Réseau québécois de la santé et des services sociaux. Ce modèle intègre les variables de la latitude décisionnelle, la demande psychologique, le soutien social ainsi que la reconnaissance. Quelques travaux<sup>78</sup> retiennent plus particulièrement l'attention, notamment les travaux de Bourbonnais et ses collaborateurs dans le cadre du RIPOST, de Lapointe et collaborateurs et plus récemment

<sup>78</sup> Pour plus de détails concernant ces travaux, se référer à la section 1.1.4 du présent document.

de Lavoie-Tremblay et collaborateurs ont déjà mis à l'épreuve ce modèle avec des résultats concluants.

Figure 13. Le modèle du GIROST



Tirée de Vinet et collaborateurs, 2003, p. 310.

En ce qui concerne les travaux du RIPOST réalisés par Bourbonnais et ses collaborateurs, l'étude menée dans 13 établissements (CHSCD, CHSLD ou CLSC) de l'agglomération de Québec démontre que plusieurs variables sont « associées de façon indépendante à la détresse psychologique » (2000, p. 13). « La combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle (RP 1,53 et 1,55)<sup>79</sup>, le faible soutien social au travail (RP 1,23 et 1,22), l'augmentation de la charge de travail (1,52 et 1,43), la diminution de la latitude décisionnelle (RP 1,10), la diminution du soutien social au travail (RP 1,13 et

<sup>79</sup> (RP) signifie Rapports de prévalence ajustés avec un intervalle de confiance de 95% pour la première et la deuxième mesure.

1,26) » (2000c, p.13) sont donc liées à la détresse psychologique.<sup>80</sup> Toutefois, ces résultats ne permettent pas de valider le modèle global proposé par le GIROST, puisque l'effet des variables sur la détresse psychologique est mesuré de façon individuelle.

D'autres résultats intéressants ont été obtenus dans l'étude de Lapointe et ses collaborateurs. Cette étude qui a eu lieu dans un centre hospitalier de la région de Québec a permis de constater que l'ensemble des variables est associé à la détresse psychologique de la façon prédite par le modèle théorique. Deux variables se démarquent toutefois dans les résultats soit la demande psychologique (0,419) et la reconnaissance (-0,467). Il faut souligner que dans cette étude le soutien social n'a pas été présenté en tant que mesure globale, mais plutôt divisé entre soutien du supérieur et soutien des collègues.

Tableau 2. Matrice de corrélation (Lapointe *et al.*, 2007)

	Latitude décisionnelle	Demande psychologique	Soutien du supérieur immédiat	Soutien des collègues	Reconnaissance	Détresse psychologique
Latitude décisionnelle	-					
Demande psychologique	,216(**)	-				
Soutien du supérieur immédiat	,298(**)	-,165(*)	-			
Soutien des collègues	,163(*)	-,194(*)	,223(**)	-		
Reconnaissance	,261(**)	-,488(**)	,513(**)	,499(**)	-	
Détresse psychologique	-,142	,419(**)	-,223(**)	-,155(*)	-,467(**)	-

Extrait d'une matrice de corrélations tirées de Lapointe *et al.*, 2007, p.50. N=162, \*p ≤ ,05, \*\*p ≤ ,01

Enfin, les travaux de Lavoie-Tremblay se révèlent être d'un intérêt très particulier, puisqu'ils s'intéressent d'une part à la relation entre les variables du modèle théorique et la détresse psychologique, mais aussi d'autre part à la relation entre l'environnement de travail et l'intention de quitter. Cette étude a été menée sur l'ensemble de la population

<sup>80</sup> Dans cette étude, il a été établi que la reconnaissance était faible chez 60% des infirmières (2000c, p.12), mais n'a pas été associé à la détresse psychologique. Le volet qualitatif de l'étude a également fait état d'un faible niveau de reconnaissance au travail (2000b, 12-13)

québécoise d'infirmière, mais en se concentrant sur les nouvelles recrues de moins de 24 ans oeuvrant dans le Réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Leur étude a été présentée dans deux articles, l'un publié dans le *Journal of Nursing Scholarship* et l'autre dans le *Journal of Nursing Management*. L'étude de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs se proposent « *to investigate the dimensions of the psychosocial work environment that influence psychological distress* » (Lavoie-Tremblay et al., 2008b, p. 292), mais aussi « *to investigate which dimensions of the psychosocial work environment influence the intent to leave a job* » (Lavoie-Tremblay et al., 2008a, p.727). Cette étude très récente et réalisée au Québec par des chercheurs de l'Université McGill est donc particulièrement pertinente, puisqu'elle se penche sur des questionnements très similaires à ceux qui sont posés dans la présente recherche.

Figure 14. Matrice de corrélation (Lavoie-Tremblay, 2008b)

	Decision latitude	Psychological demand	Total social support	Effort/reward ratio
Decision latitude	1.00			
Psychological demand	.10	1.00		
Total social support	.33**	-.29**	1.00	
Effort-Reward ratio	-.13*	.62**	-.49**	1.00
Psychological distress	-.13*	.32**	-.18**	.39**

*Note.* \* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$ .

Tirée de Lavoie-Tremblay et al., 2008b, p. 294

Les résultats obtenus montrent à nouveau que la demande psychologique (0,32) et la reconnaissance (0,39)<sup>81</sup> ont les corrélations les plus élevées avec la détresse psychologique. La latitude décisionnelle et le soutien social, bien que corrélés moins fortement, sont aussi significatifs et influencent donc la détresse psychologique de la façon prédite par le modèle théorique. L'étude se concentre également sur l'impact de l'environnement psychosocial de travail des infirmières sur l'intention de quitter son emploi, mais aussi sur l'intention de quitter sa profession.

<sup>81</sup> Lavoie-Tremblay utilise intégralement la mesure élaborée par Siegrist, soit le ratio effort/récompense comme variable. Selon ce modèle, plus un déséquilibre est observé entre les efforts déployés par l'individu et les récompenses qu'il reçoit, plus il s'en suivra une détresse psychologique. Le résultat obtenu ci-haut indique donc qu'un plus grand déséquilibre sera lié à une plus grande détresse psychologique.

Figure 15. Environnement psychosocial de travail vs intention de quitter son emploi

**Table 2**  
Cross-table and chi-square tests between psychosocial work environment dimensions and intent to quit current position in nursing

Psychosocial work environment dimensions	Intent		$\chi^2$	d.f.
	n	n		
Effort/reward imbalance	127	51	14.561*	1
Lack of social support from colleagues and superiors	131	45	29.352*	1
High psychological demand	104	53	2.441	1
Low decisional latitude	114	65	0.492	1
Elevated job strain	61	29	1.751	1

\* $P \leq 0.001$ .

Tirée de Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008a, p. 729

Figure 16. Environnement psychosocial de travail vs intention de quitter sa profession

**Table 4**  
Cross-table and chi-square tests between psychosocial work environment dimensions and intent to quit the nursing profession

Psychosocial work environment dimensions	Intent		$\chi^2$	d.f.
	n	n		
Effort/reward imbalance	32	143	11.197†	1
Lack of social support from colleagues and superiors	22	152	0.008	1
High psychological demand	27	127	6.100*	1
Low decisional latitude	26	148	1.542	1
Elevated job strain	17	70	4.771*	1

\* $P \leq 0.05$ , † $P \leq 0.01$ .

Tirée de Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008a, p. 729

Selon les résultats obtenus, l'intention de quitter l'emploi serait essentiellement due au manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs ainsi qu'à un manque de reconnaissance. En ce qui concerne l'intention de quitter la profession, le manque de reconnaissance serait la principale variable associée, alors qu'une demande psychologique élevée ainsi qu'une tension au travail (*job strain*) élevée seraient également associées à cette variable, mais dans une moindre mesure (2008a, p. 729-730).

Enfin, bien que n'ayant pas été réalisée dans le contexte québécois, l'étude NEXT réalisée en Europe et dont les résultats ont été brièvement présentés précédemment permet également d'appuyer la présente démarche puisqu'elle établit des liens entre la détresse psychologique et l'intention de quitter la profession infirmière. Cette étude montre notamment que la présence d'un état de détresse lors de deux mesures temporelles<sup>82</sup> ou l'apparition d'un état de détresse psychologique au moment de la deuxième mesure seraient liées à un risque plus élevé de présenter une intention de quitter la profession élevée. Ce constat est d'autant plus important étant donné l'ampleur de cette recherche et son aspect transculturel (Hasselhorn *et al.*, 2008, p. 79-80).

<sup>82</sup> Dans l'étude, ces deux moments étaient distants d'environ 12 mois (Hasselhorn *et al.*, 2008, p. 80).

Les résultats de ces différentes études soutiennent, par leurs conclusions respectives, l'orientation qui est donnée à la présente recherche, puisqu'elles soutiennent d'une part le rôle de l'environnement psychosocial de travail sur la détresse psychologique, mais également sur l'influence de l'environnement psychosocial sur l'intention de quitter. Ce que se propose de démontrer la présente recherche, c'est qu'en présence d'un environnement psychosocial de travail favorisant la détresse psychologique chez les infirmières, un lien direct entre cette détresse psychologique et l'intention de quitter est présent, et que ce lien sera plus ou moins fort selon que l'infirmière énonce vouloir quitter son unité de soin, son employeur ou sa profession.

### 2.5.1 Formulation de la question de recherche

Maintenant que le modèle théorique retenu a été bien défini et que les prémisses de notre démarche réflexive ont été annoncées, l'étape suivante est de bien définir la question de recherche à proprement parler. Nous avons déjà montré que l'environnement psychosocial de travail et son impact sur la détresse psychologique sont des éléments clés dans l'explication de la problématique. Néanmoins, la variable détresse psychologique, de par son rôle central dans la rétention du personnel, se doit d'être au cœur de la démarche. C'est la présence ou l'absence d'un niveau élevé de cette détresse qui est présumée être l'élément pivot de la remise en question chez les infirmières de leur engagement dans leur unité de travail, leur organisation, voire leur profession. C'est ainsi que nous avons formulé notre question de recherche :

« La présence d'une détresse psychologique est-elle associée positivement au désir de quitter chez des infirmières œuvrant dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés? »

Bien entendu, certains sous-questionnements doivent également être partie intégrante de la présente réflexion. D'abord, il semble incontournable de tenter de confirmer les résultats de recherches antérieures dans la littérature en validant l'influence des variables de l'environnement psychosocial de travail sur la détresse psychologue, et conséquemment sur l'intention de quitter. Cela se concrétisera dans la sous-question suivante :

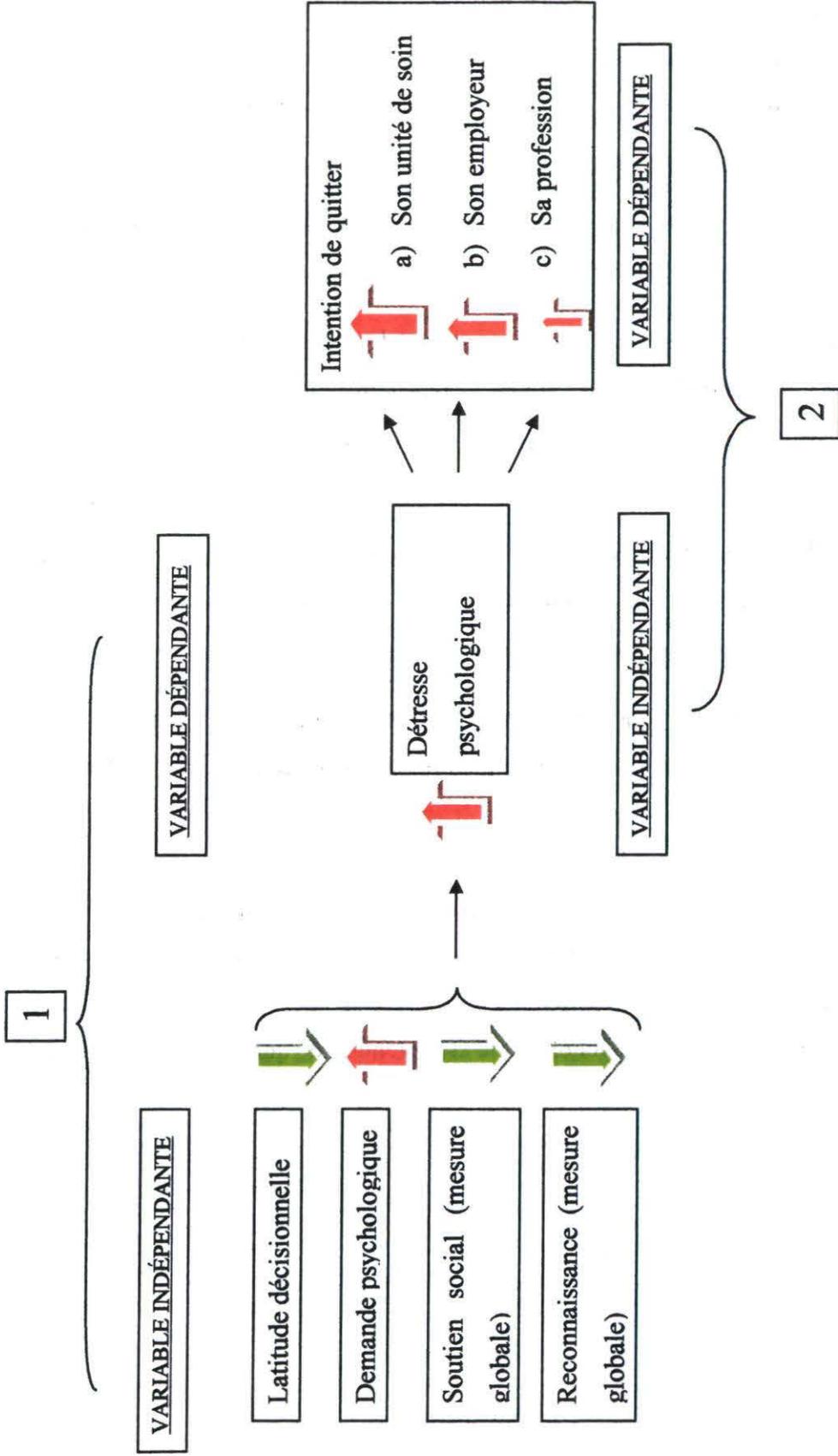
« La présence de détresse psychologique chez les infirmières est-elle associée à certains facteurs de l'environnement psychosocial de travail soit la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible, le soutien social faible et la reconnaissance faible ? »

Enfin, il faut également s'attarder au fait que le désir de quitter peut être exprimé à divers niveaux. Ainsi, une infirmière pourra exprimer son intention de quitter son unité de travail, mais ne pas avoir l'intention de quitter son employeur ou encore sa profession. Dans le souci de pouvoir mieux nuancer les résultats observés, un deuxième sous-questionnement sera :

« La relation entre, d'une part, la détresse psychologique élevée et, d'autre part, l'intention de quitter élevée varie-t-elle en fonction du « lieu » (profession, emploi ou unité de soin) que l'infirmière mentionne vouloir quitter ? »

À partir de cette question principale et de ces questions secondaires, il est proposé de schématiser le tout dans le modèle d'analyse suivant :

2.5.2 Modèle d'analyse



Ce modèle indique bien que l'examen des hypothèses se fera en deux étapes : d'abord tester le lien entre l'environnement psychosocial de travail et la détresse psychologique, pour ensuite tester le lien entre cette détresse et les différentes intentions de quitter.

### 2.5.3 Hypothèses de départ

En regard des résultats observés dans la littérature et en fonction des questionnements énoncés précédemment, les hypothèses de recherche sont formulées comme suit :

H1 : Un groupe d'infirmières exposé à une forte demande psychologique, à une latitude décisionnelle faible, à un soutien social faible et à une reconnaissance faible aura une manifestation plus forte de détresse psychologique qu'un groupe d'infirmières non exposé à ces conditions.

H1 : Un groupe d'infirmières présentant une forte détresse psychologique aura une manifestation plus forte d'intention de quitter qu'un groupe d'infirmières non exposé à cette condition.

H3 : La force de la relation entre la détresse psychologique et l'intention de quitter sera plus grande pour l'intention de quitter l'unité que pour l'intention de quitter l'employeur et la profession.

En guise de conclusion, on peut mentionner simplement que l'objectif est de valider les résultats obtenus dans d'autres études québécoises en regard du rôle de l'environnement psychosocial de travail, tout en se distinguant légèrement de celles-ci en explorant directement le lien entre la détresse psychologique et l'intention de quitter à divers niveaux.

« *Self-report questionnaires administered to workers [...] are simple to administer and have great appeal for tapping core concepts in the work redesign efforts of Quality of Work Life research [...]* »

(Karasek et Theorell, 1990, p.79)

### **CHAPITRE III : CADRE MÉTHODOLOGIQUE**

Les deux chapitres précédents ont permis de mieux cerner la problématique de la rétention des infirmières en présentant un portrait succinct, mais global de la situation des infirmières, tout en s'attardant aux modèles théoriques et aux facteurs explicatifs de cette problématique. Le présent chapitre se concentrera sur les aspects méthodologiques de la démarche de recherche en présentant la stratégie de recherche documentaire, les éléments relatifs à l'échantillonnage et la collecte de données, mais également à la mesure de la fidélité et de la validité des variables de même que la stratégie d'analyse des données et certains constats méthodologiques.

#### **3.1 Stratégie de recherche documentaire**

La première étape de recherche documentaire visait l'obtention un certain nombre d'ouvrages et d'articles scientifiques sur la rétention de la main d'œuvre infirmière ainsi que sur différents modèles explicatifs du roulement volontaire dans cette population. La recherche documentaire a été effectuée à partir du moteur *EBSCO Host* sur les bases de données *Academic Search Premier, Business Source Premier, Canadian Literary Centre, Human Resources Abstracts, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, Vente et Gestion, Women's Studies International*. La recherche a également été faite sur le moteur *ProQuest* sur les bases de données *ABI/INFORM Dateline, ABI/INFORM Global, ABI/INFORM Trade & Industry, Canadian Research Index, CBCA Complete, Dissertations & Theses, ProQuest Asian Business and Reference, ProQuest European Business*. Les principaux mots clés utilisés étaient les suivants (sous divers agencements): *literature review, nurse, nursing, retention, turnover, attrition, shortage, intent to leave, intent to quit, propensity to leave, intent to stay*. La plupart des textes ont été sélectionnés avec EBSCO, ceux-ci étant en plus forte proportion des

recensions d'écrit, mais surtout des articles scientifiques avec comité de lecture. Les critères de date retenus étaient de conserver les articles datant de 1990 jusqu'à 2009.

En addition à cette recherche générale de documentation, certaines recherches spécifiques ont été menées pour trouver des articles traitants de certains modèles théoriques précis. Dans ces cas plus précis, les noms des auteurs ou le nom du modèle théorique étaient utilisés en tant que mot clé, combiné avec certains autres mots clés propres à la présente recherche et identifiés ci-haut (Ex. : *Karasek et Theorell Demand-Control model, Demand-Control-Support model, intent to leave, turnover, retention, nurse, nursing*).

Enfin, la démarche de recherche documentaire s'est étendue à la recherche de documents complémentaires permettant de mieux cerner les caractéristiques de la population québécoise d'infirmières, l'ampleur de la pénurie qui la touche, mais surtout d'insérer la problématique de la rétention des infirmières dans le contexte social québécois. Une recherche a donc été effectuée sur les sites internet du RIPOST, de l'ISQ, de Statistique Canada, ainsi que sur le site de l'OIIQ et de l'OIIAQ. Des recherches supplémentaires ont également été effectuées afin d'obtenir certains articles publiés par le GIROST.

## 3.2 Sources des données

### 3.2.1 Population visée par l'étude

De par son recours à des modèles théoriques existants dans le but d'interpréter des données tangibles et de les faire concorder avec ces modèles, la présente recherche s'inscrit dans une approche résolument déductive. Ainsi, les données recueillies auprès de la population cible, le personnel infirmier à l'emploi d'un CHSGS de la province de Québec, ont été utilisées dans l'optique de valider un modèle théorique sur un phénomène singulier, soit l'impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale et la rétention des infirmières.

Dans ce cadre, la population visée est constituée d'infirmières auxiliaires, d'infirmières, d'infirmières cliniciennes et d'assistantes-infirmières-chef œuvrant dans les différentes unités de soins de l'établissement de santé désigné. La totalité de la population est ciblée

par la présente étude, ce qui représente environ 800 infirmières et 275 infirmières auxiliaires (OIIQ, 2009, p.169, OIIAQ, 2009, p.54). Au total, les infirmières de ce CHSGS représentent une partie importante des infirmières embauchées par le RQSSS dans sa région.

L'établissement de soins visé par l'étude est un centre hospitalier offrant des services de consultations externes, un centre de jour, une urgence de même que de lits pour les besoins en psychiatrie en plus de ceux réservés pour des soins physiques plus généraux. Comme cela l'a déjà été souligné précédemment, le CH en question ne fait pas partie d'un CSSS, même si un tel type d'établissement existe sur le même territoire.

Dans le cadre de la recherche, 650 questionnaires ont été distribués par les responsables syndicaux aux membres du personnel visés qui étaient présents sur leur lieu de travail lors de la période de distribution des questionnaires. Des 650 répondants potentiels ayant reçu un questionnaire au travail, 444 les ont complétés et retournés. Certains employés, pour divers motifs, n'ont pu être joints sur leur lieu de travail et ont donc reçu un questionnaire par la poste avec des enveloppes de retour affranchies. 300 questionnaires ont ainsi été postés, mais seulement 20 sont revenus complétés en totalité. Au total donc, 464 employées ont répondu à l'enquête, ce qui constitue l'échantillon total. En termes de taux de participation, et ce, en calculant les deux méthodes de distribution du questionnaire, on obtient un taux de 48,84%. Cependant, en ne considérant que les questionnaires distribués sur place, le taux de réponse obtenu est de 68,30%, ce qui constitue un taux plus qu'acceptable.

Fait important à souligner, le questionnaire a aussi été administré aux inhalothérapeutes travaillant pour le même centre hospitalier. Il a cependant été décidé de retirer ce groupe de répondants (n=36) du cadre de la présente recherche étant donné les différences relativement importantes qui existent entre les réponses obtenues lors de cette enquête par cette catégorie d'emploi et les autres catégories d'infirmières.

De plus, tous les répondants (25) ayant omis de répondre à plus de deux items pour une variable se sont vus exclus de l'analyse<sup>83</sup>. Le nombre final de répondants composant l'échantillon est donc de 403.

### 3.2.2 Outils et procédure de collecte de données

La méthode de recueil d'information choisie pour l'étude est l'enquête par questionnaire avec une administration directe par le répondant. Cette méthode permet de rejoindre l'ensemble de la population visée par la recherche, chose qui aurait été plus difficile, plus longue et surtout plus coûteuse à faire avec des entretiens individuels.

L'outil de collecte utilisé a été élaboré à partir des travaux du GIROST et du RIPOST, Bourbonnais et ses collaborateurs (2005) ont par ailleurs bonifié cet outil au fur et à mesure de leurs différentes enquêtes auprès de la population infirmière. La version du questionnaire utilisée en 2005 mesurait les variables suivantes : la demande psychologique; la latitude décisionnelle; le soutien social au travail; la reconnaissance; le sens du travail; la prévisibilité au travail; la demande émotionnelle; les comportements agressifs des résidents; la violence physique et l'intimidation au travail; la détresse psychologique; les problèmes de sommeil et la perception de l'état de santé.

Ce questionnaire a également été repris par Lapointe et ses collaborateurs (2007) lors d'une étude antérieure au sein de différentes unités de soins d'un centre hospitalier de la région de Québec.

Il faut souligner que ce questionnaire a également été modifié par l'équipe de chercheurs dans la présente étude. Aux variables mentionnées ci-haut, de nouvelles ont été incluses et certaines ont été soustraites. Ainsi, se sont ajoutés des items sur l'engagement affectif, l'engagement de continuité, l'engagement normatif, la cohésion d'équipe et enfin sur les différentes intentions de quitter. Toutefois, les items concernant certaines variables ont été

---

<sup>83</sup> Cette façon de faire est en accord avec la procédure établie par Karasek (1990) ainsi que Brisson et ses collaborateurs (1998).

retirés, c'est le cas, par exemple des items concernant la demande émotionnelle, les comportements agressifs des résidents, la violence physique et l'intimidation au travail.

En somme, l'objectif recherché lors de l'administration de ce questionnaire était de recueillir les perceptions des infirmières à l'égard de leur environnement psychosocial de travail, ce qui englobe l'organisation du travail (latitude décisionnelle, demande psychologique, prévisibilité au travail et sens du travail), le soutien social (incluant celui des supérieurs et des collègues) et la reconnaissance, les caractéristiques du travail dans l'équipe (cohésion de l'équipe de travail), la santé psychologique au travail (détresse psychologique ainsi que trouble d'endormissement et santé générale) et enfin l'attachement et l'intention de quitter (intention de quitter l'unité, le milieu de travail et la profession de même que l'engagement affectif, normatif et de continuité). Cependant, en regard des objectifs de la démarche actuelle et du champ théorique couvert, seules les variables identifiées précédemment dans le modèle d'analyse ont été retenues aux fins des analyses statistiques.

La procédure de collecte de données s'est déroulée entre les mois de juin et de septembre de l'année 2008. Dans un premier temps, en se servant de la liste des employés, les chercheurs ont associé chaque employé à un numéro qui a été inscrit sur un questionnaire<sup>84</sup>. Dans un deuxième temps, l'équipe de recherche a remis aux mandataires du syndicat représentant les employés du centre hospitalier les questionnaires numérotés. Il en a été distribué un nombre équivalent à l'échantillon total étudié. Lors de la distribution des questionnaires, les responsables syndicaux ont donné les questionnaires numérotés aux personnes correspondantes. Ceux-ci ont informé les participants des modalités et implications de la participation à l'étude. Une fois le questionnaire complété, celui-ci a été déposé par les répondants dans une enveloppe scellée afin de préserver la confidentialité des réponses. L'enveloppe a ensuite été insérée dans une boîte scellée, installée dans

---

<sup>84</sup> Les employés se sont vus attribuer un numéro afin de permettre le croisement des réponses données au questionnaire avec les données des fiches de rémunérations de chaque employé. Bien que ces fiches ne soient pas analysées dans la présente recherche, l'équipe de chercheur a utilisé ces données pour des recherches ultérieures.

chacune des unités, puis les responsables syndicaux se sont chargés de ramasser les boîtes scellées et l'ensemble des enveloppes cachetées a été remis à l'équipe de recherche.

### 3.3 Mesures des variables

Les variables retenues pour la présente étude ayant bien été identifiées, la prochaine étape consiste à préciser le contenu des variables étudiées en présentant les items qui y sont rattachés de même que certaines considérations méthodologiques et statistiques.

D'entrée de jeu, précisons que toutes les variables présentes dans le questionnaire ont été mesurées sur une échelle de Likert. Pour les variables « latitude décisionnelle », « demande psychologique », « soutien social » et « reconnaissance », l'échelle de Likert à quatre niveaux était graduée comme suit : « Fortement en désaccord; En désaccord; D'accord; Fortement en accord ». Pour la détresse psychologique, l'échelle de Likert était également à quatre niveaux, mais graduée comme suit : « Jamais; De temps en temps; Assez souvent; Très souvent ». Enfin, pour les intentions de quitter, l'échelle de Likert était graduée différemment. Pour les trois premiers énoncés les sept niveaux suivants étaient utilisés : « Constamment; Très souvent; Assez souvent ; De temps à autre; Occasionnellement; Rarement; Jamais », alors que pour les six derniers énoncés c'est plutôt les sept niveaux suivants qui ont été utilisés : « Extrêmement fortes; Très fortes; Fortes; Plus ou moins fortes; Faibles; Très faibles; Nulles ». On remarque ainsi que si pour les premières variables on tentait d'obtenir le niveau d'accord avec les énoncés, pour ces dernières variables on cherchait également à obtenir d'abord la fréquence d'occurrence de certains énoncés.

Le questionnaire utilisé, dont une copie se trouve en annexe du présent document, a été divisé en six sections distinctes<sup>85</sup>. La première section sert à dresser un portrait sociodémographique des répondantes en collectant des informations comme le sexe, l'âge, le titre d'emploi, l'ancienneté, etc.

Dix-huit des vingt-trois items de la deuxième section du questionnaire sur l'organisation du travail sont consacrés aux variables de la latitude décisionnelle et de la demande

<sup>85</sup> Dans le cadre de la présente étude, la section 4 du questionnaire n'a pas été utilisée.

psychologique. Ces deux variables sont donc évaluées à l'aide de 18 énoncés<sup>86</sup>, huit pour chaque variable, tirés de la traduction française du *Job Content Questionnaire*<sup>87</sup> élaboré par Karasek et Theorell (1990).

L'ensemble des énoncés<sup>88</sup> de la troisième partie du questionnaire porte sur le soutien social et la reconnaissance. Les énoncés relatifs au soutien social au travail ont été mesurés également à l'aide du *Job Content Questionnaire* élaboré par Karasek et Theorell (1990). Cependant, les énoncés qui traitent de la reconnaissance au travail ont été extraits de la traduction française<sup>89</sup> du questionnaire du modèle de déséquilibre effort récompense de Siegrist (1996). Il faut souligner, conformément à ce qu'indique Bourbonnais *et al.* (2005, p.19), que contrairement au modèle initial de Siegrist qui intègre la variable « effort » dans son modèle théorique, cette variable est retirée dans le questionnaire et est remplacée plutôt par la variable demande psychologique.

La cinquième section du questionnaire traite, quant à elle, de la santé psychologique au travail. Quatorze des seize items<sup>90</sup> contenus dans cette section mesurent la détresse psychologique à partir des énoncés de la version allégée du *Psychiatric Symptom Index* (PSI)<sup>91</sup> de Ilfeld (1976). Précisons que l'indice original, le PSI, « appartient à une famille d'échelles qui postulent l'existence d'un continuum de santé/maladie mentale, avec à une extrémité la réaction de tristesse normale et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires et d'incapacités fonctionnelles graves » (Légaré *et al.*, 2000, p.333). Cet indice mesure la fréquence de certains symptômes d'anxiété, de dépression, d'agressivité et de troubles cognitifs au cours de la semaine précédente la mesure et n'a, en outre, pas été conçu pour distinguer l'ensemble des

<sup>86</sup> Voir les énoncés 1 à 9 (latitude décisionnelle) et 10 à 18 (demande psychologique) de la section 2 du questionnaire présenté à l'annexe D

<sup>87</sup> La traduction française du questionnaire a été proposée par Brisson, Blanchette, Guimont, Dion, Moisan, Vézina, Dagenais et Massé, (1998).

<sup>88</sup> Voir les énoncés 1 à 8 (soutien social) et 9 à 19 (reconnaissance au travail) de la section 3 du questionnaire présenté à l'annexe D

<sup>89</sup> La traduction française de ce questionnaire a été effectuée par Niedhammer, Bonenfant, Goldberg et Leclerc (2000).

<sup>90</sup> Voir les énoncés 1 à 14 de la section 5 du questionnaire présenté à l'annexe D.

<sup>91</sup> La traduction de cette version allégée du *Psychiatric Symptom Index* a été élaborée par Bellerose, Lavallée, Chénard et Levasseur (1995).

psychopathologies. Le PSI possède aussi une bonne validité concomitante pour certaines mesures relatives à la santé mentale, « soit la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, l'hospitalisation pour ce type de problème, la présence d'idées suicidaires ou les tentatives de suicide et la consommation de médicaments psychotropes » (Bourbonnais *et al.*, 2005, p.19).

La dernière et sixième section de ce questionnaire aborde la question de l'attachement et de l'intention de quitter. Neuf des vingt-huit items<sup>92</sup> traitent soit de l'intention de quitter l'unité, l'intention de quitter l'employeur ou l'intention de quitter la profession. Ces items ont été élaborés à partir des travaux de différents chercheurs qui ont tablé sur la notion d'intention de quitter en tant meilleur indicateur d'un « passage à l'acte » imminent ou futur. Cela avait d'ailleurs été avancé très tôt, dès 1975, par Fishbein et Ajzen's qui soulignait que « *the best single predictor of an individual's behavior will be a measure of his intention to perform that behavior* » (citation tirée de Steel et Ovalle, 1983, p.1984). L'article de Meyer, Allen et Smith (1993, p.542), a néanmoins été la principale référence utilisée pour l'élaboration des items du questionnaire. Ainsi, en se basant sur cet article, la meilleure façon de formuler cette cognition, l'intention de quitter, qui est en amont du geste concret de quitter son poste, son emploi ou sa profession, est de mesurer la fréquence d'apparition d'une pensée comme « Je songe à quitter [...] ». Par ailleurs, il faut aussi déterminer si cette intention de quitter risque de se concrétiser, d'abord, dans un avenir temporel proximal avec des énoncés comme « Les probabilités que je me cherche bientôt du travail [...] » et ensuite dans un avenir temporel plus distal avec des énoncés comme « Les probabilités que je quitte [...] au cours de la prochaine année sont [...] ». En somme, c'est donc trois éléments distincts qui sont mesurés pour chaque lieu qu'un répondant peut quitter.

---

<sup>92</sup> Voir les énoncés 1, 4 et 7 pour l'intention de quitter l'unité, 2,5 et 8 pour l'intention de quitter l'employeur ainsi que les énoncés 3,6 et 9 pour l'intention de quitter la profession dans la section 6 du questionnaire présenté à l'annexe D.

### 3.4 Fidélité et validité des variables

D'emblée, il faut mentionner que le questionnaire utilisé repose sur plusieurs modèles théoriques bien établis et ayant fait leurs preuves. Il en résulte que les items utilisés pour mesurer les variables ont déjà démontré leurs valeurs psychométriques dans plusieurs des travaux suivants : Niedhammer, Isabelle (2002); Niedhammer I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S. et Degioanni S. (2006); Niedhammer Isabelle, Tek, Marie-Ly, Starke, Dagmar, Siegrist Johannes (2004); Siegrist Johannes, Starke, Dagmar, Chandola, Tarani, Godin, Isabelle, Marmot, Michael, Niedhammer Isabelle, Peter, Richard (2004). Quelques constats et comparaisons relativement à la validité et la fidélité des variables s'avèrent néanmoins de mise.

Tableau 3. Fidélité des variables

<b>Identification des variables</b> (dans leur ordre d'apparition dans le modèle théorique)	<b>Nombre d'items</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Latitude décisionnelle	9	,688
Demande psychologique	9	,808
Soutien social	8	,800
Reconnaissance	11	,807
Détresse psychologique	14	,915
Intention de quitter l'unité	3	,922
Intention de quitter le CH	3	,893
Intention de quitter la profession	3	,849

N=403

Le tableau ci-dessus s'attarde à l'aspect de la fidélité des variables. Si, d'emblée la présente étude ne permet pas d'établir si la mesure des variables est stable dans le temps, puisque la mesure n'a été effectuée qu'une seule fois<sup>93</sup>, il est toutefois possible d'établir la constance de l'objet mesuré grâce au test d'Alpha de Cronbach. En effet, par ce test, il sera possible d'évaluer si les items de l'échelle de mesure utilisée évaluent bien le construit de chaque

<sup>93</sup> Cela exclut donc la possibilité d'évaluer la fidélité test-retest dans le cadre de la présente étude.

variable en établissant la cohérence interne de chacune d'elles, ou autrement dit en s'assurant de « l'homogénéité des éléments de l'échelle de mesure ». Cette homogénéité se concrétisera par une cote située entre 0 et 1, où 1 reflète une situation où tous les items convergent parfaitement, avec une intensité identique, vers la même réponse (Université de Sherbrooke, 2010).

Les résultats ci-dessus montrent d'ailleurs une très forte cohérence interne, puisque l'ensemble des variables, à l'exception de la latitude décisionnelle, obtient un score supérieur à 0,8 ou plus. En ce qui concerne la latitude décisionnelle, le résultat obtenu à ce test tranche d'avec les résultats obtenus par Brisson et ses collaborateurs (1998, p.329)<sup>94</sup> ou ceux présentés par Karasek et Theorell. Ces auteurs ont respectivement obtenu des Alpha de Cronbach de .81 et .77 chez les femmes de même que 0.83 et .80 chez les hommes. Ces auteurs avaient également obtenu des résultats inférieurs pour la demande psychologique (respectivement .73 et .70 pour les femmes et .74 et .61 pour les hommes). Il n'en demeure pas moins que ces résultats sont tout à fait comparables et dénotent également d'une bonne cohérence interne.

Afin d'enrichir un peu ce portrait et de permettre une comparaison plus étoffée avec les résultats obtenus dans la présente enquête, soulignons que diverses études telles celles de Siegrist et Niedhammer ont également évalué les qualités psychométriques des questionnaires de Karasek et Theorell ainsi que celui de Siegrist. En 2002<sup>95</sup>, Niedhammer montre que le *Job Content Questionnaire* permet d'obtenir des Alpha de Cronbach de .79 pour la latitude décisionnelle, de .77 pour la demande psychologique et de .80 pour le soutien social (p.136). En 2004, une autre étude de Niedhammer *et al.* (2004)<sup>96</sup> montre

---

<sup>94</sup> Dans leur étude, Brisson *et al.* testent la validité de la traduction française du *Job Content Questionnaire* de Karasek et Theorell. Les auteurs ont testé le questionnaire sur 8263 travailleurs provenant de 20 différentes organisations des secteurs public et privé de la région de Québec (1998, p.324).

<sup>95</sup> Dans cette étude, Niedhammer évalue les propriétés psychométriques de la traduction française du *Job Content Questionnaire*. Pour ce faire, les auteurs ont distribués le questionnaire auprès de 11447 travailleurs masculins âgés de 40 à 50 ans et de travailleuses féminines de 35 à 50 ans travaillant pour la société Électricité de France-Gaz de France (2002, p. 130).

<sup>96</sup> L'étude de Siegrist et ses collaborateurs teste le modèle du déséquilibre effort-récompense. L'échantillon utilisé est composé de cohortes de participants de cinq études : Somstress study (n=3796), GAZEL-Cohort Study (n=10174), WOLF-Norrlund Study (n=960), Whitehall II Study (n=3697) et Public Transport Employees Study (n=316) (2004, p. 1485-1486).

qu'au niveau de la reconnaissance, l'Alpha de Cronbach mesuré auprès de quatre cohortes de travailleurs dans autant d'entreprises publiques ou privées, on obtient des coefficients oscillants entre .79 et .85 (p.1492). Une autre étude sur le *Job Content Questionnaire* présente des Alpha de Cronbach de .84 pour la demande psychologique, .69 pour la latitude décisionnelle et .69 pour le soutien social (Niedhammer et al, 2006, p. 418)<sup>97</sup>. Ensuite, les résultats d'une étude<sup>98</sup> menée en 2004 et portant sur le questionnaire de Siegrist indiquent un Alpha de Cronbach de .79 pour la reconnaissance (p.1492).

Enfin, deux études récentes sur les infirmières et déjà présentées précédemment ont établi la fidélité des variables en évaluant l'Alpha de Cronbach. L'étude de Lavoie-Tremblay a, pour sa part, obtenu des résultats de .75 pour la latitude décisionnelle, .62 pour la demande psychologique, .79 pour le soutien social, .77 pour la reconnaissance et .90 pour la détresse psychologique (2006b, p.293). De son côté, l'étude de Lapointe *et al.* a obtenu des résultats de .693 pour la latitude décisionnelle, .840 pour la demande psychologique, .829 pour le soutien social, .798 pour la reconnaissance et .927 pour la détresse psychologique (2005, p.19).

D'ailleurs, en ce qui concerne la détresse psychologique, l'étude de Préville et ses collaborateurs<sup>99</sup> montre que la traduction française du questionnaire utilisé obtient une cohérence interne très similaire aux résultats présentés ci-haut et ceux observés dans le questionnaire original de Ilfeld, soit un Alpha de Cronbach de .91 (1992, p.16;31). Des résultats similaires ont aussi été observés dans des études ultérieures (Légaré, Préville, Massé, Poulin, Saint-Laurent et Boyer, 2000, p.334-335).

---

<sup>97</sup> L'étude de Niedhammer et ses collaborateurs évalue aussi les propriétés psychométriques de la traduction française du *Job Content Questionnaire*, mais cette fois à partir des résultats de l'enquête SUMMER auprès de 24486 salariés du régime général et du régime agricole ainsi que des hôpitaux publics, de la Poste, de la Société nationale des chemins de fer et d'Air France (2006, p. 415).

<sup>98</sup> L'étude de Siegrist et ses collaborateurs évalue les propriétés psychométriques du questionnaire sur le modèle « *Effort-Reward Imbalance* ». L'échantillon utilisé de cohortes de participants de cinq études : Somstress study (n=3796), GAZEL-Cohort Study (n=10174), WOLF-Norrlund Study (n=960), Whitehall II Study (n=3697) et Public Transport Employees Study (n=316) (2004p. 1483).

<sup>99</sup> Dans leur enquête, Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Legaré (1992) se penchent sur la fiabilité et la validité de l'outil de mesure utilisé dans l'enquête Santé Québec pour évaluer la détresse psychologique. L'échantillon utilisé est l'ensemble des 19016 personnes âgées de 15 ans et plus ayant complété l'échelle de détresse psychologique (IDPESQ-29) utilisé dans l'enquête (p.14).

Le cadre de la présente étude ne permettant pas de réaliser une analyse approfondie de la validité du questionnaire, on se référera essentiellement aux résultats déjà présents dans la littérature pour établir cette validité. Néanmoins, à titre indicatif et uniquement pour fins de comparaison avec les autres études présentés dans le présent document<sup>100</sup>, deux matrices de corrélation sont proposées (voir tableaux 4 et 5)<sup>101</sup>.

Tableau 4. Matrice de corrélations

Variables de l'environnement psychosocial de travail et détresse psychologique

	Latitude décisionnelle	Demande psychologique	Soutien social	Reconnaissance	Détresse psychologique
Latitude décisionnelle	-				
Demande psychologique	,029 <sup>(N.S)</sup>	-			
Soutien social	,273 <sup>(***)</sup>	-,263 <sup>(***)</sup>	-		
Reconnaissance	,329 <sup>(***)</sup>	-,405 <sup>(***)</sup>	,658 <sup>(***)</sup>	-	
Détresse psychologique	-,128 <sup>(***)</sup>	,458 <sup>(***)</sup>	-,297 <sup>(***)</sup>	-,503 <sup>(***)</sup>	-

N= 403, (N.S.) = Non significatif, (\*)= ≤0.05, (\*\*)= ≤0.01, (\*\*\*)= ≤0.0001

Tableau 5. Matrice de corrélations

Détresse psychologique et différentes intentions de quitter

	Détresse psychologique	Intention de quitter l'unité	Intention de quitter l'emploi	Intention de quitter la profession
Détresse psychologique	-			
Intention de quitter l'unité	,441 <sup>(***)</sup>	-		
Intention de quitter l'emploi	,409 <sup>(***)</sup>	,490 <sup>(***)</sup>	-	
Intention de quitter la profession	,319 <sup>(***)</sup>	,292 <sup>(***)</sup>	,642 <sup>(***)</sup>	-

N= 403, (N.S.) = Non significatif, (\*)= ≤0.05, (\*\*)= ≤0.01, (\*\*\*)= ≤0.0001

<sup>100</sup> Se référer notamment au tableau 2 ainsi qu'aux figures 14, 15 et 16 à la section 2.5 au besoin.

<sup>101</sup> En se basant sur le modèle d'analyse, les différentes variables sont traitées dans deux matrices distinctes, puisqu'on s'attarde dans un premier temps à l'analyse du lien entre l'environnement psychosocial de travail et la détresse psychologique et ensuite au lien entre cette détresse psychologique et les différentes intentions de quitter.

Comme cela l'était indiqué précédemment, plusieurs études ont procédé à des examens complets des propriétés psychométriques des différentes variables utilisées dans la présente enquête en regard notamment de la validité de ces variables. En ce qui a trait à la validité du *Job Content Questionnaire*, les travaux de Niedhammer et ses collaborateurs ont démontré des résultats très concluants au niveau de la validité factorielle, de l'étude des corrélations entre les variables et de la validité convergente. Pour l'étude des corrélations entre les variables, tant dans l'étude de 2002 (p. 141-142) que dans l'étude de l'étude de 2006 (p.425-426), les résultats montrent des corrélations faibles entre les variables de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle, ce qui confirme que ces échelles « appréhendent des dimensions psychosociales au travail différentes » (2002, p.425). En ce qui concerne la validité factorielle, les données de 2002 et de 2006 montrent qu'à l'exception de quelques items<sup>102</sup>, la structure factorielle du questionnaire permet de clairement identifier chaque sous-dimension (Niedhammer, 2002, p. 141; Niedhammer et al., 2006, p.425). Enfin, en ce qui concerne la validité convergente, à nouveau les études de 2002 et 2006 abondent dans le même sens en soulignant que les corrélations entre les variables et leurs sous-dimensions sont satisfaisantes et supportent la structure du questionnaire (2002, p. 141; 2004, p. 425-426).

Une analyse similaire du questionnaire de Siegrist a également été réalisée en 2004, cependant les résultats de cette étude déterminent la validité du modèle dans son ensemble et non uniquement de la reconnaissance par rapport aux autres variables du modèle de Karasek et Theorell, les comparaisons sont difficiles. Soulignons néanmoins qu'en ce qui concerne la reconnaissance, la structure factorielle de cette variable permet d'identifier chacune de ses trois sous-dimensions soit la reconnaissance monétaire, la reconnaissance liée à l'estime et enfin celle liée au statut (2004, p. 1493). Soulignons en terminant que la validité factorielle du questionnaire de la traduction française du questionnaire de Ilfeld évaluant la détresse psychologique a également été comparée avec celle du questionnaire original et a obtenu des résultats équivalents (Préville et al., 1992, p.21-22).

---

<sup>102</sup> Les items identiques ayant été soulignés comme problématiques dans les deux études sont ceux liés aux tâches répétitives, aux ordres contradictoires et aux attentes des collègues (Niedhammer, 2002, p. 141; Niedhammer et al., 2006, p. 425).

### 3.5 Stratégie d'analyse des données

La stratégie utilisée dans l'analyse et le traitement statistique des données est la régression logistique avec une fonction de lien logit<sup>103</sup>, puisque cette méthode est utilisée fréquemment dans la littérature scientifique pour l'analyse des différents modèles théoriques intégrés dans le modèle d'analyse<sup>104</sup>. Par ailleurs, Preux et ses collègues soulignent que « [l]'intérêt majeur de cette technique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle (« mesure ajustée ») » (2005, p. 159). Il faut mentionner en outre que la démarche d'analyse statistique réalisée dans le présent mémoire a nécessité le recours à l'outil informatique d'analyse statistique dénommé Statistical Package for Social Science (version 17 pour étudiant), qui est aussi appelé communément SPSS.

Pour procéder à ces régressions logistiques, la première étape est de déterminer, conformément à la littérature, un point de césure pour les variables qui sont identifiées comme dépendantes<sup>105</sup>, puisque l'utilisation de la régression logistique implique que celles-ci doivent être dichotomisées. C'est grâce à cette opération qu'il est ensuite possible de caractériser les scores obtenus sur ces variables par les répondants comme étant « faibles » ou « élevés ».

En ce qui concerne la détresse psychologique, les études similaires utilisent généralement comme point de césure la moyenne observée dans la population générale qui est établie à partir des enquêtes de Santé Québec. En l'occurrence, l'enquête référence de 1987 montre que la moyenne observée dans la population générale est de 26,19<sup>106</sup> et que chez les

<sup>103</sup> Les résultats possible pour Bêta dans ce type de régression sera compris entre  $-\infty$  et  $+\infty$ . On y modélisera la probabilité à partir de l'équation suivante :  $\text{logit}(p) = \log \frac{p}{1-p}$ . Pour plus de détails se référer à Hosmer et Lemeshow (2000).

<sup>104</sup> Précisons aussi que la régression logistique est un des modèles multivariés couramment utilisés en épidémiologie. Dans ce cadre de recherche, « la variable dépendante est habituellement la survenue ou non d'un événement (maladie) et les variables indépendantes sont celles susceptibles d'influencer la survenue de cet événement, c'est-à-dire les variables mesurant l'exposition à un facteur de risque ou à un facteur de protection » (Preux, Odermatt, Perna, Marin et Vergnenègre, 2007, p. 159).

<sup>105</sup> Dans la première série d'analyses statistiques, la variable dépendante est la détresse psychologique, alors que dans les séries subséquentes, les variables dépendantes sont les différentes intentions de quitter.

<sup>106</sup> Étendue des scores possibles située entre 0 et 100.

femmes de cette même population générale la moyenne se situe à 28,57. Puisque l'échantillon utilisé dans la présente recherche est composé très majoritairement de femmes, il devient justifié d'utiliser comme seuil le score de 28,57 pour dichotomiser les répondants sur la variable détresse psychologique. Dans le cas des trois intentions de quitter, ces variables ont été dichotomisées à partir de la médiane comme point de césure, puisque cette mesure de tendance centrale est moins sujette que la moyenne aux éventuelles fluctuations engendrées par les données extrêmes. Dans tous les cas, les répondants obtenant un score égal ou supérieur au seuil fixé, tant sur la détresse psychologique que sur les intentions de quitter, se voient classés dans la catégorie élevée<sup>107</sup>.

La régression logistique permet d'effectuer un grand nombre d'opérations statistiques. Dans le cadre du présent mémoire, un certain nombre de tests et d'opérations seront utilisés afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche émises précédemment, mais aussi de tester la force et la significativité du modèle d'analyse. Cependant, avant d'en arriver à la présentation des résultats issus de ces opérations statistiques, il convient de faire un très bref retour sur quelques constats par rapport au mode de recrutement, au choix du questionnaire et de la méthodologie choisie.

### 3.6 Constats méthodologiques

Sans trop s'étendre sur des considérations méthodologiques très approfondies, il sera néanmoins souligné brièvement dans les prochains paragraphes certains aspects méthodologiques concernant le questionnaire et la procédure de recherche sélectionnés.

#### 3.6.1 Portée de la méthodologie choisie

D'abord, le type de questionnaire utilisé, c'est-à-dire un questionnaire auto-administré, comporte un certain nombre d'avantages dont notamment le fait d'être moins coûteux qu'une démarche par entrevue structurée ou semi-structurée et d'être relativement facile à administrer. De façon générale, un questionnaire permet de quantifier plus facilement des

<sup>107</sup> Ce choix se justifie essentiellement par le fait que l'on considère qu'un répondant obtenant un résultat égal au seuil fixé a des chances suffisantes de présenter une détresse psychologie ou une intention de quitter élevée. Il semble par ailleurs préférable d'inclure ces « cas limites » dans les répondants présentant une détresse psychologique élevée ou une intention de quitter élevée plutôt que de les exclure de ce groupe. Cette façon de faire est la norme dans les enquêtes en épidémiologie, et l'auteur ainsi que les coresponsables de la présente recherche souscrivent à cette approche.

données et facilite l'obtention de données représentatives de la population étudiée (Quivy et Campenhout, 2006, p.172; Karasek et Theorell, 1990, p. 79). Au niveau de son contenu, le questionnaire utilisé a démontré à maintes reprises ses qualités psychométriques (Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, Abdous et Gaudet, 2006b, p.340) et le fait qu'il utilise des mesures basées sur la perception des infirmières par rapport à leur état psychologique, leur milieu de travail ou leur intention de quitter, permet d'obtenir des associations plus fortes que pour des mesures objectives des variables (Bourbonnais, Larocque, Brisson, Vézina, Laliberté, 2000a, p. 574).

En administrant le questionnaire à l'ensemble de la population d'infirmières du CHSGS étudié, on s'est assuré également d'avoir un échantillon le plus représentatif possible, d'autant plus que les infirmières n'ayant pas pu être rejointes sur leur lieu de travail ont également reçu un questionnaire par la poste. En plus de la représentativité de l'échantillon, la qualité du questionnaire basé sur des construits théoriques solides et validés empiriquement assure une bonne généralisation des résultats à l'extérieur du CHSGS, voir du secteur de la santé (Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina et Lower, 2006a, p.331; Bourbonnais et al., 2006b, p.340).

### 3.6.2 Limites de la méthodologie

Le recours à un questionnaire auto-administré n'a pas que des avantages. Selon Karasek et Theorell (1990, p.79), le fait d'utiliser un questionnaire auto-administré introduit certains biais notamment en ce qui concerne l'objectivité des concepts mesurés. Ces concepts seraient influencés par les caractéristiques personnelles des répondants, notamment en ce qui a trait à la mesure de la détresse psychologique. « *Depression, exhaustion, and dissatisfaction are difficult to verify precisely, and if measured by questionnaires along with job characteristics may overestimate the association between them* » (p.79)

Également, un biais d'information (effet *Hawthorne*) a pu être introduit dans la démarche, puisque lors de la passation de ce questionnaire autoadministré, certaines répondantes, en étant informés des objectifs de l'étude ont pu, volontairement ou non, présenter un portrait plus sombre de leur état psychologique ou de leur intention de quitter afin d'être entendue

et d'obtenir une meilleure écoute de la part des décideurs (Bourbonnais *et al.*, 2005, p.14; Bourbonnais *et al.* 2000a, p. 573-574).

Enfin, l'utilisation dans cette étude d'un devis transversal plutôt que longitudinal limite la possibilité de mettre en évidence les possibles relations de cause à effet entre les contraintes de l'environnement, l'état psychologique des infirmières et l'intention de quitter (Bourbonnais *et al.* 2000a, p. 574).

Enfin, il est certain comme l'indique Bourbonnais et ses collaborateurs (2006b, p.340) que les « *workplaces are not research laboratories* », ce qui implique qu'on ne peut pas contrôler pour l'ensemble des variables pouvant influencer un répondant lors qu'il participe à la recherche et répond au questionnaire.

## **PARTIE II**

### **RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS DES DONNÉES**

*« [...]improving working conditions to make the workplace healthier for nurses is a winning retention strategy for all four generations of nurses and for the survival of our health care system. »*

Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008a, p. 731

La deuxième et dernière partie de ce mémoire consacre l'aboutissement de la présente démarche de recherche. Seront présentés successivement les résultats des analyses réalisés de même que l'interprétation de ces mêmes résultats ainsi qu'une réflexion plus large sur les impacts de ces résultats pour la recherche et la pratique en relations industrielles et plus précisément dans le champ de la gestion des ressources humaines.

#### **CHAPITRE IV : RÉSULTATS**

Avec ce quatrième et avant-dernier chapitre s'amorce la phase culminante de ce mémoire soit la présentation et l'interprétation des résultats de la recherche. Ce chapitre mettra en quelque sorte la table à l'interprétation des résultats en présentant succinctement les résultats des analyses de données réalisées. Par ailleurs, ce présent chapitre sera l'occasion de brosser un bref portrait de l'échantillon issu de la population d'infirmières étudiée, et ce, à partir des données contenues dans le questionnaire.

D'abord, dans l'échantillon composé de 403 infirmières, on apprend que près de 89,5 % des répondants étaient des femmes alors que 10,5 % étaient des hommes<sup>108</sup>. La répartition selon les tranches d'âge permet en outre de constater que le plus grand contingent de répondants se situe dans la catégorie des 41 à 50 ans, suivi par la catégorie des 51 ans et plus. Ces données semblent en outre être relativement similaires avec les pourcentages globaux observés dans les données de l'OIIQ présentées à la section 1.1.3.3.1.

---

<sup>108</sup> Pourcentage établi à partir des données valides seulement. 4 infirmières se sont abstenues de répondre à cet item.

Tableau 6. Répartition des infirmières selon l'âge et le sexe.

Sexe	Âge				Total
	20-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51 ans et plus	
Femme	68	77	126	86	357
Homme	10	8	15	9	42
Total	78	85	141	95	399

Parmi les autres informations fournies par les répondantes, on apprend que 57,4 % des infirmières indiquent travailler à temps complet contre 33,5 % à temps partiel et 9,1 % en tant que « relève »<sup>109</sup>. Ces pourcentages pour l'ensemble des infirmières sont également très similaires à ceux donnés par l'OIIQ<sup>110</sup>. Par ailleurs, environ 75 % des infirmières indiquent travailler entre 4 et 5 jours par semaines<sup>111</sup>.

Ensuite, les répondants se répartissent comme suit en ce qui a trait à leur titre d'emploi : 44 assistantes-infirmières chef (AIC) ou assistantes-infirmières chef bachelière, 259 infirmières, 42 infirmières cliniciennes et 58 infirmières auxiliaires. Ces données permettent de mettre en perspective que le ratio d'infirmières versus d'infirmières auxiliaires est plus faible dans cet échantillon (6 pour 1) que celui dans la population générale d'infirmières (3,5 pour 1) indiqué à la section 1.1.3.3.2.

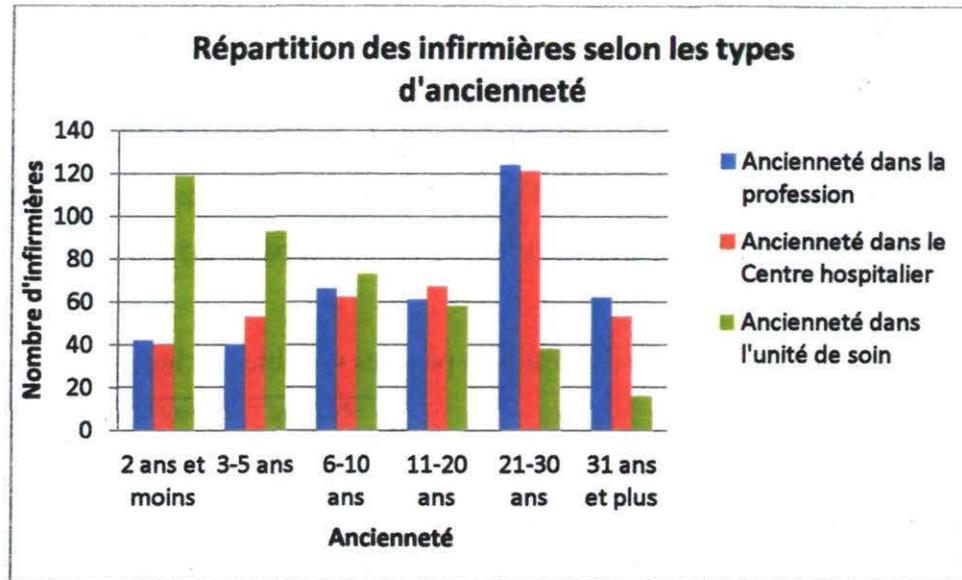
Comme le montre le graphique ci-après, les données du questionnaire permettent de bénéficier d'un portrait intéressant des différents types d'ancienneté recensés auprès des répondants. Si l'ancienneté dans la profession et l'ancienneté dans le centre hospitalier semblent très similaires dans leur progression au fil des catégories d'âge, l'ancienneté dans l'unité de soin semble suivre une tendance totalement inverse, puisqu'elle régresse au fur et à mesure que les répondants progressent en âge.

<sup>109</sup> 6 infirmières se sont abstenues de répondre.

<sup>110</sup> Cependant, lorsqu'on dichotomise les résultats en isolant les infirmières auxiliaires des autres infirmières, les données changent quelque peu. Pour les infirmières, la répartition entre les répondants à temps complet, temps partiel et relève s'effectue comme suit 59,3 %, 32,4 % et 8,3 %, ce qui demeure similaire aux données de l'OIIQ, soit 56,9 %, 32,5 % et 10,6 %. Cependant, pour les infirmières auxiliaires, les données observées dans l'échantillon pour la répartition des temps complet, temps partiel et relève (46,6 %, 40% et 13,8 %), ont un plus grand écart avec celles de la population québécoise d'infirmières auxiliaires (41,2 %, 35,1 % et 17,1 %) présentées à la section 1.1.3.3.2.

<sup>111</sup> Seulement 173 répondants pour cet item, soit un taux de réponse d'à peine 43%.

Graphique 4. Répartition des infirmières selon les types d'ancienneté



Enfin, une dernière donnée pertinente : 7,1 % des infirmières ont indiqué être en situation de retraite progressive, ce qui représente 28 infirmières, dont 26 sont dans la catégorie des 51 ans et plus<sup>112</sup>. En outre, la majorité de celles-ci sont des infirmières (18) ou des infirmières auxiliaires (6).

Seront maintenant présentés les résultats des analyses statistiques réalisés en commençant par une analyse descriptive des données. Cette analyse montre que pour les variables composant l'environnement psychosocial de travail, les résultats médians observés sont élevés. Pour la latitude décisionnelle par exemple, on observe un score médian<sup>113</sup> de 62,96, alors que le résultat médian observé pour la demande psychologique est de 70,37. Ensuite, pour le soutien social le score médian observé est de 66,67, alors que celui de la reconnaissance est de 57,58. Les résultats obtenus ici sont très similaires à ceux obtenus dans l'étude de Lapointe et ses collaborateurs en 2007 où des résultats de 64, 68, 66 et 56 ont été obtenus respectivement pour les moyennes de la latitude décisionnelle, de la demande psychologique, du soutien social et de la reconnaissance (p.19).

<sup>112</sup> 12 infirmières se sont abstenues de répondre.

<sup>113</sup> Les résultats pour chaque variable sont situés entre 0 et 100. La façon de dichotomiser les variables à partir de la médiane est par ailleurs conforme à ce qui est fait dans les enquêtes de Santé Québec et par d'autres auteurs d'études québécoises cités précédemment et utilisant les mêmes variables.

Les résultats observés pour les médianes des autres variables, bien que moins élevés que les précédentes, demeurent très élevées considérant la nature des variables en question. En effet, le résultat médian observé pour la détresse psychologique est de 28,57, alors que les médianes observées l'intention de quitter l'unité et l'emploi sont respectivement de 33,33 et 16,67. L'intention de quitter la profession est cependant plus basse à 5,56.

Tableau 7. Compilation des résultats pour les variables dichotomisées

		Nombre	Pourcentage
Latitude décisionnelle Médiane = 62,96	Faible	265	65,8
	Élevée	138	34,2
Demande psychologique Médiane = 70,37	Faible	192	47,6
	Élevée	211	52,4
Soutien social Médiane = 66,67	Faible	234	58,1
	Élevée	169	41,9
Reconnaissance Médiane = 57,58	Faible	214	53,1
	Élevée	189	41,9
Détresse psychologique Seuil fixé par l'enquête Santé Québec = 28,57	Faible	194	48,1
	Élevée	209	51,9
Intention de quitter l'unité Médiane = 33,33	Faible	193	47,9
	Élevée	210	52,1
Intention de quitter l'employeur Médiane = 16,67	Faible	169	41,9
	Élevée	234	58,1
Intention de quitter la profession Médiane = 5,56	Faible	174	43,2
	Élevée	229	56,8

Ensuite, lorsqu'on observe pour chaque variable la répartition en pourcentage des résultats dichotomisés entre faible et élevé (voir le tableau 7 présenté ci-haut), on constate d'abord que 51,9 % des répondants présentent une détresse psychologique élevée, ce qui est plus élevé que les 43,4 % obtenus dans l'étude de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs (2008b, p. 294), mais plus faible que les 54,6 % obtenus dans l'étude de Lapointe et ses collaborateurs (2007, p.3). On constate d'ailleurs que pour les intentions de quitter des résultats élevés sont constatés dans une proportion oscillant entre 52,1 et 58,1 %. Il faut rappeler à ce sujet que les résultats obtenus par Lavoie-Tremblay, indiquait qu'une

proportion de 61,5% des nouvelles infirmières ont l'intention de quitter leur poste actuel, alors que 12,6% ont l'intention de quitter leur profession (2008a, p.729;731).

L'analyse statistique des données du questionnaire à l'aide des régressions logistiques a été réalisée en quatre étapes distinctes étant donné le modèle d'analyse et les hypothèses de recherches. Une première régression logistique a été utilisée pour tester le premier segment du modèle d'analyse. Ce premier segment vise à mesurer l'impact des variables de l'environnement psychosocial de travail sur la détresse psychologique. Quatre variables ont donc été identifiées comme étant des variables indépendantes soit la latitude décisionnelle, la demande psychologique, le soutien social ainsi que la reconnaissance. La variable dépendante étant, bien entendu, la détresse psychologique.

Quelques précisions statistiques s'imposent néanmoins avant de présenter les résultats modélisés, notamment en regard des différents tests réalisés durant les analyses statistiques. La régression logistique permet tout d'abord d'obtenir un coefficient, Bêta. Celui-ci ne vise pas à calculer une probabilité d'occurrence de la variable dépendante, mais plutôt à mesurer une tendance générale. Un coefficient supérieur à zéro sera l'indicateur d'une relation positive, alors qu'un coefficient inférieur à zéro sera l'indicateur d'une relation négative. Les résultats possibles pour Bêta sont compris entre  $-\infty$  et  $+\infty$ , mais sont généralement compris entre -1 et 1.

Ensuite, le test de Wald a pour objectif de permettre de tester la signification d'une variable dans un modèle statistique. Un résultat à ce test s'approchant de zéro suggérera que l'on pourrait retirer une variable du modèle, puisque celle-ci est non significative.

De son côté, le coefficient de chance standardisé (aussi appelé rapport de cote ou *odds ratio*) correspond au rapport exprimé de la probabilité qu'une répondante ayant un score élevé à la variable indépendante présente une variable dépendante élevée sur la probabilité qu'une répondante ayant un score faible sur la variable indépendante présente une variable dépendante élevée. Desjardins (2007, p.39) précise par ailleurs que le coefficient de chance standardisé correspond « au nombre de fois d'appartenance à un groupe lorsque la valeur

du prédicteur [variable indépendante] augmente de 1 ». Ainsi un score près de 1 indiquera qu'une variable indépendante élevée n'est pas liée à la probabilité de présenter une variable dépendante élevée. Un score s'éloignant de 1 indiquera que le fait de présenter une variable indépendante élevée augmentera ou diminuera la probabilité de présenter une variable dépendante élevée ( $>1$  = facteur aggravant,  $<1$  = facteur protecteur). Certains auteurs soulignent que ce coefficient peut être vu comme un indice de la force de la relation entre les variables dépendantes et indépendantes, sans évidemment permettre d'établir s'il existe ou non un lien de causalité entre ces variables. Il faut souligner que ce test est néanmoins critiqué par d'autres auteurs, puisque des difficultés existent relativement à son interprétation (Crichton, 2001, p.268-269;774-775; Desjardins, 2007, p.38-39).

Un autre test utilisé est le taux de classement. Ce test indique le pourcentage de classement correct du modèle, c'est-à-dire le pourcentage de cas dans lequel le modèle est vrai. Plus ce taux est élevé, plus cela signifiera qu'un répondant présentant les variables indépendantes énumérées dans le modèle d'analyse aura une chance élevée de présenter la variable dépendante définie (Desjardins, 2007, p.38-39).

Le test de Nagelkerke, qui est en fait une version ajustée du test de Cox & Snell, représente la variance expliquée par le modèle. Plus le chiffre (toujours une décimale située entre 0 et 1) obtenu à ce test est élevé plus le niveau de variance expliquée sur la variable dépendante est élevé (Desjardins, 2007, p.38-39).

Une dernière précision, résultat des discussions avec M. Gaétan Daigle, consultant du service de consultation en statistique de l'Université Laval, est nécessaire. Bien que les résultats des présents analyses puissent sembler modestes, voir faibles, comparativement aux résultats pouvant être observés dans une démarche dite de « science pure », ils constituent néanmoins des résultats satisfaisants pour une recherche en science sociales.

Les résultats obtenus (voir le tableau page suivante) montrent que deux des quatre variables ont une corrélation significative avec la détresse psychologique. Pour la demande psychologique et la reconnaissance, la relation est très significative. Néanmoins, on

constate que la latitude décisionnelle et le soutien social ne semblent pas être reliés de façons significatives avec la détresse psychologique.

Tableau 8. Facteurs associés à la détresse psychologique élevée

Variable	$\beta$	Erreur standard	Wald	p	Exp B
Constante	1,287	0,978	1,732	0,188	3,621
Latitude décisionnelle	0,005	0,011	0,227	0,634	1,005
Demande psychologique	0,023	0,008	7,857	0,005	1,024
Soutien social	0,009	0,010	0,954	0,329	1,009
Reconnaissance	-0,065	0,012	29,862	<,0001	0,937

Régression logistique; variable dépendante (détresse psychologique, faible = 0 et élevée = 1);  $\beta$  = coefficient de chances associé à l'occurrence de la variable dépendante; Erreur standard; Wald = le carré de la division du  $\beta$  par l'erreur standard, il indique la puissance du  $\beta$ ; p = significativité; Exp. B ou Odd ratio = coefficient de chance standardisé.

En ce qui concerne la force de la relation observée, il semble que la demande psychologique ( $\beta = 0,023$ ) et la reconnaissance ( $\beta = -0,065$ ) obtiennent les corrélations les plus significatives et les plus élevées avec la détresse psychologique. Ces résultats sont par ailleurs appuyés par les résultats obtenus sur ces variables pour le test du coefficient de chance standardisé (respectivement 1,024 et 0,937). Le test de Wald est par ailleurs plus élevé pour la demande psychologique et la reconnaissance, ce qui confirme la significativité de ces variables dans le modèle. Pour les deux autres variables, et plus particulièrement la latitude décisionnelle, les chiffres obtenus par le test de Wald semblent plutôt indiquer que ces variables pourraient être retirées du modèle.

Les résultats obtenus pour le coefficient de chances standardisés montrent que la détresse psychologique est 1,024 fois plus susceptible d'être présente chez une infirmière indiquant vivre une demande psychologique élevée dans son environnement psychosocial de travail. À l'inverse, le même test montre que la détresse psychologique est 0,937 fois moins susceptibles d'être présente chez une infirmière indiquant avoir un niveau élevé de reconnaissance au travail. En somme, la lecture de ces résultats indique qu'une demande

psychologique élevée est associée positivement à la détresse psychologique élevée et augmente la probabilité d'occurrence de celle-ci, alors, que la reconnaissance élevée est associée négativement à la détresse psychologique élevée et diminue la probabilité d'occurrence de celle-ci.

Dans le cas du soutien social et de la latitude décisionnelle, non seulement les relations observées sont-elles non significatives avec la détresse psychologique, en plus, les corrélations observées, même si elles sont pratiquement nulles, indiquent qu'une latitude décisionnelle élevée et un soutien social élevé sont corrélés positivement à la détresse psychologique, ce qui est contraire à la relation attendue dans le modèle d'analyse. Tant le test de Wald que le test du coefficient de chance standardisé appuient par ailleurs les conclusions allant dans le sens d'une non-significativité et d'une très faible influence de ces variables sur la détresse psychologique. En somme, la très faible corrélation et la non significativité de ces variables selon les tests réalisés font en sorte qu'il est difficile de leur accorder beaucoup d'importance, puisque leur contribution semble marginale dans l'ensemble des résultats d'analyse.

Ensuite, en ce qui concerne la force d'association de cette première partie du modèle d'analyse, le résultat au test R-deux de Nagelkerke indique que les variables expliquent 24,1% de la variance sur la détresse psychologique. De son côté, le taux de classement du modèle qui est de 51,9% à la base monte à 68,2% lorsqu'on intègre l'ensemble des variables.

Trois autres séries de régressions logistiques ont été réalisées pour valider la deuxième partie du modèle d'analyse. Pour cette deuxième série d'analyse, la détresse psychologique devient la variable indépendante pour chacune des trois intentions de quitter qui, par le fait même, sont donc des variables dépendantes<sup>114</sup>. La première analyse concerne l'intention de quitter l'unité, le deuxième l'intention de quitter l'employeur et enfin le troisième

---

<sup>114</sup> Une des critiques de Coomber et Barriball (voir section 2.1.2.1.1) concernant la notion de roulement était que les échantillonnages sondés pouvaient inclure des personnes en situation de préretraite, laissant sous-entendre que cela pouvait influencer les résultats. Dans cette enquête, 28 répondantes ont indiqué être en situation de retraite progressive, mais n'ont pas été retirées de l'échantillon puisqu'elles n'influençaient pas de façon significative les résultats.

l'intention de quitter la profession. Précisons d'emblée que les trois analyses donnent des résultats fortement significatifs alors que les corrélations observées sont également fortes.

La régression logistique indique (voir tableau 9) que la présence de détresse psychologique élevée est fortement corrélée ( $\beta = 0,054$ ) avec l'intention élevée de quitter son unité de travail. Les résultats au test de Wald de même que les résultats au test du coefficient de chance standardisé appuient la forte corrélation et la forte significativité de cette variable avec cette intention de quitter. Selon les résultats obtenus pour le coefficient de chances standardisés, l'intention de quitter l'unité est 1,055 fois plus susceptible de se manifester chez une infirmière indiquant éprouver une détresse psychologique élevée au travail.

Tableau 9. Facteur associé à l'intention de quitter l'unité élevée

Variable	$\beta$	Erreur standard	Wald	p	Exp B
Constante	-1,541	0,243	40,076	<,0001	0,214
Détresse psychologique	0,054	0,008	51,530	<,0001	1,055

Régression logistique; variable dépendante (intention de quitter l'unité, faible = 0 et élevée = 1);  $\beta$  = coefficient de chances associé à l'occurrence de la variable dépendante; Erreur standard; Wald = le carré de la division du  $\beta$  par l'erreur standard, il indique la puissance du  $\beta$ ; p = significativité; Exp. B ou Odd ratio = coefficient de chance standardisé.

En ce qui concerne la force d'association du modèle, le résultat au test R-deux de Nagelkerke indique que la détresse psychologique explique 20,4% de la variance sur l'intention de quitter l'unité. De son côté le taux de classement du modèle qui est de 52,1% à la base monte à 65,5% lorsqu'on intègre la détresse psychologique.

Pour l'intention de quitter son emploi dans le centre hospitalier, la régression logistique indique donc que la présence de détresse psychologique élevée est également très fortement corrélée ( $\beta = 0,043$ ) avec l'intention élevée de quitter, même si la relation est moins forte qu'avec l'intention de quitter l'unité. Les résultats au test de Wald de même que les résultats au test du coefficient de chance standardisé vont d'ailleurs dans le même sens. Selon les résultats obtenus pour le coefficient de chances standardisés, l'intention de quitter

l'emploi est 1,044 fois plus susceptible de se manifester chez une infirmière indiquant éprouver une détresse psychologique élevée au travail.

Tableau 10. Facteur associé à l'intention de quitter l'emploi élevée

Variable	$\beta$	Erreur standard	Wald	p	Exp B
Constante	-0,955	0,228	17,483	<,0001	0,385
Détresse psychologique	0,043	0,007	36,397	<,0001	1,044

Régression logistique; variable dépendante (intention de quitter l'emploi, faible = 0 et élevée = 1);  $\beta$  = coefficient de chances associé à l'occurrence de la variable dépendante; Erreur standard; Wald = le carré de la division du  $\beta$  par l'erreur standard, il indique la puissance du  $\beta$ ; p = significativité; Exp. B ou Odd ratio = coefficient de chance standardisé.

En ce qui concerne la force d'association du modèle, le résultat au test R-deux de Nagelkerke indique que la détresse psychologique explique 14% de la variance sur l'intention de quitter l'emploi. De son côté le taux de classement du modèle qui est de 58,1% à la base monte à 63,8% lorsqu'on intègre la détresse psychologique.

Enfin, pour l'intention de quitter la profession, la régression logistique indique que la présence de détresse psychologique élevée et aussi fortement corrélée ( $\beta = 0,028$ ) avec l'intention élevée de quitter. La relation est moindre que pour les autres intentions de quitter. Encore ici, les résultats au test de Wald de même que les résultats au test du coefficient de chance standardisé vont dans le même sens. Selon les résultats obtenus pour le coefficient de chances standardisés, l'intention de quitter la profession est 1,029 fois plus susceptible de se manifester chez une infirmière indiquant éprouver une détresse psychologique élevée au travail.

Tableau 11. Facteur associé à l'intention de quitter la profession élevée

Variable	$\beta$	Erreur standard	Wald	p	Exp B
Constante	-0,584	0,215	7,393	<,0001	0,558
Détresse psychologique	0,028	0,006	19,573	<,0001	1,029

Régression logistique; variable dépendante (intention de quitter la profession, faible = 0 et élevée = 1);  $\beta$  = coefficient de chances associé à l'occurrence de la variable dépendante; Erreur standard; Wald = le carré de la division du  $\beta$  par l'erreur standard, il indique la puissance du  $\beta$ ; p = significativité; Exp. B ou Odd ratio = coefficient de chance standardisé.

En ce qui concerne la force d'association du modèle, le résultat au test R-deux de Nagelkerke indique que la détresse psychologique explique 7% de la variance sur l'intention de quitter la profession. De son côté le taux de classement du modèle qui est de 56,8% à la base monte à 59,8% lorsqu'on intègre la détresse psychologique.

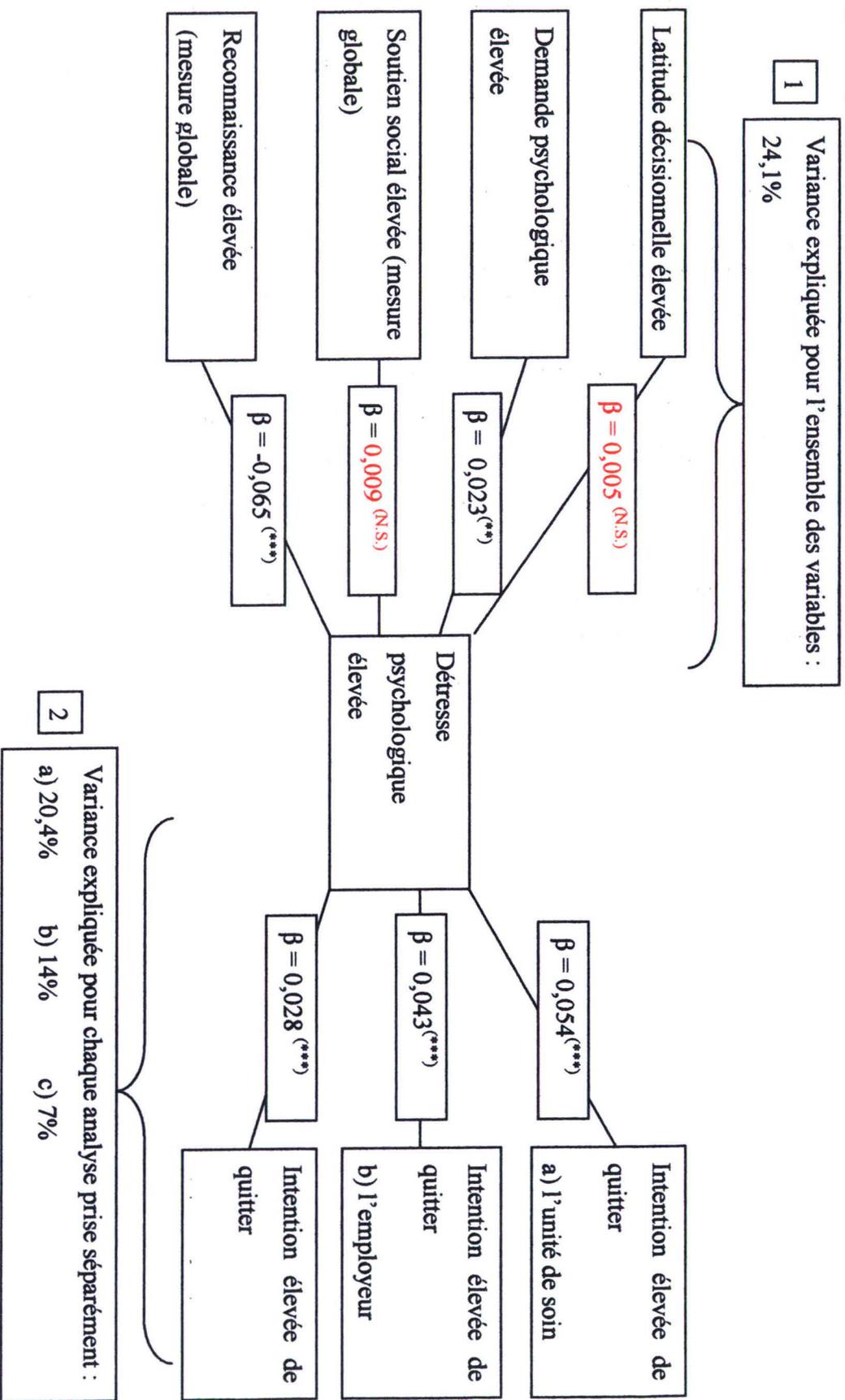
Avant de passer à l'analyse plus approfondie du fruit de tous ces analyses statistiques et afin d'avoir une vision d'ensemble, les principaux résultats sont présentés de façon modélisée à l'aide d'un graphique (voir page suivante).

Graphique 5

**Résultats modélisés pour l'analyse à partir d'une régression logistique répétée mille (1000) fois (n=409)**

Point de dichotomisation = médiane pour toutes les variables

Légende : (N.S) = Non significatif, (\*)= $\leq 0.05$ , (\*\*)= $\leq 0.01$ , (\*\*\*)= $\leq 0.0001$



*« As the current worldwide nursing labour shortage is expected to grow worse, retention strategies are needed that will be focused on the psychosocial health of nurses by targeting the psychosocial work environment »*

Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008b, p. 296

## **CHAPITRE V : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION**

Ce cinquième et dernier chapitre est sans contredit l'étape culminante du présent projet de recherche. Conséquemment, les prochaines pages seront entièrement consacrées à cette étape cruciale qui consiste à procéder à une analyse approfondie des résultats de recherche et à discuter des constats qu'il faut en dégager et des implications pour la théorie, la recherche et la pratique en relations industrielles et en gestion des ressources humaines. Le tout devrait permettre de contribuer, même si cela est bien modeste, à l'avancement de la réflexion scientifique sur la problématique de la rétention du personnel infirmier. Les différents constats dressés pourront également servir de pistes de réflexion pour les représentants syndicaux et les gestionnaires œuvrant dans le Réseau de la santé et des services sociaux québécois en regard de cette problématique.

### **5.1 Analyse des résultats et discussion**

D'abord et avant tout, un regard en arrière est nécessaire afin de resituer notre questionnement principal qui, pour ainsi dire, est le cœur de la démarche de réflexion détaillée dans ce document. Ainsi, la question de recherche principale a été formulée comme suit :

« La présence d'une détresse psychologique est-elle associée positivement au désir de quitter chez des infirmières œuvrant dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés? ».

En regard de ce questionnement, l'hypothèse de l'auteur était à l'effet qu'« un groupe d'infirmières présentant une forte détresse psychologique aura une manifestation plus forte d'intention de quitter qu'un groupe d'infirmières non exposé à cette condition ».

À la lumière des résultats présentés au chapitre IV, cette hypothèse s'avère confirmée. Les résultats obtenus, et cela peu importe le type d'intention de quitter considéré, indiquent qu'une détresse psychologique élevée est corrélée positivement et significativement avec une intention de quitter élevée.

D'emblée la confirmation de cette première hypothèse indique donc que la perception, chez une infirmière, de vivre un état de détresse psychologique élevée augmente grandement les risques que cette infirmière aie une intention de quitter élevée. En effet, une infirmière qui perçoit des signes de détresse psychologique risque fort de se retrouver dans un état psychologique pouvant la prédisposer à remettre en question son travail, surtout si elle a l'impression que ce travail est, en partie du moins, la cause de son état psychologique.

Parmi les études recensées au chapitre II, on constate que l'étude de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs, bien que ne liant pas directement la détresse psychologique à l'intention de quitter, appuie dans une certaine mesure les présents résultats. Cette étude, qui utilise le même cadre théorique et qui a également été réalisée dans le contexte québécois, montre que certaines des variables de l'environnement psychosocial de travail liées théoriquement à la détresse psychologique sont reliées à l'intention de quitter. Les résultats de ces auteurs indiquent en effet que la faible reconnaissance et le faible soutien social sont associés avec l'intention de quitter le poste, alors que la demande psychologique élevée et la faible reconnaissance et la tension au travail (*job strain*) sont reliées à l'intention de quitter la profession (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008a, p. 729-730). Le lien entre les variables ci-dessus et la détresse psychologique jouit d'un appui empirique important, alors que les résultats de l'étude de Lavoie-Tremblay tendent à démontrer l'existence d'un lien entre ces mêmes variables et l'intention de quitter. C'est pour cette raison que l'on affirme ici que les résultats de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs soutiennent, en partie du moins, les résultats de la présente étude. Évidemment, les résultats de ces auteurs n'appuient pas intrinsèquement l'hypothèse d'un lien direct entre détresse psychologique et intention de quitter. Il n'en demeure pas moins que les mêmes variables sont impliquées dans l'étude de

Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs dans l'explication de l'intention de quitter, que dans l'explication de la détresse psychologique<sup>115</sup>.

Quant à elle, l'étude NEXT, aussi présentée au chapitre II, appuie directement la thèse d'un lien entre la détresse psychologique et l'intention de quitter la profession infirmière. Ce constat est important puisque cette étude jouit d'un échantillon d'infirmières colossal, près de 78 000 infirmières, dans huit pays différents.

La validation de cette première hypothèse n'est pas sans conséquence. Les taux de détresse psychologique élevée de même que les taux de départs volontaires sont importants dans la population infirmière comme il l'a été montré dans les sections 1.1.4 à 1.1.6. En ce sens, il était nécessaire de vérifier si les niveaux élevés de détresse psychologique pouvaient expliquer l'intention de quitter, l'un des meilleurs indicateurs du roulement volontaire de personnel, puisque la problématique de la rétention des infirmières est d'une importance cruciale pour le système de santé québécois.

L'identification de la détresse psychologique comme étant un facteur explicatif potentiel du roulement de personnel incite à une réflexion plus approfondie sur certaines avenues. La force du lien observé dans les analyses précédentes, de même que l'appui empirique fort provenant de l'étude NEXT, oblige à considérer la détresse psychologique comme un élément incontournable pour diminuer la propension à quitter chez les infirmières. Pour la pratique, cela signifie que mettre en place des moyens d'intervention pour diminuer la détresse vécue pourrait s'avérer être une voie des plus intéressantes pour contrer le roulement de personnel. Diverses études<sup>116</sup> menées notamment par Bourbonnais et ses collaborateurs ont testé l'impact de certaines interventions sur la détresse psychologique des infirmières. Bien que l'intervention participative mise en place par Bourbonnais et ses collaborateurs ait donné des résultats mitigés, il n'en demeure pas moins que ce type d'intervention, axé directement sur la diminution des éléments néfastes présents dans l'environnement psychosocial de travail, est une approche qui est plus efficace que des

---

<sup>115</sup> Se référer à la section 2.5 du présent document au besoin.

<sup>116</sup> Se référer à la section 1.1.4 du présent document au besoin.

interventions basées sur des approches individuelles. De façon générale, les interventions adoptant une approche organisationnelle plutôt qu'individuelle donneraient de meilleurs résultats qui seraient en outre plus durables pour diminuer la détresse psychologique selon Bourbonnais et ses collaborateurs (2006a, p.327).

De plus, les résultats imparfaits obtenus par ces auteurs dans une optique d'intervention curative ne doit pas porter ombrage à certaines conclusions de l'étude NEXT qui indiquent qu'intervenir sur la détresse psychologique afin de diminuer l'intention de quitter semble être une avenue à privilégier dans une optique de prévention. Selon les auteurs de cette étude, tant la détresse psychologique que l'intention de quitter sont des variables qui peuvent fluctuer dans le temps chez les infirmières, d'où l'importance de privilégier les interventions qui permettent de contrer la détresse, surtout que cette première variable est liée directement à cette seconde. D'après les auteurs, il devient de plus en plus incontournable de considérer cette relation entre détresse psychologique et intention de quitter sous l'angle de la prévention (Hasselhorn *et al.*, 2008, p.81).

Pour la recherche, ces conclusions suggèrent donc qu'il faille continuer à explorer avec intérêt cette avenue prometteuse. L'appui empirique de l'étude NEXT est certes important, mais d'autres études devront valider les résultats de la présente étude dans le contexte infirmier québécois. En effet, malgré les résultats significatifs et encourageants des analyses, certains éléments laissent présumer que la détresse psychologique n'explique qu'une partie du problème. En effet, lorsqu'on observe les résultats obtenus au chapitre IV, force est de constater qu'on ne peut régler le problème du roulement de personnel en ne travaillant que sur la détresse psychologique. Une détresse psychologique élevée n'explique respectivement que 20,4% 14% et 7% de la variance pour l'intention de quitter l'unité, l'emploi ou la profession selon le test R-deux de Nagelkerke. Ces résultats, encore plus particulièrement pour l'intention de quitter la profession, montrent que la valeur explicative de la détresse n'est pas suffisante pour exclure totalement que d'autres variables puissent avoir un rôle important dans l'intention de quitter.

Ces constats ne s'inscrivent pas en contradiction avec la conclusion énoncée précédemment à l'effet que la détresse psychologique contribue de façon significative et non négligeable à l'explication de l'intention de quitter. En effet, il faut rappeler d'abord que les relations observées entre la détresse psychologique et les intentions de quitter sont toutes fortement significatives. Ensuite, il a été montré que la détresse psychologique augmente respectivement de 1,055, 1,044 et 1,029 fois les chances de présenter une intention élevée de quitter l'unité, l'emploi et la profession. Néanmoins il demeure que l'on ne peut pas et ne doit pas considérer cette variable comme une panacée.

Pour dresser un parallèle avec ce qui a été montré au chapitre II, soit qu'un grand nombre de facteurs ont été identifiés dans la littérature comme pouvant contribuer au roulement de personnel, les bémols émis relativement à l'importance du rôle de la détresse psychologique corroborent le constat de plusieurs auteurs à l'effet que les causes de l'intention de quitter sont multiples. Pour certains auteurs, l'intention de quitter est le fait principalement de la satisfaction professionnelle ou organisationnelle au travail, de la cohésion du groupe et des attentes initiales des infirmières (Hinshaw, Smeltzer et Atwood, 1987, p. 11-14), pour d'autres auteurs comme Parasuramman, cette intention de quitter serait le fait de différentes variables personnelles et organisationnelles qui interagissent à travers leur influence sur des variables comme l'engagement organisationnel, la satisfaction au travail et le stress perçu (1989, p. 274-275). Pour Krausz et ses collaborateurs, les différents types d'intention de quitter s'expliquent de façons variables. Pour l'intention de quitter l'unité, le facteur prédominant est l'envergure du poste alors que pour l'intention de quitter la profession, c'est l'épuisement professionnel qui est le principal indicateur (1995, p. 284-285). Enfin pour Lee et Mitchell, l'intention de quitter est principalement le fruit d'événements de vie déclencheurs, de chocs qui de diverses manières pouvaient provoquer l'apparition de ce comportement<sup>117</sup>.

Là où le modèle d'analyse utilisé dans la présente recherche se distingue, c'est qu'il identifie la détresse psychologique comme étant la principale variable ayant une influence directe sur l'intention de quitter, une avenue qui semble ne pas avoir été explorée dans un

---

<sup>117</sup> Se référer aux sections 2.2 et 2.3 pour de plus amples détails.

grand nombre d'études selon la revue de littérature qui a été effectuée. Selon l'avenue proposée, la détresse agit sur l'intention de quitter sans aucune influence d'une variable intermédiaire contrairement à ce qui est suggéré notamment par Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs (2008b, p.295). Se référant aux travaux d'autres auteurs (Siu, 2002; Lu, While & Barriball, 2005), ces auteurs indiquent qu'une détresse psychologique élevée chez les infirmières est associée à une faible satisfaction au travail qui, elle, pouvait prédire certains éléments néfastes tels que l'absentéisme, l'épuisement professionnel, le roulement et l'intention de quitter. Toujours en comparaison avec les constats de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs, les présents résultats indiquent que ce serait la détresse psychologique, plutôt que les variables lui étant habituellement associées, qui aurait la principale influence sur l'intention de quitter. En effet, Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs supposent plutôt que ce sont la faible latitude décisionnelle, la demande psychologique élevée, le faible soutien social ainsi que la faible reconnaissance qui sont liés directement à l'intention de quitter.

Dans le présent cadre de recherche et d'analyse, ces variables sont perçues comme pouvant jouer un rôle sur l'intention de quitter, mais uniquement à travers leur influence sur la détresse psychologique, puisque cette dernière découle de la présence d'éléments néfastes et de contraintes dans l'environnement psychosocial dans lequel évoluent les infirmières. Ainsi, bien que les résultats ne permettent pas de déterminer sans le moindre doute que la détresse psychologique est la variable que l'on doit identifier comme principale « cause » d'une intention de quitter élevée, elle peut certainement être perçue comme étant le reflet d'un environnement général de travail non propice au bien-être et à la rétention des infirmières. La présence de contraintes dans l'environnement psychosocial pourra mener à l'apparition d'une détresse psychologique élevée qui équivaldrait en quelque sorte à une rupture de l'état de « bien-être au travail » auquel on s'attend dans un environnement de travail sain.

Certes la détresse psychologique est une variable définitivement intrinsèque à l'individu, mais elle s'inscrit dans un modèle où elle n'est pas uniquement le fait de caractéristiques de l'individu en lui-même, mais de l'environnement dans lequel il évolue. Comme le

soulignaient Karasek et Theorell dont les propos étaient rapportés à la section 2.4.1, la détresse peut bien évidemment être influencée par des caractéristiques intrinsèques à un individu, cependant les facteurs personnels ou plus généralement les facteurs intrinsèques à l'individu ne peuvent à eux seuls déterminer si un individu éprouvera ou non de la détresse psychologique. D'où l'importance de rechercher des explications à ce qui peut causer la détresse psychologique et, par voie d'extension, l'apparition d'une intention de quitter élevée chez un grand nombre d'infirmières.

À partir de ce constat, l'un des principaux avantages sur le plan de l'intervention est qu'il devient possible d'agir sur les éléments néfastes, les contraintes présentes dans l'environnement de travail. Cela donne autant de « clés d'intervention » qui seront donc à la portée des gestionnaires de centres hospitaliers ou à tout le moins autant d'éléments de revendications pour les syndicats et leurs membres.

Ainsi, le fait d'expliquer que la détresse psychologique est fortement associée à l'intention de quitter n'est que la première rangée de pierres de la fondation, car il faut être en mesure de s'assurer, d'une part, que les facteurs de l'environnement psychosocial qui sont associés habituellement à la détresse psychologique élevée dans la littérature scientifique sont effectivement ceux qui sont liés à la détresse psychologique élevée dans la présente recherche et, d'autre part, de déterminer si l'impact de la détresse est différencié selon que l'on aborde le roulement intra ou extra organisationnel. À ce sujet, les travaux de Lavoie-Tremblay apportent déjà un éclairage intéressant, mais il convient d'essayer d'approfondir ces premiers constats à partir des résultats de la présente enquête. Cela est d'ailleurs l'objet des deux sous questions en lien avec la problématique qui ont également été soulevées au chapitre II.

Donc, afin de mieux cerner les facteurs contributifs de la détresse psychologique, le questionnement soulevé était le suivant :

« La présence de détresse psychologique chez les infirmières est-elle associée à certains facteurs de l'environnement psychosocial de travail soit la demande psychologique élevée, la latitude décisionnelle faible, le soutien social faible et la reconnaissance faible ? »

L'hypothèse en lien avec ce questionnaire était qu'« un groupe d'infirmières exposées à une forte demande psychologique, à une latitude décisionnelle faible, à un soutien social faible et à une reconnaissance faible aura une manifestation plus forte de détresse psychologique qu'un groupe d'infirmières non exposé à ces conditions ».

À la lumière des résultats dont il est fait état dans la présente recherche, l'hypothèse ci-haut ne peut être confirmée qu'en partie. Les résultats indiquent que deux variables sont prédominantes dans l'explication de la détresse psychologique : soit la reconnaissance et la demande psychologique. Tout d'abord, la reconnaissance élevée est corrélée négativement à la détresse psychologique élevée, ce qui signifie en somme que la perception d'une reconnaissance élevée au travail, dans les différentes formes dans lesquelles elle a été mesurée, contribue à la perception d'une meilleure santé mentale chez les infirmières ou, du moins, elle aide à contrer la présence de détresse psychologique élevée.

L'étude de Lapointe et ses collaborateurs menée en 2007 obtient également pour cette variable une corrélation négative qui est par ailleurs bien supérieure ( $B = -.310$ ) à celle observée dans les présentes analyses et qui est encore plus significative ( $p \leq 0.0001$ ) (Lapointe et al., 2007, p. 51). De leur côté, les analyses de Lavoie-Tremblay et collaborateurs (2008b, p. 294) montrent que le déséquilibre effort récompense est fortement corrélé ( $\chi^2 = 30.471$ ) et fortement significatif ( $p \leq 0.0001$ ) avec la détresse psychologique. Ces résultats corroborent et renforcent l'hypothèse soutenant l'existence d'une corrélation négative entre la reconnaissance élevée et la détresse psychologique élevée. L'influence marquée de la reconnaissance n'est donc pas un constat nouveau dans l'explication de la détresse psychologique. Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs (2008b, p.295) étayaient d'ailleurs ce constat en relevant plusieurs écrits scientifiques aboutissant tous à un constat similaire : « *Working under chronic conditions of perceived effort-reward imbalance is also linked to poor job-related well-being* ». L'importance relative du manque de reconnaissance au travail sur la détresse psychologique serait par ailleurs en augmentation toujours selon les écrits recensés par Lavoie-Tremblay et leurs collaborateurs (*idem*).

De tels appuis aux présents résultats d'analyse ne peuvent que renforcer les prétentions de l'auteur à l'égard de l'importance qu'il faut accorder à des interventions visant à influencer l'environnement psychosocial de travail des infirmières. Puisqu'une reconnaissance faible ressort comme étant le principal facteur lié à la détresse psychologique élevée, les interventions devraient viser la diminution des contraintes y étant associées. Un défi relève du constat que le concept de reconnaissance tel que défini par Siegrist<sup>118</sup> repose sur trois dimensions soit la reconnaissance monétaire, celle liée à l'estime et celle liée au statut. Un éclairage sur les éléments d'intervention à privilégier découle des travaux de Lavoie-Tremblay *et al.* (2008b, p.730) et de Bourbonnais *et al.* (2006a, p. 329-330)<sup>119</sup>. Il ressort notamment de ces travaux que les infirmières perçoivent un manque de respect de la part des supérieurs dans le cadre de leur travail (estime), que les perspectives de promotions font défaut (monétaire) et que la rémunération est non adaptée à la charge de travail (monétaire). Dans le cadre de l'intervention participative mise en place par Bourbonnais et ses collaborateurs (2006a, p. 332-333)<sup>120</sup>, les différentes lacunes identifiées relativement à la reconnaissance ont fait l'objet d'interventions comme d'organiser des rencontres entre les membres du personnel afin d'améliorer le climat dans les équipes de travail et améliorer le respect et la considération entre les différents intervenants travaillant avec les infirmières, ceci incluant évidemment les infirmières elles-mêmes. D'autres avenues liées notamment à une meilleure communication d'information quant au suivi des suggestions infirmières ou quant au processus de prise de décision organisationnelle ou alors relativement à l'accessibilité aux différentes formations. Ces exemples issus d'une seule étude montrent bien que des interventions diversifiées et souvent d'envergure modestes peuvent être réalisées dans le but de changer les perceptions des infirmières. Certes la démonstration de l'efficacité de ces mesures sur la reconnaissance demeure à établir de façon plus probante, mais il n'est aucun doute sur les bénéfices généraux qui peuvent découler d'une plus grande préoccupation des gestionnaires et de l'organisation en général à l'égard de l'environnement de travail des infirmières.

<sup>118</sup> Se référer à la section 2.4.3 au besoin.

<sup>119</sup> Il est à noter que le projet de recherche de plus grande envergure menée par le groupe de chercheurs ayant chapeauté le présent mémoire de maîtrise a mené à la réalisation de groupes de discussions, lesquels ont permis un exercice similaire à ceux réalisés par les auteurs dont il est fait référence dans le texte. Le résultat de ces groupes de discussions n'est toutefois pas abordé dans le présent exercice étant donné son envergure plus limitée.

<sup>120</sup> Se référer à l'annexe E pour voir l'ensemble des cibles d'intervention et des solutions apportées.

En ce qui concerne les autres variables, la deuxième en importance est la demande psychologique élevée qui est elle aussi liée très fortement à la détresse psychologique élevée. Concrètement, cela montre que plus un individu voit augmenter sa quantité de travail, ses contraintes de temps ou même l'exigence mentale liée à ses tâches, plus il risquera de voir apparaître des signes de détresse psychologique élevée.

Si l'on se réfère encore aux mêmes études de référence, on constate que dans les deux cas les résultats obtenus vont dans le même sens que la relation observée dans la présente étude, en conformité par ailleurs avec les modèles théoriques. Dans la première étude, la demande psychologique élevée est corrélée fortement et positivement ( $B = ,292$ ) à la détresse psychologique élevée tout en étant significative ( $p \leq 0.0001$ ) (Lapointe et al., 2007, p. 51), alors que dans la deuxième la demande psychologique est aussi liée fortement ( $\chi^2 = 17.625$ ) et significativement ( $p \leq 0.0001$ ) à la détresse psychologique (Lavoie-Tremblay et al., 2008b, p. 294). Rien de nouveau donc, puisqu'en remontant de quelques années dans le temps, on peut se référer aux travaux de Bourbonnais et ses collaborateurs (1998, p.33-35) qui soutiennent qu'une demande psychologique élevée, si elle est associée à la présence d'une latitude décisionnelle faible, de même qu'à l'augmentation de la charge de travail est corrélée positivement à une augmentation de la prévalence de détresse psychologique. En remontant encore plus loin dans le temps, on peut même reculer à 1947, moment où une première étude indiquait l'existence de liens entre les caractéristiques du travail infirmier et la demande psychologique, celle-ci se matérialisant par la charge de travail, les contraintes de temps et la complexité des soins donnés aux patients (Gahan, M., 1947, cité par Lavoie-Tremblay, 2008b, p.295). Il n'est donc pas surprenant de lire certains constats comme : « *The psychological demands of nursing, especially issues related to workload, are critical concerns for nursing administrators* » (*idem*). Les résultats de la présente étude, combinée aux résultats antérieurs, semblent donc confirmer le rôle de la demande psychologique sur la détresse psychologique.

Encore ici des interventions visant à modifier l'environnement psychosocial de travail des infirmières en diminuant les contraintes associées à la demande psychologique doivent être privilégiées, ce qui renvoie à nouveau aux travaux de Lavoie-Tremblay *et al.* (2008b,

p.730) et de Bourbonnais *et al.* (2006a, p. 329-330). Ceux-ci identifient comme contraintes la charge de travail, les conditions de travail difficiles et épuisantes, de même que le manque de stabilité dans les équipes de travail. En réponse aux contraintes identifiées, l'intervention participative mise en place par Bourbonnais et ses collaborateurs (2006, p. 332-333)<sup>121</sup> a donc ciblée principalement des changements ergonomiques afin de faciliter les tâches physique, un meilleur soutien et une consolidation dans les équipes de travail, une meilleure communication entre les équipes de travail et dans l'organisation en général, l'augmentation du nombre de personnel dans les équipes de travail, une meilleure formation ainsi que la stabilisation des remplacements. Ces quelques exemples sont à nouveau des pistes intéressantes à considérer afin d'atténuer les contraintes liées à la demande psychologique dans l'environnement de travail.

Il est maintenant temps d'aborder l'épineuse question du soutien social et de la latitude décisionnelle. Premier constat : les résultats observés dans la présente étude contredisent le modèle théorique établi. En effet, on se serait attendu à ce que la relation entre soutien social élevé et détresse psychologique élevée soit significative et négative, et qu'il en soit de même pour la relation entre latitude décisionnelle élevée et détresse psychologique élevée. Or, il n'en est rien. Les relations observées, bien que presque nulles et non significatives, demeurent positives. Cela soulève indéniablement certains questionnements sur le rôle de ces variables dans l'explication de la détresse psychologique et cela, notamment auprès d'une population composée d'infirmières.

Il faut tout d'abord s'attarder au cas du soutien social. Il est nécessaire de considérer que les autres études récentes précitées aboutissent à des constats similaires à propos du soutien social. En effet, pour Lapointe *et al.* (2007, p. 51) les résultats indiquent qu'un soutien social élevé est corrélé positivement ( $B = ,090$ ), mais de façon non significative à la détresse psychologique. De son côté, Lavoie-Tremblay *et al.* (2008b, p. 294) obtient des résultats faiblement positif, mais non significatifs en ce qui concerne cette variable ( $\chi^2 = 2.443$ ,  $p = .118$ ). Ces résultats, bien que non-significatifs, semblent donc contredire également le modèle théorique prédominant.

<sup>121</sup> Se référer à nouveau à l'annexe E pour voir l'ensemble des cibles d'intervention et des solutions apportées.

Pourtant, en 1998, les résultats de Bourbonnais et ses collègues semblaient plutôt aller dans le sens attendu au point de vue théorique, puisqu'un soutien social faible était lié à une plus grande prévalence de détresse psychologique (p.33), alors qu'une diminution du soutien social était synonyme d'une augmentation de cette même détresse psychologique. Les résultats plus mitigés observés depuis dans la littérature en regard du rôle du soutien social sur la détresse psychologique expliquent peut-être pourquoi la relation observée ici n'est pas significative. En extrapolant, il faut se demander si les présents résultats, combinés à ceux des autres études québécoises, impliquent une remise en question de l'importance de cette variable. Le soutien social semble avoir un lien moins probant avec la détresse psychologique comparativement à la reconnaissance ou la demande psychologique. De l'aveu même de Johnson et Hall (1988, p.1341) qui, faut-il le rappeler, ont introduit cette variable dans le modèle de Karasek et Theorell, le soutien social au travail a pour fonction d'accentuer ou d'atténuer l'impact d'autres variables sur la détresse psychologique. En se référant à cette explication, on pourrait conclure que le rôle du soutien social est peut-être d'agir sur d'autres variables, qui elles sont liées directement à la détresse psychologique, plutôt que d'agir directement sur la détresse psychologique. Cela pourrait expliquer la corrélation quasi-nulle observée dans la présente étude.

De l'avis de l'auteur, la meilleure explication se trouve néanmoins dans les constats dressés précédemment par rapport à la situation des infirmières face aux changements récents dans le RQSSS. Il a été montré au chapitre I que les dernières années avaient été marquées par la déstabilisation des équipes de travail suite à différents éléments comme le départ massif d'infirmières expérimentées, l'arrivée de nouvelles recrues et les mouvements de personnels importants au sein des unités de travail. Il a été montré aussi qu'on a assisté à une certaine individualisation de la pratique chez les infirmières et certaines études ont fait état d'une diminution du soutien social exprimé chez les infirmières (Bourbonnais *et al.*, 1999, p. 147-148; Bourbonnais *et al.*, 2000b, p. 13-15). »

Dans ce contexte, il est plausible de penser que le soutien social, malgré son importance du point de vue théorique, n'ait pas ressorti de façon probante dans la présente étude ainsi que dans les autres études citées précédemment. En effet, les infirmières évoluent dans un

environnement de travail où les collègues sont débordés, où les échanges avec ces mêmes collègues sont limités par divers éléments comme les contraintes administratives ou d'horaire, mais également dans un environnement où l'esprit d'équipe est moins présent entre les collègues. Dans un tel contexte, il est plausible qu'une infirmière qui se sent en état de détresse n'ait pas tendance à rechercher de l'aide auprès de ses collègues ou même ne prête que peu d'importance à l'aide qui peut lui être offerte par son équipe de travail. Cela est vrai également pour le soutien en provenance des supérieurs si ceux-ci n'ont pas de contacts fréquents ou un lien de confiance bien établi avec les infirmières de leurs équipes.

Malgré ce qui vient d'être dit, il ne faut pas conclure que le soutien social n'a pas d'importance. Dans un contexte où les travailleurs du milieu de la santé ont été et vont probablement continuer d'être confrontés à de multiples et profondes mutations au fil des années, le soutien social, que son rôle soit direct ou indirect, qu'il provienne des supérieurs ou des membres d'une même équipe de travail, ce soutien conserve une certaine importance dans l'atténuation des impacts des contraintes émanant de l'environnement psychosocial de travail. Il semble cependant qu'il faudra dans un avenir rapproché tenter de clarifier son rôle dans l'explication de la détresse psychologique vécue au travail.

En attendant, et peut-être est-ce le signe de l'importance légèrement moindre accordée au soutien social, les interventions privilégiées par Bourbonnais *et al.* (2006a, p. 329-330)<sup>122</sup> pour agir sur le manque de soutien social sont plus limitées et se sont concentrées sur un aspect bien précis soit mettre en place de meilleurs moyens de communication et de dissémination de l'information au sein de l'organisation, entre les unités de travail, mais également entre les différents quarts de travail. Concrètement ces interventions allaient de la mise en place de rencontre d'équipe sur une base régulière, à l'élaboration de sessions de formation pour améliorer le travail et l'esprit équipe en passant par la révision complète des systèmes de communication et des procédures d'échange d'information entre les différents intervenants.

---

<sup>122</sup> Se référer à nouveau à l'annexe E pour voir l'ensemble des cibles d'intervention et des solutions apportées.

Il faut maintenant aborder la question de la latitude décisionnelle. Un bref regard sur la littérature entourant le modèle théorique original permet de constater l'ampleur du questionnement que soulèvent les présents résultats, puisqu'à la base cette variable était jugée comme plus importante par Karasek et Theorell que la demande psychologique. En effet comme il l'était rapporté précédemment, ce ne serait pas tant la demande psychologique au travail qui jouerait un rôle principal dans les facteurs de risques reliés au travail, mais plutôt le manque d'autonomie, de contrôle sur la façon dont un individu peut réagir face à la demande de travail (Karasek et Theorell, 1990, p. 9). Le résultat obtenu ici viendrait-il donc jeter un sérieux pavé dans la marre du modèle théorique original, modèle déjà mis à mal par le rôle ambigu que semble jouer le soutien social? Certes cela justifie qu'une réflexion sur le rôle de la latitude décisionnelle soit amorcée, ce que l'on se propose de faire dans les prochaines pages par l'exploration de différentes avenues.

Quoi de mieux que de d'abord retourner à la source même du modèle théorique en se référant à Karasek et Theorell qui indiquaient dans leur ouvrage « *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life* » que la latitude décisionnelle au niveau individuel est influencée par des sources de contrôle au niveau macro (les politiques organisationnelles par exemple) qui auront nécessairement un impact sur le degré d'autonomie des individus (1990, p. 60-61). À partir de cette affirmation, la réflexion suivante peut en découler. Se pourrait-il que dans le contexte de travail d'une infirmière, contexte de travail où, somme toute, on reconnaîtra que l'infirmière jouit d'une grande autonomie, les « sources de contrôle au niveau macro » aient un impact sur la façon dont les infirmières exercent leur autonomie décisionnelle? En d'autres termes, les infirmières ont certes la perception d'avoir une grande latitude décisionnelle dans leur travail, mais dans les faits il faut se demander si cette latitude, cette autonomie, peut être limitée par les contraintes organisationnelles imposées par les structures administratives des CH par exemple? Cela pourrait expliquer pourquoi, malgré le niveau élevé de latitude dont disposent les infirmières, cela ne se concrétise pas en un effet protecteur sur les contraintes liées principalement à la demande psychologique. Bien qu'intéressante, cette avenue se voit contrecarré par le fait que l'effet protecteur associé à une grande latitude décisionnelle est peut-être simplement inhibé ou plutôt annulé par la trop forte demande psychologique ou

même le manque de reconnaissance, ces dernières variables étant prédominantes dans la détermination de la détresse psychologique...

Avant de se continuer cette réflexion sur le modèle théorique, il est important de préciser que les résultats obtenus dans la présente démarche ne sont toutefois pas cohérents avec les autres résultats recensés. Lapointe et ses collaborateurs (2007, p. 51) obtiennent une relation négative ( $B = -,145$ ) et significative ( $p = .024$ ) entre la latitude décisionnelle élevée et la détresse psychologique élevée, ce qui est conforme au modèle théorique original. De leur côté, Lavoie-Tremblay et al. (2008b, p. 294) montrent que la faible latitude décisionnelle est très faiblement reliée positivement avec la détresse psychologique ( $r^2 = 1.317$ ) mais que cette relation est non significative<sup>123</sup>. Enfin pour Bourbonnais et ses collaborateurs (1998 p.33), la latitude décisionnelle faible (si elle est combinée à une demande psychologique forte) ou même une diminution de cette latitude décisionnelle augmente la prévalence de détresse psychologique. Ces résultats vont donc également dans le sens attendu selon le modèle de recherche. À l'instar du constat dressé pour le soutien social, il semble que les résultats recensés dans les recherches québécoises soient moins probants pour la latitude décisionnelle que pour la reconnaissance et la demande psychologique. Si on ajoute à cela les résultats de la présente étude qui démontre une relation pratiquement nulle et non significative, cela suggère de poursuivre la réflexion déjà adressée.

Au chapitre I, il a été démontré que la profession infirmière a subi de profondes modifications dans les dernières années. Depuis le virage ambulatoire notamment, des changements importants ont marqué tant les milieux de travail que le rôle et les tâches de l'infirmière. Le commissaire Clair en faisait d'ailleurs état de façon éloquentes lorsqu'il affirmait dans son rapport :

Les dernières années ont été éprouvantes pour ceux qui oeuvrent au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Encore aujourd'hui, la surcharge de travail, l'instabilité des équipes, les pénuries dans certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, s'ajoutent aux rigidités de toutes

---

<sup>123</sup> La non significativité de la relation observée va toutefois dans le sens de nos propres résultats de recherche.

sortes pour entretenir un sentiment général d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité qui règne trop souvent dans les établissements. (Gouvernement du Québec, 2000, p.112)

Depuis la réforme Rochon, marquée par une réorganisation générale des soins à la population, on s'attend à ce que les soins soient plus intégrés, axés directement sur les besoins des patients, mieux organisés, etc. Conséquemment, on a redéfini les méthodes de travail des infirmières, on leur a donné des responsabilités additionnelles et on leur a demandé de se spécialiser de plus en plus. Tout cela a eu pour résultat d'augmenter leur charge de travail, ce que les infirmières n'ont cessé d'ailleurs de dénoncer. Depuis, l'accélération des traitements, grâce notamment aux avancées technologiques, aura sans doute contribué à l'augmentation des contraintes temporelles, contraintes qui n'auront certainement pas été atténuées par le départ massif d'infirmières à la retraite et la pénurie de personnel qui est allée croissante au cours des années. À cela s'ajoutent les restructurations de services, la fermeture de même que la fusion d'établissements qui ont grandement affecté l'organisation du travail de même que les équipes de travail. Il faut se demander si cette charge de travail excessive croissante, la perturbation des équipes de travail avec ses impacts sur le soutien et la solidarité entre collègues voire le manque de reconnaissance dans les milieux hospitaliers n'ont pas pour effet de diminuer l'effet « protecteur » de la latitude décisionnelle dont jouissent les infirmières dans le cadre de leurs tâches.

Cette explication serait intéressante, car elle mettrait également en évidence, que les infirmières n'ont pas moins de latitude, d'autonomie décisionnelle, que par le passé. Du moins, les présents résultats, qui indiquent que 34,2% de répondants ont une latitude décisionnelle élevée, ne suggèrent pas une telle conclusion. En effet, bien que les données d'auteurs tels que Lapointe et ses collaborateurs (2007, p. 19) ainsi que Bourbonnais et ses collaborateurs (1998, p.28) ont montré pour cette même variable qu'un plus grand nombre de répondants, soit respectivement 66,4% et 48%, cotaient « élevé », d'autres résultats, ceux de Bourbonnais et ses collaborateurs en 2006, montraient des chiffres similaires soit 34,4% de répondants cottaient élevé à la latitude décisionnelle (2006a, p. 330). Il apparaît donc plausible que, malgré la présence d'une latitude décisionnelle élevée chez les

infirmières, les effets protecteurs escomptés de cette variable soient sapés à cause des contraintes présentes dans l'environnement de travail.

Néanmoins, une autre explication doit retenir l'attention. Celle-ci nous ramène à l'une des critiques des modèles théoriques utilisés dans la présente recherche. Bien que les modèles théoriques utilisés ont été testés à quelques reprises sur les infirmières<sup>124</sup>, les résultats discordants obtenus, particulièrement quant à la latitude décisionnelle, ne peuvent que soulever à nouveau la critique à l'effet que ces modèles ont été reconnus pour avoir un pouvoir prédictif plus important chez les emplois de type cols bleu que tout autre type d'emploi. Les emplois de type col bleu se caractérisant par une moins grande latitude décisionnelle, peut-être que cela explique les problèmes rencontrés chez les infirmières où la latitude décisionnelle est généralement très élevée. La question qu'il faut soulever est la suivante, la latitude décisionnelle a-t-elle la même importance en fonction du type d'emploi occupé? Pour un ouvrier manuel sur une chaîne de montage, un type d'emploi où les contraintes de l'environnement psychosocial sont nombreuses, est-il possible que l'acquisition d'une plus grande autonomie ait un effet protecteur plus important que dans une profession plus libérale où un employé jouirait de facto d'une autonomie beaucoup plus grande et où les contraintes seront possiblement moins nombreuses? Bien que n'ayant pas étudié le cas spécifique de la latitude décisionnelle, Rydstedt, Devereux et Sverke, présentent des conclusions qui peuvent alimenter la réflexion. S'appuyant sur leurs propres travaux ainsi que ceux d'autres auteurs<sup>125</sup>, ils énoncent que « *psychosocial working conditions should account for more variation in strain reactions among manual workers than among professional employees* » (2007, p.274). Les auteurs soulignent néanmoins que la différence observée entre les emplois de type manuel et de type professionnel n'est pas aussi marquée que ce à quoi ils auraient pu s'attendre. Il n'en demeure pas moins que leur constat permet d'avancer, pour le cas spécifique de la latitude décisionnelle, que l'effet protecteur de la latitude décisionnelle pourrait être moindre chez les infirmières du fait du type d'emploi qu'elles occupent.

---

<sup>124</sup> Se référer à la section 2.5 au besoin.

<sup>125</sup> Marmot et al. (1999) notamment.

Enfin, il ne faut pas oublier que la latitude décisionnelle pose problème au niveau théorique comme cela était exposé au chapitre II. Sans revenir longuement sur les constats dressés par certains auteurs, il faut souligner simplement que l'interprétation de la notion de contrôle incluse dans cette variable pose problème. La conception même de la latitude décisionnelle laisse place à l'influence des dispositions personnelles des répondants, chacun ayant diverses façons de réagir dans des situations où le contrôle sur son environnement est limité. Il est difficile de démontrer que les résultats non significatifs observés sont le fruit de cette lacune conceptuelle, néanmoins Siegrist a déjà souligné plusieurs effets pervers liés à la notion de contrôle incluse dans la latitude décisionnelle. Cela amenait d'ailleurs Siegrist à plaider « *for a conceptual clarification of the relationship between control limiting job conditions and those personal characteristics that influence the perception of and the search for control* » (1996, p. 29).

Peu importe l'explication retenue, la principale implication pour la pratique est qu'il n'est peut-être pas souhaitable de baser une intervention visant à diminuer la détresse psychologique et l'intention de quitter en tentant d'améliorer en tout premier lieu la latitude décisionnelle des infirmières. Agir sur les autres variables devrait être la priorité. C'est d'ailleurs ce que l'on constate lorsqu'on inventorie les interventions participatives de Bourbonnais et ses collaborateurs<sup>126</sup> sur la latitude décisionnelle qui sont d'ailleurs plus limitées et ont consisté essentiellement à de l'enrichissement de tâche ou de la formation (2006, p.332-333). Faut-il conclure qu'une intervention sur la latitude décisionnelle n'est pas nécessaire? Non, car comme le souligne Bourbonnais, lors d'une intervention participative « *it has been shown that employees' participation, when it is used with a purpose of revising work organisation to increase individual decision latitude, contributes to the improvement of mental health and productivity and reduces absenteeism from work* » (2006a, p. 331).

Au regard des résultats d'analyse découlant des deux premiers questionnements de recherche, certaines implications théoriques émergent. Par exemple, au début du chapitre II, une citation de O'Brien-Pallas (2008, p. 262) était mise en évidence : « *Research has*

<sup>126</sup> Se référer à nouveau à l'annexe E pour voir l'ensemble des cibles d'intervention et des solutions apportées.

*indicated that the factors, which attract and retain nurses, are associated with opportunities to develop professionally, autonomy in practice, participative decision-making processes, and fair reward and remuneration for work undertaken* ». Les constats dressés dans les dernières pages sont tout à fait au diapason des conclusions d'O'Brien-Pallas, bien qu'il faille nuancer quelque peu l'importance à accorder à l'autonomie dans la pratique qui, comme on l'a vu, force une certaine remise en perspective. La présente recherche vient donc appuyer les propos d'autres auteurs qui soutiennent qu'il est important de se concentrer sur l'environnement de travail et plus particulièrement sur les facteurs organisationnels. Les propos d'auteurs comme Hasselhorn et ses collaborateurs (2008, p.81) sont d'ailleurs assez éloquents : « *if the retention of nurses is the aim, work organizational factors and their potential for stress incidence should be regarded within the pool of possible causes* ».

Ces constats viennent donc nuancer les propos de Morell (2005, p. 13) selon qui les approches théoriques basées sur la prise de décision (*decision-based approach*) sont les plus appropriées pour l'analyse du roulement de personnel chez les infirmières. La présente approche soutient que s'il existe effectivement des processus psychologiques qui entrent en œuvre lors du choix d'un individu de quitter son emploi, les composantes de l'environnement de travail ont une importance tout autant sinon plus importante. À juste titre, il faut rappeler que les résultats de la présente étude ont montré que les variables de l'environnement psychosocial de travail expliquent 24,1% de la variance sur la détresse psychologique, soit près du quart des résultats possibles. Pour reprendre les propos d'Irvine et Evans, à propos du fait que le roulement s'expliquera différemment selon les auteurs en fonction des différentes approches disciplinaires auxquels ils sont liés, il est possible de constater que le présent modèle intégrateur vient faire le pont entre différentes approches. D'abord, économique en laissant une place à la notion d'opportunité de carrières, d'alternatives d'emploi, ensuite psychologique par la référence à la détresse psychologique et à la dimension de choix incluse dans l'intention de quitter et enfin sociologique de par la référence à l'environnement de travail des infirmières.

Enfin, nous en arrivons à la deuxième et dernière sous-question qui se penche sur l'impact de la détresse psychologique sur le roulement intra et extra organisationnel. Ce questionnement était formulé comme suit :

« La relation entre, d'une part, la détresse psychologique élevée et, d'autre part, l'intention de quitter élevée varie-t-elle en fonction du « lieu » (profession, emploi ou unité de soin) que l'infirmière mentionne vouloir quitter? »

À cette question, il était postulé que « la force de la relation entre la détresse psychologique et l'intention de quitter sera plus grande pour l'intention de quitter l'unité que pour l'intention de quitter l'employeur et la profession ».

Toujours à la lumière des résultats présentés au chapitre IV, les analyses montrent des liens significatifs et positifs pour chacune des trois intentions de quitter. Les résultats vont également dans le sens attendu en ce qui concerne la décroissance du lien avec la détresse psychologique. Ainsi, la présence d'une détresse psychologique élevée aura plus de chance de se concrétiser chez une infirmière en une intention de quitter son unité de travail plutôt que son employeur ou sa profession. La détresse psychologique aura donc ultimement un lien plus fort avec le roulement interne (intention de quitter l'unité), qu'externe (intention de quitter l'employeur et la profession).

Ces résultats sont particulièrement importants, car ils mettent en évidence la pertinence que des études s'interrogent à la fois sur le roulement interne et le roulement externe dans le cadre de la problématique de la rétention du personnel. En effet, un grand nombre de recherches ont mis l'accent sur le roulement externe tout en ne portant pas ou peu d'attention au roulement interne. Pourtant, comme l'indiquent Jacosky et Peters (1983, p.49), « *intraorganizational movement should be more carefully considered in the prediction of turnover* ». Se pencher sur le roulement interne est d'autant plus important que certains avancent qu'avant de rechercher d'autres opportunités d'emploi à l'extérieur d'une organisation, les individus auront d'abord tendance à rechercher une alternative d'emploi au sein même de leur organisation (*idem*). D'autres parts, bien qu'abordant le

sujet du roulement d'un angle légèrement différent<sup>127</sup>, De Croon et ses collaborateurs énoncent qu'il y a tout intérêt à considérer le roulement volontaire d'une façon plus large afin de bénéficier d'une « *more complete picture of the consequences of voluntary turnover* » (2004, p.444).

Bland Jones, dans un important article où elle fait état des coûts du roulement de personnel, présente un point de vue plus qu'intéressant sur les coûts liés au roulement interne et externe des infirmières (2004, p. 565). L'auteure précise tout d'abord que dans le cas du roulement interne, les organisations n'investissent généralement pas beaucoup d'énergie pour comprendre ou pour réduire ce type de roulement essentiellement parce qu'il n'est pas considéré comme une perte pour l'organisation. Cette affirmation explique peut-être d'ailleurs pourquoi moins de recherches ont été menées sur ce type de roulement. En effet, si ce n'est pas considéré comme problématique, pourquoi s'en soucier outre mesure? Dans les organisations, l'auteur souligne que les gestionnaires considèrent souvent qu'une infirmière quitte son poste pour un autre poste à l'interne simplement parce qu'il existe des possibilités d'avancement et des opportunités professionnelles. Bref, ils ne voient pas cela comme étant une mauvaise chose en soi et ils n'ont pas tort jusqu'à un certain point. Néanmoins, une problématique survient « *if it costs more to replace the nurse who changes jobs internally than it does to fill the vacancy he or she is filling* » (2004, p. 565). Rendu à ce point, le roulement interne n'est plus perçu comme étant bénéfique ou positif. À l'inverse, le roulement externe est la plupart du temps considéré comme une perte pour l'organisation, raison pour laquelle on consacre des énergies importantes pour le contrer même s'il peut avoir des impacts positifs en permettant un renouvellement dans les équipes de travail, une flexibilité dans la gestion du personnel ou alors contribuer à l'injection de nouvelles idées ou de certaines innovations (*idem*, p.566).

Dans un contexte de pénurie comme celle qui est vécue actuellement, l'interrelation entre le roulement interne et le roulement externe peut devenir importante selon Bland Jones (2004, p.566). Toujours en référence aux propos de cette auteure, il peut arriver un point où

---

<sup>127</sup> De Croon et ses collaborateurs comparent notamment dans leur étude le roulement à l'intérieur d'une même profession (*intraoccupational turnover*) et à l'extérieur de cette profession (*interoccupational turnover*) (2004, p. 444).

« *turnover begets turnover* » (*idem*). Il est possible d'illustrer ce propos par le cas de figure suivant d'une infirmière qui quitte sa profession ou tente sa chance dans un autre établissement de soin à cause, par exemple, des piètres conditions prévalentes dans son environnement de travail. Le départ de cette infirmière pourra avoir comme impact que certaines de ses collègues décident également de quitter l'unité, l'établissement ou leur profession pour des raisons similaires. L'impact de plusieurs départs peut être que certaines infirmières qui n'avaient pas l'intention ou la volonté de quitter l'organisation ou la profession (roulement externe), pourraient décider de quitter le poste qu'elles occupent afin de rechercher un poste à l'interne qui leur permettrait d'améliorer leur position et de retrouver une équipe de travail plus stable. Selon Bland Jones de telles situations ont des impacts importants sur la qualité des soins et sur le personnel (*idem*).

En somme, même s'il semble évident que les coûts liés à une infirmière qui quitte son unité de travail pour une autre unité ne sont pas les mêmes que pour une infirmière qui quitte son organisation ou même sa profession, il ne faut pas négliger l'impact du roulement interne. Ce roulement doit faire partie de l'analyse, puisqu'il est potentiellement plus répandu et important que ce qui est habituellement considéré. Les présents résultats de recherche peuvent par ailleurs avoir plusieurs implications, la première étant que si l'intention de quitter l'employeur ou la profession est déjà élevée chez les infirmières d'une organisation, un CH par exemple, il est fort probable que cette intention de quitter soit elle-même indicatrice d'une forte prévalence d'intention de quitter l'unité, là où cette possibilité est présente évidemment. L'intention de quitter l'unité pourrait donc être un concept qui a été très gravement sous-estimé à la fois dans les organisations que dans les diverses études présentes dans la littérature. Porter une attention plus soutenue au roulement interne ne doit cependant pas impliquer un désengagement des efforts visant à contrer le roulement externe, et cela est particulièrement vrai en ce qui concerne la propension à quitter la profession. Comme l'énoncent si bien De Croon et ses collaborateurs, « *interoccupational turnover results of more drastic changes in work characteristics and coinciding psychological strain* » (2004, p. 444).

Mais revenons-en justement à la relation avec la détresse psychologique et les différentes intentions de quitter. Pourquoi une intention de quitter élevée est-elle plus corrélée à l'intention de quitter l'unité que l'emploi ou la profession? L'explication proviendra de l'une des conclusions de Krausz<sup>128</sup> selon qui les infirmières, malgré des conditions de travail non optimales, vont d'abord rechercher à progresser au sein de leur propre organisation plutôt qu'à l'extérieur de celle-ci (1995, p. 286). Cela rejoint les propos de Bland Jones qui énonce que les infirmières vont évaluer l'ensemble des coûts et des bénéfices liés à la décision de quitter leur position actuelle. En somme, même si la détresse qu'éprouve une infirmière est élevée, elle fera tout de même l'évaluation des coûts et des bénéfices liés à sa décision de quitter ou non sa position. Comme le fait de quitter une organisation ou même sa profession implique des coûts plus importants et surtout plus immédiats, que cela implique un niveau d'incertitude souvent plus élevé et des bénéfices potentiels qui sont davantage dans le long terme, cette option apparaîtra de façon moins immédiate que l'intention de quitter l'unité. À la lumière de ces propos, il faut considérer en somme que dans un milieu de travail où les contraintes de l'environnement psychosocial de travail sont nombreuses et qu'il y a présence de détresse psychologique élevée chez plusieurs infirmières, il y a de fortes chances que l'impact de ce contexte soit la présence d'un roulement interne important. Il y aura aussi du roulement externe, des infirmières quitteront l'organisation ou décideront de se réorienter, mais l'effet principal sera ressenti dans le roulement entre les unités de soins.

Au final, lorsqu'on recadre l'ensemble de la présente démarche dans le contexte de société dans lequel il s'inscrit, il est pertinent de se demander quelles sont les implications par exemple en ce qui a trait à la pénurie d'infirmières et le maintien de la qualité des soins prodigués à la population? Sans s'étendre en long et en large sur le sujet, le principal constat qui ressort est l'importance d'agir au niveau de l'organisation des soins et de la qualité des milieux de travail et des conditions d'exercice de la profession. On ne parle pas d'un problème de performance ou de productivité des effectifs en place ou même de limitation au niveau du personnel infirmier à cause de manque de formation. On traite plutôt de réorganisation des effectifs afin de diminuer la charge de travail, d'une meilleure

---

<sup>128</sup> Le modèle de Krausz a été présenté à la section 2.2., s'y référer au besoin.

coordination des soins, de meilleurs systèmes de communication dans les établissements et dans les équipes de soins, d'une meilleure reconnaissance du travail des infirmières, de leur savoir-faire et de leur rôle névralgique dans le RQSSS, etc. Il faut surtout prendre conscience que la population infirmière est aux prises avec des taux élevés de détresse psychologique qui sont le signe évident de problèmes structurels importants pour lesquels des actions cohérentes et concertées doivent être prises tant à l'échelle locale, régionale que nationale. Comme l'indiquent Malo et ses collaborateurs, d'abord et avant tout, « l'investissement dans les conditions de travail est en somme un préalable à l'amélioration de la qualité des soins et des autres performances organisationnelles, incluant la productivité ainsi que l'attraction et la rétention du personnel » (2010, p.95).

Comme l'indique Baumann et ses collaborateurs (2004, p. 22-25), il y a trois champs principaux d'intervention pour s'attaquer à la pénurie de personnel infirmier: le recrutement à l'interne (échelle nationale), le recrutement à l'étranger et le maintien en fonction. Selon l'auteur de ces lignes, il est définitif que la principale avenue devant être préconisée est la troisième, et c'est précisément ce que l'ensemble du présent document soutient.

## 5.2 Apports et limites de la démarche

Les forces et les limites liées aux modèles théoriques, aux instruments de mesure ainsi qu'aux procédures de recherche utilisées ont déjà été abordées au chapitre II. En cette fin de parcours, il appert nécessaire avant de conclure de se pencher sur les apports et limites de la démarche de recherche dans son ensemble en regard notamment des constats dressés dans cette dernière section.

L'apport principal de cette démarche réside dans l'établissement d'un lien entre la problématique de la rétention du personnel infirmier et l'impact de l'environnement de travail via la détresse psychologique vécue par un individu. Il n'existe plus de doute dans l'esprit de l'auteur de ces lignes que c'est dans cette avenue que réside plusieurs possibilités d'intervention pouvant contribuer à diminuer tant la détresse vécue dans les milieux de travail que le roulement de personnel qu'il soit intra- ou extra-organisationnel.

Par ailleurs, une deuxième contribution d'importance est sans contredit l'accent mis sur la distinction entre le roulement interne ou externe à l'organisation. En effet si la littérature scientifique s'est beaucoup penchée sur la notion d'intention de quitter entendue généralement comme étant la propension d'un individu à quitter son organisation, l'intention de quitter à l'interne a fait l'objet de moins de recherches. En montrant que le lien entre la détresse psychologique et l'intention de quitter l'unité était plus fort que pour les autres intentions de quitter, cela met en évidence l'importance de s'y attarder, d'autant plus qu'à l'instar des autres intentions de quitter, des coûts importants y sont rattachés.

L'ensemble de la démarche reposant sur des bases théoriques et empiriques solides, il apparaît que ces deux contributions devront être mises de l'avant à l'avenir dans l'explication de la problématique de la rétention du personnel infirmier.

Les limites de la présente recherche résident essentiellement dans le cadre restreint inhérent à un projet de recherche de l'envergure d'un mémoire de maîtrise. Ainsi, il est clair que la présente recherche aurait pu être bonifiée si certaines questions supplémentaires avaient pu être traitées. Mentionnons par exemple la question des relations patronales/syndicales, de l'impact des conventions collectives et des relations de travail qui n'ont pu être traités. Pourtant des modifications de l'environnement de travail des infirmières impliquent obligatoirement la question syndicale. Par le passé, c'est souvent par l'intermédiaire des revendications portées par les employés, où le mouvement syndical joue un rôle très important, que des changements importants sont survenus.

Les analyses réalisées auraient certainement pu être bonifiées par un exercice de comparaison des résultats obtenus au questionnaire entre les différents groupes de répondants (ancienneté, titre d'emploi par exemple) ou les différentes unités de soins au sein du centre hospitalier étudié. Des analyses auraient également pu être réalisées sur la base de la classification des types de travailleurs de Karase et Theorell (travailleur actif, tendu, etc.). Il aurait été aussi très intéressant de comparer les résultats obtenus à ce questionnaire dans d'autres établissements de soins. Néanmoins, en regard du cadre restreint établi et aussi de la stratégie d'analyse statistique réalisée, il a été décidé de ne pas

aller de l'avant avec ce type d'analyses comparatives, et ce, malgré l'intérêt certain de ce type de procédure.

Autre limite, le nombre de variables sélectionnées pour le modèle d'analyse. Les données recueillies grâce au questionnaire auraient permis l'ajout de plusieurs autres variables telles que la prévisibilité au travail, le sens du travail, la cohésion de l'équipe ou l'attachement. Cette dernière variable, dans les différentes déclinaisons énoncées par Meyer et Allen (1993), aurait certainement pu être intégrée au modèle d'analyse. En effet, il aurait été intéressant de voir si, par exemple, les différents types d'attachements auraient pu avoir une influence sur le lien entre la détresse psychologique et les différentes intentions de quitter. À ce sujet, les travaux de Malo, Lapointe et Dallaire (2010) ont déjà démontré que certaines formes d'attachement jouent un rôle sur l'intention de quitter l'unité ou l'employeur. Il aurait été intéressant de voir si des résultats similaires auraient pu être obtenus avec la stratégie d'analyse utilisée dans la présente recherche.

Toujours concernant les variables utilisées, une autre considération concerne plus particulièrement le rôle de la détresse psychologique. Il aurait été intéressant de voir si, sur la plan statistique, celle-ci joue un rôle de modératrice dans la relation entre l'environnement psychosocial de travail et l'intention de quitter. En d'autres termes, il aurait été intéressant de tester si la détresse psychologique peut être considérée comme une variable intermédiaire entre les variables de l'environnement psychosocial de travail et les différents types d'intention de quitter qui affecte la relation entre ces variables.

Une autre limite de la présente recherche est le fait qu'aucun élément qualitatif n'ait été inclus dans le cadre de recherche. Le contenu de la présente recherche aurait certes pu s'enrichir du contenu d'entrevues individuelles ou collectives avec des infirmières ou des gestionnaires du centre hospitalier concerné.

Enfin, une dernière limite identifiée est le fait que la présente étude ne se penche pas tant sur l'aspect « recherche de solution » à la problématique que sur la « recherche d'explication ». Ainsi, bien que l'objectif ultime du présent document qui est de permettre

aux gestionnaires du RQSSS d'identifier des éléments qui ont un impact sur la détresse psychologique et l'intention de quitter, il ne permet pas d'identifier et de tester des interventions concrètes pouvant permettre d'améliorer la gestion des ressources humaines au quotidien. Bien évidemment, il faut identifier la source d'un problème avant de songer à y remédier, cependant des recherches futures ne devraient pas tant s'attarder à ce qui cause la problématique, mais plutôt sur comment la contrer par le recours à une recherche de type expérimentale ou alors en suivant un processus de recherche-action

## CONCLUSION

Au moment de boucler cette boucle, un retour sur les principaux objectifs et constats issus de la démarche de réflexion exposée précédemment est de rigueur. D'abord, trois objectifs avaient été mis de l'avant au tout début du présent document.

Un survol de la profession d'infirmière a été proposé en s'attardant principalement aux caractéristiques de cette population et à sa situation en termes d'effectifs et d'état de santé. Cela a permis de constater que la population infirmière a vécu plusieurs réformes, chacune accompagnée de profonds changements qui ont très certainement menés à une évolution positive et significative de cette profession, mais ont aussi été assorties de problématiques d'envergure dont l'ampleur ne s'est pas estompée dans le contexte actuel où le vieillissement de la population et le manque de personnel accroissent la pression sur le système de santé et son personnel. Ce survol a également permis de mettre en évidence que la prévalence de détresse psychologique élevée dans population infirmière au-dessus des niveaux observés dans la population générale et que la pénurie actuelle, de par son ampleur et ses conséquences demeure un enjeu de taille pour assurer la pérennité d'un système de santé accessible et universel.

Ensuite, les résultats d'une revue de littérature scientifique ont été exposés dans l'optique de présenter les concepts clés, dresser un portrait des modèles théoriques existants et des facteurs identifiés comme étant liés au roulement de personnel chez les infirmières. De cette revue de littérature, il a été constaté qu'un nombre important de modèles théoriques et de facteurs explicatifs du roulement de personnel étaient identifiés dans les différents écrits scientifiques recensés. Certains privilégiaient des facteurs intrinsèques, d'autres extrinsèques ou alors une combinaison de ces deux types de facteurs. L'efficacité variable de certains modèles théoriques présents dans la littérature laissant présumer que la problématique de la rétention des infirmières pouvait être expliquée par d'autres facteurs, l'utilisation d'un modèle théorique explicatif de la détresse psychologique au travail a été proposé considérant la prévalence élevée de cette problématique chez les infirmières.

Au final, le modèle théorique intégrateur retenu et testé appuie la thèse selon laquelle la détresse psychologique doit être vue comme un facteur explicatif prépondérant de l'intention de quitter des infirmières en général, mais encore plus de l'intention de quitter l'unité qui est rattachée à la notion de roulement intra-organisationnel par rapport à l'intention de quitter l'employeur ou la profession qui réfèrent au roulement extra-organisationnel. Ce modèle théorique confirme aussi le rôle majeur de l'environnement psychosocial de travail comme source de contraintes pouvant mener à un état de détresse psychologique, et conséquemment à l'intention de quitter.

Certes, pas de grandes révélations, pas de grandes découvertes ne découlent de ces résultats. Mais ceux-ci mettent en évidence quelques avenues de réflexion qui ne manqueraient certes pas d'être dignes d'intérêt pour des recherches ultérieures. D'abord et avant tout, des recherches permettant de mettre en évidence des moyens d'intervention efficaces pour diminuer les contraintes dans les milieux de travail seraient à privilégier. Il est nécessaire en tout premier lieu de travailler sur les contraintes associées à la demande psychologique (charge ou quantité de travail, contraintes de temps, exigences mentales des tâches, etc.) ainsi qu'au manque de reconnaissance au travail (rémunération, perspective professionnelle, considération pour le travail, etc.) puisque ces variables ont été identifiées comme prépondérantes pour le maintien d'un état de bien-être au travail chez les infirmières. Cibler des moyens d'intervention s'avère primordial pour que les résultats de recherche comme ceux de la présente démarche puissent trouver un écho dans la pratique en gestion de ressources humaines et ainsi avoir des bénéfices et des retombées concrètes pour les infirmières et pour le milieu de la santé québécois.

Côté théorique, deux principaux sujets de réflexion : le rôle de la latitude décisionnelle et du soutien social ainsi que l'importance à accorder au roulement interne et externe. D'abord, la latitude décisionnelle apparaît comme un point d'interrogation dans la présente équation. Les résultats ambigus et les critiques formulées à l'égard de cette variable amènent à penser qu'un réexamen minimalement de son rôle et idéalement de sa définition sont nécessaires. En ce qui concerne le soutien social, les résultats de la présente étude et d'études antérieures montrent qu'il serait nécessaire de clarifier son rôle et son importance,

car les résultats obtenus ne sont pas significatifs. Enfin, il semble que moins de recherches aient été consacrées dans la littérature au roulement interne, ce qui pourrait nuire à une compréhension complète de la problématique de la rétention des infirmières. Ne porter un intérêt qu'au roulement externe mène à une analyse partielle de la problématique et par le fait même à une ignorance des impacts de type de roulement pour les organisations.

Au final, la rétention du personnel, que ce soit celle des infirmières, des autres membres du personnel œuvrant dans le milieu de la santé ou tout simplement des travailleurs québécois en général, est une problématique complexe à laquelle il n'y a pas de solution simple. Cela ne peut que mettre en évidence à nouveau la complexité de l'étude des comportements humains, les individus, confrontés à des réalités similaires, ayant chacun leur propre façon de réagir et d'interagir avec les autres individus ou leur environnement.

Malgré cela, la présente étude s'inscrit dans une lignée d'études qui mettent en évidence que les différences individuelles de chaque travailleur sont subordonnées à l'influence prépondérante des variables de l'environnement psychosocial de travail dans la détermination de la qualité de vie au travail et de la rétention du personnel. En effet, si le départ effectif d'une infirmière de son unité de travail, de son poste au sein d'un centre hospitalier ou carrément de sa profession relève au final d'une prise de décision personnelle, d'un « passage à l'acte » de la personne, c'est plutôt l'environnement psychosocial de travail dans lequel elle évolue qui aura forgé les conditions préalables à cette prise de décision.

La présente recherche n'a certainement pas la prétention de régler la question de la rétention des infirmières. Bien d'autres écrits couvriront ce sujet dans l'avenir. Une chose est sûre cependant, on y affirme que l'environnement psychosocial de travail doit être considéré tant par les chercheurs que les praticiens dans le RQSSS comme une pièce maîtresse. C'est sur l'amélioration de l'environnement psychosocial de travail que doivent reposer des interventions qui pourront à la fois contribuer à l'instauration d'un mieux-être au travail pour les infirmières et conséquemment une meilleure rétention du personnel infirmier. Un fait demeure, il y a un urgent besoin d'agir à la lumière du portrait prévalent

actuellement dans le RQSSS; l'inaction n'étant plus une option à l'heure actuelle alors que les leviers permettant d'améliorer significativement la situation sont de mieux en mieux identifiés et définis.

## Glossaire

ADRLSSS : Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

AUROC : *Area under the receiver operating characteristic curve*

CH : Centre hospitalier

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CHSP : Centre hospitalier de soins psychiatrique

CRSSS : Conseils régionaux de la santé et des services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

CSSS : Centre de santé et services sociaux

DES : Diplôme d'études secondaires

ENTSPI : Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier

FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GIROST : Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation du travail et la santé du travail

IDPESQ : Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec

ISQ : Institut de la statistique du Québec

JCQ : *Job Content Questionnaire*

MAS : Ministère des Affaires sociales

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

NEXT : *Nurse's early exit study*

NIOS : *National Institute for Occupational Safety*

OIIAQ : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PSI : *Psychiatric Symptom Index*

RIPOST : Groupe de recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail

RLS : Réseaux locaux de services de santé et services sociaux

RP : Rapport de prévalence

RQSSS : Réseau québécois de la santé et des services sociaux

RRSSS : Régie régionale de la santé et des services sociaux

SAS : *Statistical Analysis System*

SPSS : *Statistical Package for Social Science*

TCR : Temps complet régulier

TPO : Temps partiel occasionnel

### **Références bibliographiques**

Aiken, Linda H., Buchan, James, Sochaiski, Julie, Nichols, Barbara, Powell, Mary. (2004). « Trends In International Nurse Migration ». *Health Affairs*. Vol. 23, No. 3, pages 69-77.

American Nurse Association. (2009). « *Seven of 10 Nurses Report Insufficient Staffing, According to ANA Online Poll Poll Indicates That Staffing Problems Driving Nurses from Positions* ». Document consulté en ligne sur le site de l'*American Nurse Association* le 27 novembre 2010.

<http://www.safestaffingsaveslives.org/WhatisANADoing/PollResults/Safe-Staffing-Poll-Results.aspx>

Anderson-Connoly, Richard, Grunberg, Leon, Greenberg, Edward S., Moore, Sarah. (2002). « Is Lean Mean?: Workplace Transformation and Employee Well-being ». *Work Employment Society*. Vol. 16, pages 389-413.

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2009). « L'épuisement professionnel : un phénomène complexe et controversé ». Article en ligne consulté sur le site de l'Association canadienne pour la santé mentale le 5 décembre 2009.

<http://www.acsm.ca/bins/index.asp?lang=2>

Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux (AQESSS). (2011). « Dossier organisation du travail : Méthode Lean (Approche Toyota) ». Article en ligne consulté sur le site de l'AQESSS le 10 décembre 2011.

[http://aqesss2011.netedit.info/1842/Methode\\_Lean\\_\(Approche\\_Toyota\).aqesss](http://aqesss2011.netedit.info/1842/Methode_Lean_(Approche_Toyota).aqesss)

Auteur inconnu. (2010). « La crise s'aggraverait si les infirmières n'ont pas de meilleures conditions ». *La Presse canadienne*. Article en ligne consulté sur le site du Devoir le 12 mars 2010.

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/284745/la-crise-s-aggraverait-si-les-infirmieres-n-ont-pas-de-meilleures-conditions>

Baillargeon, Lisa. (2011). « La méthode Toyota et la gestion du système de santé ». Présentation en ligne consulté sur le site de l'Université du Québec en Outaouais le 4 décembre 2011.

<http://www4.uqo.ca/recherche/documents/LamethodeToyotaetlagestiondusysteme-BaillargeonLisa.pdf>

Baumann, Andrea, Blythe, Jennifer, Kolotylo, Camille, Underwood, Jane. (2004). « La main d'œuvre infirmière au Canada ». Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa. 58 pages.

Bégin, Clermont, Bergeron, Pierre, Forest, Pierre-Gerlier, Lemieux, Vincent. (1999). « Le système de santé québécois : Un modèle en transformation ». Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 439 pages.

Bergeron, Pierre et Gagnon, France. (2005) « La prise en charge étatique de la santé au Québec : Émergence et transformations ». Dans Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, Bélanger, Gérard (dir). « Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux ». Les Presses de l'Université Laval, Québec, pages 7 à 33.

Bland Jones, Cheryl. (2004). « The Costs of Nurse Turnover – Part 1 : An Economic Perspective ». *Journal of Nursing Administration*. Vol. 34, No. 12, pages 562-570.

Blondeau, Danielle. (2002). « Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui » dans Goulet, Olive et Dallaire, Clémence. *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives.*, Gaétan Morin Éditeur, Boucherville, pages 61-76.

Bourbonnais, Renée, Comeau, Monique, Dion, Guylaine, Vézina, Michel. (1997). « Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec ». Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval, Ste-Foy, 87 pages.

Bourbonnais, Renée, Comeau, Monique, Viens, Chantal, Laliberté, Denis, Malenfant, Romaine, Brisson, Chantal, Vézina, Michel. (1998). « La transformation du réseau de la santé : Mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec ». Équipe de recherche RIPOST et Direction de la santé publique de Québec, Université Laval, Sainte-Foy, 65 pages.

Bourbonnais, Renée, Comeau, Monique, Viens, Chantal, Brisson, Chantale, Laliberté, Denis, Malenfant, Romaine et Vézina, Michel. (1999). « La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé ». *Santé mentale au Québec*, vol. 24, no. 1, p.136-153.

Bourbonnais, Renée, Larocque, Brigitte, Brisson, Chantale, Vézina, Michel, Laliberté, Denis. (2000a). « Environnement psychosocial du travail » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, 2e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 27, pages 571-583.

Bourbonnais, Renée, Malenfant, Romaine, Viens, Chantal, Vézina, Michel, Côté, Nancy. (2000b). « Le travail infirmier sous tension : Une approche compréhensive de travail infirmier en période de transition ». Équipe de recherche RIPOST, Université Laval, Sainte-Foy, 53 pages.

Bourbonnais, Renée, Malenfant, Romaine, Viens, Chantal, Vézina, Michel, Brisson, Chantal, Laliberté, Denis, Sarmiento, Janet. (2000c). « Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec ». Équipe de recherche RIPOST et Direction de la santé publique de Québec, Université Laval, Sainte-Foy, 80 pages.

Bourbonnais, Renée, Vézina, Michel, Durand, Pierre J., Viens, Chantal, Brisson, Chantal, Vinet, Alain, Gauthier, Nathalie, Lavoie-Tremblay, Mélanie, Alderson, Marie, Dicaire, Louise, Ouellet, Jean-Paul, Boudreau-Lévesque, Denise, Harvey, Colombe. (2003). « Recherche intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail du personnel soignant ». Équipe de recherche RIPOST, Université Laval, Sainte-Foy, 47 pages.

Bourbonnais, Renée, Gauthier, Nathalie, Vézina, Michel, Viens, Chantal, Durand, Pierre J., Brisson, Chantal, Alderson, Marie, Bégin, Pauline, Ouellet, Jean-Paul. (2005). « Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail ». *Pistes*, vol.7, no.2. 30 pages.

Bourbonnais, Renée, Brisson, Chantal, Vinet, Alain, Vézina, Michel, Lower, A. (2006a). « Development and Implementation of a Participative Intervention to Improve the Psychosocial Work Environment and Mental Health in an Acute Care Hospital ». *Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 63, No. 5, pages 326-334.

Bourbonnais, Renée, Chantal, Brisson, Vinet, Alain, Vézina, Michel, Abdous, B., Gaudet, M. (2006b). « Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting ». *Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 63, No. 5, pages 335-342.

Brisson, Chantal, Blanchette, Caty, Guimont, Chantal, Dion, Guylaine, Moisan, Jocelyne, Vézina, Michel, Dagenais, Gilles R. and Massé, Lousie. (1998). « Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek job content questionnaire », *Work & Stress*, Vol. 12, No. 4, pages 322 à 336.

Camirand, Hélène et Nanhou, Virginie. (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 ». Institut de la statistique du Québec. 4 pages.

Castle, Nicholas G. et Donoghue, Christopher. (2005). « Organizational and environmental effects on voluntary and involuntary turnover ». *Health Care Manage Review*. Vol. 32, numéro 4, pages 360-369.

Cavanagh, Stephen J. (1989). "Nursing turnover: literature review and methodological critique". *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 14. Pages 587-596.

Champagne, Sara. (2010). « Infirmières : explosion des heures supplémentaires ». La Presse. Article en ligne consulté sur le site de Cyberpresse le 26 mars 2010.  
[http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201003/25/01-4264427-infirmeries-explosion-des-heures-supplementaires.php?utm\\_categorieinterne=traffidrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse B4 manchettes 231 accueil POS1](http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201003/25/01-4264427-infirmeries-explosion-des-heures-supplementaires.php?utm_categorieinterne=traffidrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse B4 manchettes 231 accueil POS1)

Cho, J., Laschinger, HK et Wong, C. (2006). « Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses ». *Ministry of Health and Long-Term Care*, Vol. 19, numéro 3, pages 43-60.

Coomber, Bilie, Bariball Louise K. (2007). « Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses : A review of the research literature ». *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 44, pages 297-314.

Crichton, Nicola. (2001). « Information Point : Odds ratio ». *Journal of Clinica Nursing*. Vol. 10, pages 257-269.

Crichton, Nicola. (2001). « Information Point : Wald test ». *Journal of Clinica Nursing*. Vol. 10, pages 767-774.

Dallaire, Clémence. (1999). « Les grandes fonctions de la pratique infirmière » dans Goulet, Olive et Dallaire, Clémence. *Soins infirmiers et société.*, Gaétan Morin Éditeur, Boucherville, pages 33-55.

Dallaire, Clémence, O'Neill, Michel, Lessard, Christine, Normand, Sonia. (2005). « La profession infirmière au Québec : Des défis majeurs qui persistent ». Dans Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, Bélanger, Gérard (dir). « Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux ». Les Presses de l'Université Laval, Québec, pages 297 à 335.

Dansereau, Suzanne. (2010). « Les hôpitaux québécois découvrent les vertus de la production allégée ». Les Affaires.com. Article en ligne consulté sur le site lesaffaires.com le 10 décembre 2011.

<http://www.lesaffaires.com/strategie-d-entreprise/management/les-hopitaux-quebecois-decouvrent-les-vertus-de-la-production-allegee/508409>

De Croon, Einar M., Sluiter, Judith K., Blonk, Roland W.B., Broersen, Jake P. J., Frings-Dresen, Monique, H.W. (2004). « Stressful Work, Psychological Job Strain, and Turnover : A 2-Year Prospective Cohort Study of Truck Driver ». *Journal of Applied Psychology*. Vol. 89, No. 3, pages 442-454.

Desjardins, Julie. (2007). « L'analyse de la régression logistique ». *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. Vol. 1, No. 1, pages 35-41.

Desrosiers, Gyslaine, Valois, Marie. (2002). « L'efficience et l'efficacité de la pratique infirmière dans un système en mutation » dans Goulet, Olive et Dallaire, Clémence. *Les soins infirmiers :Vers de nouvelles pratiques.*, Gaétan Morin Éditeur, Boucherville, pages 123-142.

Ducas, Isabelle. (2011). « Le Dr. Barette au Magazine Jobboom ». Magazine Jobboom. Article consulté en ligne sur le site [carriere.jobboom.com](http://carriere.jobboom.com) le 8 décembre 2010  
<http://carriere.jobboom.com/marche-travail/tendances/2009/08/11/pf-10424706.html>

Dussault, G., Fournier, M.-A., Zanchetta, M. S., Kérouac, S., Denis, J.-L., Bojanowski, L., Carpentier, M., Grossman, M. (2004). « Le marché du travail en soins infirmiers au Canada (1985-1999) ». *Santé publique*. Vol. 2, No. 42, pages 251-261.

Dychtwald, K., Erickson, T.J. et Morison, R. (2006). « Workforce Crisis-How to Beat the Coming Shortage of Skills and Talent ». Harvard Business School Press, Boston, 269 pages.

Fournier, Lorraine. (2002). « Pourquoi le virage ambulatoire? Les déterminants de la réforme québécoise des services de santé ». Dans Goulet, Olive et Dallaire, Clémence (dir). *Les soins infirmiers :Vers de nouvelles perspectives.*, Gaétan Morin Éditeur, Boucherville, pages 7 à 23.

Gaumer, Benoit. (2008). « Le système de santé et des services sociaux du Québec : Une histoire récente et tourmentée : 1921-2006 ». Les Presse de l'Université Laval, Québec, 283 pages.

Gouvernement du Québec. (2000). Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec, *Ministère de la santé et des services sociaux*, 454 pages.

Hasselborn, Hans Martin, Conway, Paul Maurice, Widerszal-Bazyl, Maria, Simon, Michael, Tackenberg, Peter, Schmidt, Sascha, Camerino, Donatella, Müller, Bernd. (2008). « Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession—results from the longitudinal European Nurses' Early Exit Study ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Supplement*, Vol. 6. Pages 75-82.

Hayes, Laureen J., O'Brien-Pallas, Linda, Duffield, Christine, Shamian, Judith, Buchan, James, Hughes, Frances, Spence Laschinger, Heather K., North, Nicola, Stone, Patricia W. (2006). « Nurse turnover: A literature review ». *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 43, pages 237-263.

Hinshaw, Ada Sue, Smeltzer, Carolyn H., Atwood, Jan R. (1987). "Innovative Retention Strategies for Nursing Staff". *Journal of Nursing Administration*. Vol. 17, No. 6, pages 8-16.

Hosmer, David W., Lemeshow, Stanley. (2000). "Applied Logistic Regression: Second Edition". Wiley Series in Probability and Statistics. États-Unis, 373 pages.

Institut canadien d'information sur la santé. (2007). « Tendances de la main d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006. Ottawa. ICIS, 2007, 157 pages.

Jackofsky, Ellen F., Peters, Lawrence H. (1983). « Job Turnover Versus Company Turnover : Reassessment of the March and Simon Participation Hypothesis ». *Journal of Applied Psychology*. Vol 68, No. 3, Pages 490-495.

Johns, Gary, (2001). « The Psychology of Lateness, Absenteeism, and Turnover ». *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology*, Volume 2. Sage Publications, London, pages 232 - 252.

Johnson, Jeffrey V., Hall, Ellen M. (1988). "Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population". *American Journal of Public Health*. Vol. 78, No. 10, pages 1336-1342.

Karasek, Robert A. (1979). « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implication for Job Redesign ». *Administrative Science Quarterly*. Vol 24 pages 285-308.

Karasek, Robert A., Theorell, Töres, (1990). "Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life". Basic Books, New York, 381 pages.

Krausz, Moshe, Koslowsky, Meni, Shalom, Nirra, Elyakim, Nirra. (1995). "Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study". *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 16, No. 3. Pages 277-288.

Kristensen, Tage S. (1995). « The Demand-Control-Support Model : Methodological Challenges for Future Research ». *Stress Medicine*, Vol. 11, pages 17-26.

Kristensen, Tage S. (1996). « Job Stress Cardiovascular Disease : A Theoretic Critical Review ». *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 1, No. 3, pages 246-260.

Lacoursière, Ariane. (2010). « Des infirmières toujours plus sollicitées » La Presse. Article en ligne consulté sur le site de Cyberpresse le 13 décembre 2010.  
[http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201012/12/01-4351737-des-infirmieres-toujours-plus-sollicitees.php?utm\\_categorieinterne=trafficdrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_B4\\_manchettes\\_231\\_accueil\\_POS3](http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201012/12/01-4351737-des-infirmieres-toujours-plus-sollicitees.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_B4_manchettes_231_accueil_POS3)

Lapointe, Paul-André, Dallaire, Clémence, Ouellet, Steven, Bagilishya, Olivier. (2007). « Climat de travail et santé mentale au travail dans les unités de soins critiques du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec ». Alliance de recherche universités-communautés, Innovation, travail et emploi. Université Laval, Québec. 61 pages.

Lapointe, Paul-André, Dallaire, Clémence, Malo, François-Bernard, Bagilishya Olivier, Nadeau-Gauthier, Sébastien et Constant, Mélanie. (2009). « Climat de travail et santé mentale au travail au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières ». Alliance de recherche universités-communautés, Innovation, travail et emploi. Université Laval, Québec. 116 pages.

Lavoie-Tremblay, Mélanie, O'Brien-Pallas, Linda, Gélinas, Céline, Desforges, Céline, Marchionni, Caroline. (2008a). "Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint". *Journal of Nursing Management*. Vol. 16. Pages 724-733.

Lavoie-Tremblay, Mélanie, Wright, David, Desforges, Nicole, Gélinas, Céline, Marchionni, Caroline, Drevniok, Ulrika. (2008b). "Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses". *Journal of Nursing Scholarship*. Vol, 40, No. 3, pages 290-297.

Leduc, Gilbert. (2010). « Pénuries de professionnels au Québec : l'urgence d'agir rapidement ». La Presse. Article en ligne consulté sur le site de Cyberpresse le 19 mai 2010.

[http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/affaires/actualite-economique/201005/18/01-4281753-penuries-de-professionnels-au-quebec-lurgence-dagir-rapidement.php?utm\\_categorieinterne=trafficdrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_B9\\_affaires\\_3004\\_section\\_POS1](http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/affaires/actualite-economique/201005/18/01-4281753-penuries-de-professionnels-au-quebec-lurgence-dagir-rapidement.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_B9_affaires_3004_section_POS1)

Lee, Thomas W., Mitchell, Terence R. (1994). « An alternative approach: The unfolding model of voluntary employee turnover » *Academy of Management. The Academy of Management Review*. Vol. 19, No. 1, pages 51-89.

Lee, Thomas W.; Mitchell, Terence R; Wise, Lowell; Fireman, Steven. (1996). « An unfolding model of voluntary employee turnover ». *Academy of Management Journal*. Vol. 39, No. 1, pages 5-36.

Lee, Thomas W., Mitchell, Terence R., Holtom, Brooks C., McDaniel, Linda S., Hill, John W. (1999). « The unfolding model of voluntary turnover: A replication and extension ». *Academy of Management Journal*. Vol. 42, No. 4, pages 450-462.

Légaré, Gilles, Préville, Michel, Massé, Raymond, Poulin, Carole, St-Laurent, Danielle, Boyer, Richard. (2000). « Santé mentale » dans Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, pages 333-354.

Lévesque, Gaétan. (2006). « Estimation de l'évolution de l'effectif de l'OIIAQ de 2006-2007 à 2015-2016 ». Document de recherche préparé pour l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. 28 pages.

Lu, Hong, While, Alison E., Barriball, Louise K. (2005). « Job satisfaction among nurses: a literature review ». *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, pages 211-227.

Malo, François-Bernard. (2001). « *Participation des travailleurs et performances organisationnelles : Le cas du CHUQ* », thèse de doctorat en Sciences de Gestion soutenue le 17 décembre 2001 à l'Université des Sciences sociales de Toulouse, Toulouse (France), 778 pages.

Malo, François-Bernard, et Grenier, Jean-Noël. (2007). « La nouvelle gestion publique et la transformation du Réseau québécois de la santé et des services sociaux entre 1987 et 2007- Quels impacts pour les diverses parties prenantes? », *Site internet de l'Association canadienne des relations industrielles*. 38 pages.

Malo, François-Bernard, Lapointe, Paul-André, Dallaire, Clémence. (2010) « Santé Mentale, engagement organisationnel et intention de quitter », dans LAFLAMME, R. (dir). *Main-d'œuvre et conditions de travail – Vers de nouveaux arrimages*. Actes du LXIVe Congrès du Département des relations industrielles de l'Université Laval, Québec, Presses de l'Université Laval, pages.75-98.

Meyer, John P., Allen, Natalie J., Smith, Catherine A. (1993) « Commitment to Organizations and Occupations: Extension and test of a Three Component Conceptualization ». *Journal of Applied Psychology*. Vol. 78, No. 4. Pages 538-551.

Mitchell, Terence R., Holtom, Brooks C., Lee, Thomas W., Graske, Ted. (2001). « How to keep your best employees: Developing an effective retention policy ». *The Academy of Management Executive*. Vol. 15, No. 4, pages 96 - 109.

Morell, Kevin. (2005). « Towards a typology of nursing turnover: the role of shocks in nurses' decisions to leave ». *Journal of Advances Nursing*, Vol. 49, No. 3, pages 315-322.

Morell, Kevin, Loan-Clarke, John, Wilkinson, Adrian, (2008). « Mapping the Decision to Quit: A Refinement and Test of the Unfolding Model of Voluntary Turnover ». *Applied Psychology: An International Review*. Vol. 57, No. 1, pages 128-150.

Morin, Estelle, M. et Aubé, Caroline. (2007). « Chapitre 4 : L'adaptation » Dans *Psychologie et management : 2e édition*. Chenelière Éducation, Montréal, pages 143 à 186.

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2001). « Rapport du forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière ». Publications du Québec, Québec, 158 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2008a). « En bref. Le système de santé et de services sociaux au Québec ». Publications du Québec, Québec, 16 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2008b). « Nomenclature des titre d'emplois, des libellés, des taux et des échelles salariale du Réseau de la santé et des services sociaux ». Québec, 222 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2009). « Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec ». Publications du Québec, Québec, 181 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2010). Document en ligne consulté sur le site du Ministère le 5 janvier 2010.  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2011a). Communiqué consulté en ligne sur le site du Ministère le 10 décembre 2011  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=92>

Ministère de la santé et des services sociaux, MSSS. (2011b). Document en ligne consulté sur le site du Ministère le 10 décembre 2011.  
[http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/site/fr\\_excellence.phtml](http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/site/fr_excellence.phtml)

Niedhammer Isabelle. (2002). « Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. » *International Archives of Occupational Environment Health*. Vol. 75, No, 129, p. 129-144.

Niedhammer I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S. et Degioanni S. (2006). « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER », *Santé publique*, Volume 18, N° 3, p. 413-427.

Niedhammer Isabelle, Tek, Marie-Ly, Starke, Dagmar, Siegrist Johannes. (2004). « Effort-Reward imbalance model and self reported health : Cross-sectional and prospective findings from the gazel cohort ». *Social Science & Medecine*. Vol 58, pages 1531-1541.

O'Brien Pallas, Linda, Griffin, Pat, Shamian, Judith, Buchan, James, Duffield, Christine, Hughes, Frances, Spence Laschinger, Heather K., North, Nocola, Stone, Patricia W. (2006). « The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes : A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study ». *Policy, Politics & Nursing Practice*. Vol. 7, No. 3, pages 169-179.

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, OIIAQ. (2008). Document en ligne consulté sur le site internet de l'Ordre le 21 octobre 2008.  
<http://www.oiaq.org/ordre/historique.fr.html>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, OIIAQ. (2009). « Caractéristiques de l'effectif de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec 2007-2008 ». Montréal, 61 pages.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2000). « Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec - Statistiques au 31 mars 1999 ». Montréal, 15 pages.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2001a). « Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec ». Montréal, 150 pages.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2001b). « Évolution de la profession d'infirmière : Extraits de publications et rapports publics récents ». Montréal, 43 pages.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2007). « Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence! ». Montréal, 91 pages.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2008a). Document en ligne consulté sur le site internet de l'Ordre le 20 octobre 2008.  
<http://www.oiiq.org/infirmieres/historique/index.asp>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2008b). Document en ligne consulté sur le site internet de l'Ordre le 20 octobre 2008.

<http://www.oiiq.org/oiiq/histoire.asp>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ. (2009). « Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2008-2009 ». Montréal, 214 pages.

Panasuraman, Saroj. (1989). « Nursing Turnover : An Integrated Model ». *Research in Nursing & Health*. Vol 12, pages 267-277.

Parker Shannon, Valérie J. (2002). « La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé » dans Goulet, Olive et Dallaire, Clémence. *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives.*, Gaétan Morin Éditeur, Boucherville, pages 97-121.

Petit, André. (1989). « Les infirmières: De la vocation à la profession ». Les Éditions du Boréal, Montréal, 408 pages.

Préville M., Boyer R., Potvin L., Perrault C., Legaré G. (1992). « La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec », *Enquête Santé Québec 87*, Les cahiers de recherche, no 7, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 pages.

Preux, P.M., Odermatt, P., Perna, A., Marin, B., Vergnenègre, A. (2007). « Qu'est-ce qu'une régression logistique? » p. 159). *La Revue des maladies respiratoires*. Vol. 22. Pages 159-162.

Price, James L., Mueller, Charles W. (1981). « A Causal Model of Turnover for Nurses ». *Academy of Management Journal*. Vol. 24, No. 3. Pages 543-565.

Probst, Thira M. (2005). « Countering the Negative Effects of Job Insecurity Through Participative Decision Making: Lessons From the Demand-Control Model ». *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 10, No. 4, pages 320-329.

Quivy, Raymond, Van Campenhout, Luc. (2006). « Manuel de recherche en sciences sociales : 3<sup>e</sup> édition », Éditions Dunot, Paris, 256 pages.

Randall Andrews, Diane et Wan Thomas T.H. (2008). « The importance of mental health to the experience of job strain : an evidence-guided approach to improve retention ». *Journal of Nursing Management*. Vol 17, pages 340-351.

Rioux Soucy, Louise-Maude. (2010). « Les médecins font bloc avec les infirmières ». Le Devoir. Article en ligne consulté sur le site du Devoir le 19 mars 2010.

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/285052/les-medecins-font-bloc-avec-les-infirmieres>

Rydstedt, Leif W., Devereux, Jason, Sverke, Magnus. (2007). « *Comparing and combining the demand-control-support model and the effort reward imbalance model to predict long term mental strain* ». *European journal of Work and organizational psychology*. Vol 16, No. 3, pages 261-278.

Samson, Claudette. (2010). « Une détresse quotidienne pour bien des infirmières ». *Le Soleil*. Article en ligne consulté sur le site de Cyberpresse le 13 août 2010.  
[http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201008/12/01-4306167-une-detresse-quotidienne-pour-bien-des-infirmieres.php?utm\\_categorieinterne=trafficdrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_vous\\_suggere\\_4306168\\_article\\_POS2](http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201008/12/01-4306167-une-detresse-quotidienne-pour-bien-des-infirmieres.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4306168_article_POS2)

Shields, Margot, Wilkins, Kathryn. (2006). « Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats ». *Statistique Canada*, 189 pages.

Siegrist, Johannes. (1996). “Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions”. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 1, No. 1, pages 27-41.

Siegrist Johannes, Starke, Dagmar, Chandola, Tarani, Godin, Isabelle, Marmot, Michael, Niedhammer Isabelle, Peter, Richard. (2004). « The measurement of effort-reward imbalance et work : European comparisons »

Steel, Robert P., Ovalle, Nestor K. (1984). “A Review and Meta-Analysis of Research on the Relationship Between Behavioral Intentions and Employee Turnover ». *Journal of Applied Psychology*. Vol. 69, No. 4, pages 673-686.

Takase, Miyuki, Maude, Philip, Manias, Elizabeth. (2005a). « Comparion between nurses’ professional needs and their perceptions of their job”. *Australian Journal od Advanced Nursing*. Vol. 23, No. 2. Pages 28-35

Takase, Miyuki, Maude, Philip, Manias, Elizabeth. (2005b). « Nurses’ job dissatisfaction and turnover intention: Methodological myths and an alternative approach ». *Nursing and Health Sciences*. Vol. 7, pages 209-217.

The European NEXT-Study. (2010). Site officiel de l’étude consulté le 28 décembre 2010.  
<http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?next-study>

Topolnytsky, Laryssa et Meyer, John Peter. (2000). « Diagnosing Turnover and Finding Solutions ». Dans *Best Practices :Employee Retention*. Éditions Carswell, Scarborough, Ontario. Pages 1-7.

Université de Sherbrooke. (2010). « Alpha de Cronbach :Rappel théorique ». Article en ligne consulté sur le site de l’Université de Sherbrooke dédié à l’utilisation de SPSS le 10 avril 2010.  
<http://pages.usherbrooke.ca/spss/pages/analyses/alpha-de-cronbach.php>

Vézina, Jean-Daniel. (2006). « Roulement volontaire des infirmières en milieu hospitalier québécois : causes, conséquences et pistes de solutions ». Essai de maîtrise. 122 pages.

Vézina, Michel, Bourbonnais, Renée, Marchand, Alain, Arcand, Robert. (2008). « Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) », Institut de la statistique du Québec, Québec, 50 pages.

Vinet, Alain, Bourbonnais, Renée et Brisson, Chantal. (2003). « Travail et santé mentale : une relation qui se détériore ». Dans Michel Audet (dir.) *Santé mentale et travail : l'urgence de penser autrement*. LVIII<sup>e</sup> congrès des relations industrielles de l'Université Laval, Ste-Foy : Les Presses de l'Université Laval, p. 5-37.

Vinet, Alain. (2004). « Travail, organisation et santé : Le défi de la productivité dans le respect des personnes ». Les Presse de l'Université Laval. 384 pages.

Wagner, Cheryl. M. (2007). « Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: literature review ». *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 60, No.3, pages 235–247.

Widerszal-Bazyl, Maria, Radkiewicz, Piotr, Hasselhorn, Hans-Martin, Conway, Paul Maurice, Van der Heijden, Beatrice. (2008). « The Demand-Control-Support model and intent to leave across six European countries: The role of employment opportunities ». *Work & Stress*. Vol. 22, No. 2, pages 166-184

# ANNEXES

## Annexe A

Secteurs et catégories d'emploi	Contenu
<b>Secteur public</b>	
<b>Établissements du réseau de la santé et des services sociaux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ non fusionné avec un CSSS</li> <li>○ public, privé conventionné ou privé non conventionné</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de réadaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ pour les personnes présentant une déficience intellectuelle</li> <li>○ pour les personnes présentant une déficience physique</li> <li>○ pour les personnes alcooliques et toxicomanes</li> <li>○ pour les jeunes en difficulté d'adaptation</li> <li>○ pour les mères en difficulté d'adaptation</li> <li>○ centre de protection de l'enfance et de la jeunesse/centre jeunesse</li> <li>○ établissement à vocation sociale de désignation universitaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de santé et de services sociaux (CSSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ les 95 centres de santé et de services sociaux qui regroupent une ou plusieurs installations exploitant une ou plusieurs des cinq missions du réseau (dont certaines missions peuvent être de désignation universitaire) ;</li> <li>○ les quatre centres de santé du Nord québécois qui regroupent une ou plusieurs installations qui exploitent une ou plusieurs des cinq missions du réseau et qui se trouvent dans les régions administratives du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ soins généraux ou spécialisés (CHSGS) ou soins psychiatriques (CHPSY)</li> <li>○ non fusionné avec un CSSS et sans désignation universitaire</li> <li>○ public, privé conventionné ou privé non conventionné</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre universitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ centre hospitalier universitaire</li> <li>○ centre affilié universitaire</li> <li>○ institut universitaire</li> </ul>

## Annexe B

<b>TABLEAU 5 SECTEUR ET CATÉGORIE D'EMPLOI EN 2008-2009</b>		
<b>Secteur</b>	<b>N<sup>bre</sup></b>	<b>%</b>
<b>Catégorie</b>		
<b>Secteur public</b>		
<i>Établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)</i>		
Centre de santé et de services sociaux (CSSS)	30 292 <sup>26</sup>	45,8 %
Centre universitaire	18 534	28,0 %
Centre hospitalier <sup>27</sup>	3 748	5,7 %
Centre d'hébergement et de soins de longue durée <sup>28</sup>	1 774	2,7 %
Centre de réadaptation	528	0,8 %
<b>Total partiel - établissements du RSSS</b>	<b>54 876</b>	<b>83,0 %</b>
<i>Autres employeurs publics ou parapublics</i>		
Secteur de la santé et des services sociaux	793	1,2 %
Autre secteur	285	0,4 %
Centre de détention et établissement correctionnel	220	0,3 %
<b>Total partiel - autres employeurs publics ou parapublics</b>	<b>1 298</b>	<b>2,0 %</b>
<b>Total partiel - secteur public</b>	<b>56 174</b>	<b>85,0 %</b>
<b>Secteur privé</b>		
<i>But lucratif</i>		
Agence de placement de personnel infirmier ou de soins	2 384	3,6 %
Clinique médicale	1 039	1,6 %
Clinique de soins infirmiers	746	1,1 %
Autre entreprise du domaine de la santé	556	0,8 %
Résidence privée pour personnes âgées et autres clientèles	523	0,8 %
Industrie et entreprise hors du domaine de la santé	481	0,7 %
Compagnie pharmaceutique et centre de recherche	366	0,6 %
Pharmacie	170	0,3 %
<b>Total partiel - but lucratif</b>	<b>6 265</b>	<b>9,5 %</b>
<i>But non lucratif</i>		
Organisme et communauté religieuse	718	1,1 %
Organisme communautaire	481	0,7 %
Association et regroupement	58	0,1 %
<b>Total partiel - but non lucratif</b>	<b>1 257</b>	<b>1,9 %</b>
<b>Total partiel - secteur privé</b>	<b>7 522</b>	<b>11,4 %</b>
<b>Secteur de l'éducation</b>		
Cégep/collège	1 202	1,8 %
Commission scolaire et centre de formation professionnelle	797	1,2 %
Université	366	0,6 %
Autre établissement d'enseignement	36	0,1 %
<b>Total partiel - secteur de l'éducation</b>	<b>2 401</b>	<b>3,6 %</b>
<b>TOTAL DES INFIRMIÈRES QUI EXERCENT LA PROFESSION AU QUÉBEC</b>	<b>66 097</b>	<b>100,0 %</b>

26 Parmi ces infirmières, 2996 travaillent dans un CSSS dont la mission CH ou CLSC est désignée universitaire.

27 Il s'agit d'établissements non fusionnés dans un CSSS.

28 *Idem.*

## Annexe C

<b>TABLEAU 7 DOMAINE DE PRATIQUE EN 2008-2009</b>		
<b>Domaine de pratique</b>	<b>N<sup>bre</sup></b>	<b>%</b>
<b>Soins en santé physique / soins à des clientèles particulières</b>		
Soins en gériatrie et gérontologie	8 216	12,5 %
Soins médicaux et/ou chirurgicaux	8 191	12,5 %
Soins en périnatalité	3 284	5,0 %
Soins péropératoires	2 876	4,4 %
Soins en cardiologie	1 811	2,8 %
Soins en oncologie	1 271	1,9 %
Soins en néphrologie	1 228	1,9 %
Soins en pédiatrie	1 036	1,6 %
Soins en réadaptation	906	1,4 %
Soins de fin de vie	539	0,8 %
Soins aux diabétiques	176	0,3 %
Autres soins en santé physique	1 353	2,1 %
<b>Total partiel - soins en santé physique / soins à des clientèles particulières</b>	<b>30 887</b>	<b>47,1 %</b>
<b>Soins critiques</b>		
Soins d'urgence	5 173	7,9 %
Soins intensifs	3 549	5,4 %
<b>Total partiel - soins critiques</b>	<b>8 722</b>	<b>13,3 %</b>
<b>Soins en santé mentale</b>		
Soins en santé mentale spécialisés et ultraspecialisés	2 555	3,9 %
Soins en santé mentale de première ligne	1 384	2,1 %
Toxicomanie	210	0,3 %
<b>Total partiel - soins en santé mentale</b>	<b>4 149</b>	<b>6,3 %</b>
<b>Soins de première ligne</b>		
Maintien / soins à domicile	3 196	4,9 %
Petite enfance / famille	1 089	1,7 %
Services courants	1 020	1,6 %
Clinique privée / clinique-réseau / GMF	986	1,5 %
Santé et sécurité au travail	890	1,4 %
Santé des jeunes / santé scolaire	860	1,3 %
Info-Santé	761	1,2 %
Autres soins de première ligne	817	1,2 %
<b>Total partiel - soins de première ligne</b>	<b>9 619</b>	<b>14,7 %</b>
<b>Autres types de soins et de services</b>		
Santé publique	477	0,7 %
Prévention et contrôle des infections	397	0,6 %
Plusieurs domaines / autre domaine / ne s'applique pas	11 286	17,2 %
<b>Total des répondantes</b>	<b>65 537</b>	<b>100,0 %</b>
<b>TOTAL DES INFIRMIÈRES QUI EXERCENT LA PROFESSION AU QUÉBEC</b>	<b>66 097</b>	
<b>Taux de réponse</b>	<b>99,2 %</b>	

Annexe D

## QUESTIONNAIRE

**Sur les caractéristiques du travail des infirmières, des inhalothérapeutes et des infirmières auxiliaires**

**CH « X »**

**24 avril 2008**

Clémence DALLAIRE, professeure Faculté des sciences infirmières

Paul-André LAPOINTE, professeur, Département des relations industrielles

François Bernard MALO, professeur, Département des relations industrielles

*ARUC – Innovations, travail et emploi*

Université Laval

Avec la collaboration du Syndicat « X » et du CH « X »

## Section 1 : Caractéristiques socio-démographiques

1) Dans quelle unité travaillez-vous actuellement?

2) Quel est votre sexe?

Femme

Homme

3) Quel est votre âge?

20-30 ans

31-40 ans

41-50 ans

51 ans et plus

4) Avez-vous des enfants?

Oui

Non

**Si oui, répondez à la question 5.**

**Si non, passez à la question 8.**

5) Combien avez-vous d'enfant(s)?

Un

Deux et plus

**Si vous avez un enfant, répondez à la question 6a).**

**Si vous avez deux enfants et plus, répondez à la question 6b).**

6a) À quelle catégorie d'âge appartient votre enfant?

Précolaire

Primaire

Secondaire

Post-secondaire

Autre \_\_\_\_\_

**6b) Combien de vos enfants appartiennent à l'une ou l'autre des catégories d'âge suivantes? (Veuillez inscrire un nombre dans la ou les cases appropriées).**

- Préscolaire**
- Primaire**
- Secondaire**
- Post-secondaire**
- Autre** \_\_\_\_\_

**7) Est-ce que vous êtes seul(e) pour assumer la garde de vos enfants?**

- Oui**
- Non**

**8) Quel est votre titre d'emploi? Cochez un seul titre parmi les suivants classés par ordre alphabétique : (celui dont vous faites habituellement le plus grand nombre d'heures de travail par semaine).**

- Assistante-infirmière chef (AIC)**
- Assistante-infirmière chef bachelière**
- Infirmière**
- Infirmière clinicienne (bachelière)**
- Infirmières auxiliaires**
- Inhalothérapeutes**

**9) Quel poste détenez-vous ?**

**TC**

Si vous détenez un poste **TC**, répondez à la question 10

**TP**

Si vous détenez un poste **TP**, répondez aux questions 11 et 12

**Relève**

Si vous détenez un poste de relève, répondez aux questions 12 et 13

**10) Avez-vous un congé sans solde partiel ?**

**Oui**

**Non**

Si oui, répondez à la question 11

**11) En moyenne, combien de jours par semaine travaillez-vous ?**

\_\_\_\_\_

12) En plus de vos heures normales de travail, donnez-vous une période de disponibilité supplémentaire ?

Oui

Non

13) En vous référant à la dernière année, est-ce que les assignments que vous avez eues correspondent aux orientations que vous avez reçues ?

Jamais

De temps en temps

Assez souvent

Très souvent

Toujours

14) Êtes-vous en situation de retraite progressive ?

Oui

Non

15) Combien d'année(s) d'expérience avez-vous dans votre profession? : \_\_\_\_\_

16) Combien d'année(s) d'expérience avez-vous au CH« X »? : \_\_\_\_\_

17) Combien d'année(s) d'expérience avez-vous l'unité où travaillez actuellement? : \_\_\_\_\_

18) Combien de jours de travail, en moyenne, avez-vous effectués par « 14 jours » au Centre hospitalier au cours de la dernière année? \_\_\_\_\_

19) Combien de jours de travail, en moyenne, avez-vous effectués par « 14 jours » dans votre unité actuelle au cours de la dernière année? \_\_\_\_\_

20) Dans l'ensemble du temps supplémentaire effectué au cours de la dernière année, quelle est approximativement la proportion du temps supplémentaire obligatoire?

Nulle

Faible

Élevée

Très élevée

21) Au cours de la dernière année, en excluant le temps supplémentaire quelle est la proportion de votre temps de travail que vous avez effectuée sur les quarts

suivants ? (Pour chacun des quarts de travail, encerclez le pourcentage qui correspond à votre situation)

**JOUR :**

**0%    moins de 24%    25-49%    50-74%    75-99%    100%**

**SOIR :**

**0%    moins de 24%    25-49%    50-74%    75-99%    100%**

**NUIT :**

**0%    moins de 24%    25-49%    50-74%    75-99%    100%**

## Section 2 : Organisation du travail

**Exprimez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés suivants (Ne cochez qu'une seule case par énoncé)**

1) Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

2) Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

3) Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

4) Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

5) J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

6) Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

7) Au travail, j'ai l'occasion de faire plusieurs choses différentes.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

8) J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

9) Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

10) Mon travail exige d'aller très vite.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

11) Mon travail exige de travailler très fort mentalement.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Fortement en accord

12) On me demande de faire une quantité excessive de travail.

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**

13) J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**

14) Je reçois des demandes contradictoires (opposées) de la part des autres (supérieurs, collègues de travail, patients, etc.).

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**

15) Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**

16) Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée; je dois alors y revenir plus tard.

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**

17) Mon travail est très mouvementé.

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**

18) Je suis souvent ralentie dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.

- Fortement en désaccord**
- En désaccord**
- D'accord**
- Fortement en accord**
- Ne s'applique pas**

19) Au travail, recevez-vous suffisamment d'avance l'information sur des décisions importantes ou des changements à venir?

- Toujours**
- Souvent**
- Quelquefois**
- Rarement**
- Jamais**

20) Recevez-vous toute l'information nécessaire pour bien effectuer votre travail?

- Toujours**
- Souvent**
- Quelquefois**
- Rarement**
- Jamais**

21) Vos tâches de travail ont-elles pour vous un sens?

- Extrêmement**
- Beaucoup**
- Assez**
- Peu**
- Très peu ou pas du tout**

22) Avez-vous l'impression que le travail que vous effectuez est important?

- Extrêmement**
- Beaucoup**
- Assez**
- Peu**
- Très peu ou pas du tout**

**23) Vous sentez-vous motivée et impliquée dans votre travail?**

- Extrêmement**
- Beaucoup**
- Assez**
- Peu**
- Très peu ou pas du tout**

### Section 3 : Soutien social et reconnaissance

**Exprimez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés suivants (Ne cochez qu'une seule case par énoncé)**

**1) Mon supérieur immédiat se soucie du bien-être des personnes qui sont sous son autorité.**

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

**Je n'ai pas de supérieur immédiat**

**2) Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis.**

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

**Je n'ai pas de supérieur immédiat**

**3) Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail.**

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

**Je n'ai pas de supérieur immédiat**

**4) Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble.**

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

**Je n'ai pas de supérieur immédiat**

5) Les personnes avec qui je travaille sont qualifiées pour les tâches qu'elles accomplissent.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

Je n'ai pas de supérieur immédiat

6) Les personnes avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

Ne s'applique pas

7) Les personnes avec qui je travaille sont amicales.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

Ne s'applique pas

8) Les personnes avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

Ne s'applique pas

9) Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

Ne s'applique pas

10) Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

11) Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

12) On me traite injustement à mon travail.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

13) Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

14) Mes perspectives de promotion sont faibles.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

15) Ma sécurité d'emploi est menacée.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

16) Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

17) Vu tous mes efforts, je reçois tout le respect et l'estime que je mérite à mon travail.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

18) Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

19) Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

Fortement en désaccord

En désaccord

D'accord

Fortement en accord

## Section 4 : Caractéristiques du travail dans l'équipe

**Exprimez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés suivants (Ne cochez qu'une seule case par énoncé)**

1) Entre les membres de l'équipe, l'entraide est très élevée.

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

2) Entre les membres de l'équipe, la confiance est très élevée.

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

3) Vous avez un sentiment élevé d'appartenir à une équipe de travail

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

4) Dans une situation d'urgence, les interventions des membres de l'équipe s'agencent facilement sans perte de temps et sans hésitations

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

5) Dans une situation d'urgence, les interventions des membres de l'équipe s'agencent facilement sans qu'il soit nécessaire d'expliquer en détails quoi faire?

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

6) Dans une situation d'urgence, les interventions des membres de l'équipe s'agencent facilement sans que vous-même ou l'une de vos collègues soient obligées de surveiller le travail des autres?

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

7) Dans une situation d'urgence, les interventions des membres de l'équipe s'agencent facilement sans que vous-même ou l'une de vos collègues soient obligées de faire le travail que les autres ne peuvent ou ne veulent pas faire

**Fortement en désaccord**

**En désaccord**

**D'accord**

**Fortement en accord**

8) Entre les membres de l'équipe, parlez-vous des problèmes cliniques que vous rencontrez au travail ?

**Jamais**

**De temps en temps**

**Assez souvent**

**Très souvent**

9) Entre les membres de l'équipe, échangez-vous des conseils sur les façons de prodiguer les soins ?

**Jamais**

**De temps en temps**

**Assez souvent**

**Très souvent**

10) En cas de problème clinique difficile à résoudre, comment procédez-vous?

**Vous tentez de résoudre le problème tout seule**

**Vous demandez à une collègue plus expérimentée d'intervenir à votre place**

**Vous demandez des conseils à vos collègues et vous décidez seul de la manière d'intervenir**

**Vous discutez avec vos collègues afin de trouver ensemble une solution**

## Section 5 : Santé psychologique au travail

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

Répondez aux questions suivantes en vous référant à la DERNIÈRE SEMAINE : (Ne cochez qu'une case par question).

1) Vous êtes-vous sentie désespérée en pensant à l'avenir?

Jamais

De temps en temps

Assez souvent

Très souvent

2) Vous êtes-vous sentie seule?

Jamais

De temps en temps

Assez souvent

Très souvent

3) Avez-vous eu des blancs de mémoire?

Jamais

De temps en temps

Assez souvent

Très souvent

4) Vous êtes-vous sentie découragée ou avez-vous eu les «bleus»?

Jamais

De temps en temps

Assez souvent

Très souvent

5) Vous êtes-vous sentie tendue ou sous pression?

Jamais

De temps en temps

Assez souvent

Très souvent

6) Vous êtes-vous laissée emporter contre quelqu'un ou quelque chose?

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent

7) Vous êtes-vous sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses?

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent

8) Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent

9) Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent

10) Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous sentie sur le point de pleurer?

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent

11) Vous êtes-vous sentie agitée ou nerveuse intérieurement?

- Jamais
- De temps en temps
- Assez souvent
- Très souvent

12) Vous êtes-vous sentie négative envers les autres?

- Jamais**
- De temps en temps**
- Assez souvent**
- Très souvent**

13) Vous êtes-vous sentie facilement contrariée ou irritée?

- Jamais**
- De temps en temps**
- Assez souvent**
- Très souvent**

14) Vous êtes-vous fâchée pour des choses sans importance?

- Jamais**
- De temps en temps**
- Assez souvent**
- Très souvent**

15) Avez-vous régulièrement des problèmes à vous endormir ou à rester endormie?

- Oui**
- Non**

16) Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

- Excellente**
- Très bonne**
- Bonne**
- Moyenne**
- Mauvaise**

## Section 6 : Attachement et intention de quitter

1) Je songe à quitter mon unité de soin actuelle ...

- Constamment
- Très souvent
- Assez souvent
- De temps à autre
- Occasionnellement
- Rarement
- Jamais

2) Je songe à quitter le CH« X » ...

- Constamment
- Très souvent
- Assez souvent
- De temps à autre
- Occasionnellement
- Rarement
- Jamais

3) Je songe à quitter ma profession ...

- Constamment
- Très souvent
- Assez souvent
- De temps à autre
- Occasionnellement
- Rarement
- Jamais

4) Les probabilités que je me cherche bientôt du travail dans une autre unité de soin du CH« X » sont ...

- Extrêmement fortes**
- Très fortes**
- Fortes**
- Plus ou moins fortes**
- Faibles**
- Très faibles**
- Nulles**

5) Les probabilités que je me cherche bientôt du travail pour un autre employeur que le CH« X » sont ...

- Extrêmement fortes**
- Très fortes**
- Fortes**
- Plus ou moins fortes**
- Faibles**
- Très faibles**
- Nulles**

6) Les probabilités que je me cherche bientôt du travail dans une autre profession sont ...

- Extrêmement fortes**
- Très fortes**
- Fortes**
- Plus ou moins fortes**
- Faibles**
- Très faibles**
- Nulles**

7) Les probabilités que je quitte mon unité de soin au cours de la prochaine année sont ...

- Extrêmement fortes**
- Très fortes**

- Fortes**
- Plus ou moins fortes**
- Faibles**
- Très faibles**
- Nulles**

8) Les probabilités que je quitte le CH« X » au cours de la prochaine année sont ...

- Extrêmement fortes**
- Très fortes**
- Fortes**
- Plus ou moins fortes**
- Faibles**
- Très faibles**
- Nulles**

9) Les probabilités que je quitte ma profession au cours de la prochaine année sont ...

- Extrêmement fortes**
- Très fortes**
- Fortes**
- Plus ou moins fortes**
- Faibles**
- Très faibles**
- Nulles**

10) Je serais très heureux de passer le reste de ma carrière au sein du CH« X ».

- Je suis parfaitement d'accord**
- Je suis très d'accord**
- Je suis plutôt d'accord**
- Je ne sais pas**
- Je suis plutôt en désaccord**
- Je suis très en désaccord**
- Je suis parfaitement en désaccord**

11) 1-Il serait actuellement très difficile pour moi de quitter le CH« X », même si je le voulais.

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

12) Je ne ressens aucune obligation de demeurer au CH« X ».

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

13) Pour le moment rester au sein du CH« X » est autant une question de nécessité que de désir.

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

14) Je ne me sens pas un membre à part entière de « la famille du CH« X » ».

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

**15) Le CH« X » représente beaucoup de choses pour moi.**

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

**16) Le CH« X » mérite ma loyauté.**

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

**17) Trop d'éléments de ma vie seraient perturbés si je décidais de vouloir quitter le CH« X » immédiatement.**

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

**18) Je sens vraiment que les problèmes du CH« X » sont aussi les miens.**

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

19) L'une des raisons majeures pour lesquelles je continue à travailler pour le CH« X » est que quitter me demanderait un sacrifice personnel considérable : une autre organisation pourrait ne pas pouvoir égaler les avantages que je possède ici..

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

20) Je ne quitterais pas le CH« X » immédiatement car je ressens un sentiment d'obligation à l'égard des gens en place.

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

21) L'une des quelques conséquences négatives de quitter le CH« X » serait la rareté des alternatives disponibles.

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

**Je suis plutôt d'accord**

**Je ne sais pas**

**Je suis plutôt en désaccord**

**Je suis très en désaccord**

**Je suis parfaitement en désaccord**

22) Même si cela était à mon avantage, je ne sens pas qu'il serait correct de quitter le CH« X » maintenant.

**Je suis parfaitement d'accord**

**Je suis très d'accord**

- Je suis plutôt d'accord
- Je ne sais pas
- Je suis plutôt en désaccord
- Je suis très en désaccord
- Je suis parfaitement en désaccord

23) Je ne ressens pas un grand sentiment d'appartenance au CH« X ».

- Je suis parfaitement d'accord
- Je suis très d'accord
- Je suis plutôt d'accord
- Je ne sais pas
- Je suis plutôt en désaccord
- Je suis très en désaccord
- Je suis parfaitement en désaccord

24) Je crois que j'ai trop peu d'options pour envisager de quitter le CH « X ».

- Je suis parfaitement d'accord
- Je suis très d'accord
- Je suis plutôt d'accord
- Je ne sais pas
- Je suis plutôt en désaccord
- Je suis très en désaccord
- Je suis parfaitement en désaccord

25) Je me sentirais coupable si je quittais le CH« X » maintenant.

- Je suis parfaitement d'accord
- Je suis très d'accord
- Je suis plutôt d'accord
- Je ne sais pas
- Je suis plutôt en désaccord
- Je suis très en désaccord
- Je suis parfaitement en désaccord

26) Je ne me sens pas émotionnellement attaché au CH« X ».

- Je suis parfaitement d'accord
- Je suis très d'accord
- Je suis plutôt d'accord



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**(Vous avez jusqu'au 30 mai pour compléter ce questionnaire).**

## Annexe E

**Table 5** Intervention targets and solutions as a function of problem category and psychosocial factor

Problem category	Psychosocial factors*	Intervention targets	Recommended solutions
Team work and team spirit	REW, SS	1. Lack of recognition and respect between nurses and beneficiary attendants (BA)	Regular team meetings
	SS	2. Negative comments harm the work climate	Training session on team work as needed
	PD, SS	3. Lack of mutual assistance	
	REW, SS	4. Nurses leave it to BA to stop patients' bell	New bell system
	REW, SS, DL	5. BA feel they are at the bottom of the social ladder and not part of the team	Job enrichment, training, schedule stabilisation, equipment availability
	REW, SS	6. Perceived inequalities in hierarchy status of night v evening v day personnel	Remind staff that they can switch work shifts for 15 days every year Meeting reports should be made available to all
	SS, REW	7. When confronted with negative attitudes from doctors, nurses come to doubt their own competence	Meetings with doctors to sensitise them to the problem
	DL, PD	8. Lack of cooperation from doctors, in particular when woken up at night for medical advice	Team support
		9. Unreasonable delays from doctors in answering calls	
		10. Doctors sometimes leave it to nurses to be the bearers of bad news	
		11. Nurses' work is taken for granted by doctors	To discuss during team unit meetings
Staffing processes		Lack of stability of team units and unskilled personnel increase the need for supervision by nurses	Creation of an expertise pool for replacements (stabilisation of replacements)
	PD	12. Frequent replacements by unskilled staff	Extended training period
		13. Trained personnel on recall list unavailable	Support and integration of new staff (better guidance, twinning, continuous training)
		14. Shortcomings in new staff training	Self-management of replacements by unit
		15. Frequent questions on drug use by young nurses	Provide tools (drugs and intravenous injection guide)
	PD, DL, REW	16. Non-replacement of reception clerks causes work overload on return	Creation of a pool of trained clerks for replacement
	PD	17. Short probationary period	Hire and train more clerks Longer probationary period in particular cases Addition of one instructor
	PD	18. Long delays in filling positions	Make changes to staffing process
	REW, DL	19. Last minute information about job allocation	Self-management of replacements by units
	REW	20. Perceived inequity in job security status allocation	Information provided by head nurses
REW	21. Staff from unit A feel that their unit should be recognised as ultra specialised	Project is in motion	
Work organisation	PD	22. BA leaving the unit for patients transportation causes work overload for co-workers	The "stretcher project" † should help solve the problem
		23. Shortage of BA when emergencies occur and during night and weekends	
	PD	24. BA work overload necessitates nurses' help	Twinning and task rotation between BA and nurses in one unit
		25. Chronic responsibility of heavy cases to the same person	
	PD	26. BA working for more than one unit in the same shift cause work overload when leaving the unit	Hire more BA (unit B)
	PD, SS, REW	27. Weaker BA have physical difficulties in accomplishing certain tasks requiring physical strength	Training
	DL	28. BA's perceived lack of control over their work. They feel that they simply obey orders	The "stretcher project" should help solve the problem
	REW	29. Unpaid overtime is often mandatory to ensure patient's wellbeing. Nurses feel guilty when work is unfinished	Learn to "let go" at the end of the shift Improve team communication
	PD, DL, REW	30. Lack of time for "CARE"	Solutions to other time constraints will help
	PD	31. Work is done quickly and under time pressure	Mutual support and team work
	PD	32. Work overload for head nurses	Better communicate to caregivers the nature of their work
	DL, SS, REW	33. Frequent mandatory meetings restrain their availability	Obtain administrative support
	DL	34. Nurses are uncomfortable with having to consult doctors by phone for drug prescriptions	Reassign certain care taking tasks to others Elaboration of new protocols and of permanent prescriptions
	PD, DL	35. Nurses sometimes feel that excessive therapeutic measures are taken. They must comply with certain medical decisions counter to their values	Nurses training on treatment motives
	PD	36. Vigilance is mandatory to redress errors and omissions from Pharmacy	Problem will be submitted to the nursing-pharmacy committee. A sub-committee will be charged with describing the problem objectively New "Unidose" system will help
	PD	37. Long delays for Pharmacy orders completion	The new load elevator solution is under evaluation
	38. Errors in Pharmacy orders delivered by load elevator		
PD	39. Inadequate Pharmacy work hours	The problem will be documented in more detail	
PD, DL	40. The specialised unit requires workers polyvalence	Palliative care patients should be appointed to well trained care providers The hospital has a project aiming to group palliative care patients together	

Table 5 Continued

Problem category	Psychosocial factors*	Intervention targets	Recommended solutions
Training	REW	41. Perceived inequity in access to training sessions	Annual training plan available for consultation and registration
		42. Evening and night shift care providers feel they receive only a summary of training sessions	Day shift instructors will be asked to give training sessions during evening and night shifts
	PD	43. Training outside the unit during work hours causes overload for co-workers	Training of care providers on their unit, during their shift by a clinician
	SS, PD	44. Emotional difficulty of having to deal with death on a regular basis	Access to psychological support as needed Training in palliative care
Communication	SS	45. Communication problems from management to nurses and nurses to management, as well as between teams and work shifts	Revision of information and communication systems Work meetings between teams and work shifts
	DL, REW	46. Miscomprehension of staffing process brings about feelings of not being consulted nor respected	Consultation of nurses from all work shifts in the decision making process
	PD, DL	47. Lack of communication about patients' condition due to non overlapping work schedules	Establish overlapping schedules
	PD, DL	48. Insufficient knowledge of patients by doctors requires nurses' assistance and disrupts their work	Implementation of a clerk's register
	REW	49. Management of hours conversion <sup>‡</sup> perceived as a barrier to holidays and vacation	Better and continuous communication of information (oral and written)
	PD	50. Misunderstanding by staff of holiday allocation	
	REW	51. Vocabulary used varies within hospital	Exchange documents to standardise vocabulary
Ergonomy	REW	52. Caregivers feel that their suggestions are not implemented	Implement suggestions through intervention team Ensure follow up and communication of interventions
	PD	53. Lack of space at nurses' work station	Ergonomic rearrangements
	PD	54. Unsafe and counter-productive disposal of televisions in patients' rooms and difficult access to patients' bathroom	Ergonomic rearrangements
	PD	55. Patients' constant bell ringing	Installation of new bell system
	PD	56. Software (PMDI system) is inadequate and time consuming	Make contacts with IBM Restart PMDI users committee Contact person available for support System will be reviewed in 2 or 3 years

\*PD, psychological demands; REW, reward; LD, decision latitude; SS, social support; BA, beneficiary assistants.

<sup>†</sup>The stretcher project will create a new job category of workers who will be responsible for patients' transfers, leaving the beneficiary attendants to carry on their duties in their own units.

<sup>‡</sup>A number of work hours is guaranteed to new hired nurses and management of these hours may disturb the choice of vacation days for permanent personnel with more tenure.