

Université de Montréal

Les facteurs organisationnels en milieu hospitalier
et leur influence sur la mobilité interne et
le roulement du personnel infirmier

par

Danielle Leclerc

École de relations industrielles
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
maître ès sciences (M. Sc.)
en relations industrielles

JUIN 1992

© Danielle Leclerc, 1992

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Les facteurs organisationnels en milieu hospitalier
et leur influence sur la mobilité interne et
le roulement du personnel infirmier**

présenté par :

Danielle Leclerc

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Kathy Cannings : Président-rapporteur
M.-R. Van Ameringen: Directeur de recherche
André Arsenault : Co-directeur de rech.
Gilles Guérin : Membre du jury

Accepté le 27 octobre 1992

JUIN 1992

@ Danielle Leclerc, 1992

SOMMAIRE

En 1990 (Arsenault et coll.), paraissaient les résultats d'une étude réalisée en milieu hospitalier auprès du personnel des soins intensifs et des salles d'urgence composé principalement d'infirmières. Un des objectifs de recherche consistait à suivre l'évolution des sources de stress organisationnel. La détérioration importante des conditions de travail, en l'espace d'un an, qui s'est manifestée par un taux de roulement élevé constitue un résultat surprenant de cette étude.

Le taux de roulement chez les infirmières se situe parmi les plus élevés dans les catégories d'emploi professionnels et techniques. C'est un problème majeur qui entraîne des coûts économiques et sociaux considérables. Il s'avère donc important de s'attarder à étudier le phénomène du roulement chez les infirmières pour le bénéfice de notre système de santé.

Pour mieux comprendre le phénomène, j'ai été incitée à poursuivre la démarche de recherche entreprise en réalisant une étude secondaire sur le taux de roulement, à partir de la banque de données originale.

Le rôle prépondérant de l'intention comme prédicteur par excellence du comportement est reconnu dans la documentation scientifique. Considérant que

les données nous permettaient d'évaluer autant l'intention que le comportement, notre premier objectif de recherche vise à comparer les prédicteurs du désir de quitter avec ceux du roulement.

Par ailleurs, certains auteurs ont déploré qu'on ait beaucoup insisté sur les départs de l'organisation, mais qu'on sache peu de choses sur le roulement interne. Puisque nos données nous permettaient de séparer la mobilité interne de la mobilité externe, nous pouvions les étudier distinctement tant au niveau des intentions que du comportement. Notre second objectif de recherche consiste donc à comparer les prédicteurs du désir de changer d'unité de soins avec ceux du fait d'avoir effectivement quitté le département.

Nos deux premières hypothèses de recherche consistent à vérifier si les variables de stress organisationnel en combinaison linéaire nous permettent de prédire premièrement l'intention et deuxièmement le comportement des sujets. Notre troisième hypothèse a pour but de vérifier l'existence d'un sous-ensemble de prédicteurs organisationnels communs de l'intention et du comportement.

Notre première hypothèse a été confirmée, en partie. En effet, nos résultats démontrent que quatre facteurs organisationnels, en combinaison, permettent de prédire l'appartenance à un seul groupe d'intention, soit celui désirant quitter à la

fois l'unité et la profession. Ces sources de stress organisationnel sont, par ordre d'importance de leur valeur discriminante, les problèmes de rôles, le manque de valorisation, le manque de latitude et les tâches menaçantes.

Nos deux autres hypothèses de recherche n'ont pas été confirmées. En effet, nous n'avons pas découvert de facteur organisationnel prédicteur du comportement et conséquemment, aucun prédicteur commun de l'intention et du comportement n'a été révélé par notre étude.

Toutefois, lors d'analyses exploratoires, nous avons pu vérifier que l'intention s'avérait un excellent prédicteur du comportement, comme la documentation le rapporte.

Nos résultats de recherche permettent de supposer une relation indirecte entre les facteurs organisationnels et le comportement. L'intention agissant comme étape intermédiaire, il semblerait que l'infirmière doivent traverser une période de réflexion avant de concrétiser son désir et quitter.

L'aspect préventif représente l'intérêt ultime de notre étude. Bien qu'on n'ait pas découvert de prédicteur commun de l'intention et du comportement, le rôle déterminant de l'intention sur le comportement nous indique que des efforts d'amélioration doivent être consacrés au contexte organisationnel pour agir au stade intentionnel avant que l'infirmière ne concrétise son désir et ne quitte.

Nos résultats soulèvent la nécessité d'implanter des programmes de prévention axés sur l'organisation du travail en milieu hospitalier pour réduire les sources de stress. Ceci représente une avenue de recherche intéressante puisque la documentation scientifique sur le sujet est extrêmement rare.

En regard des études antérieures réalisées sur le roulement du personnel, l'intérêt spécifique de la présente étude consistait à étudier à la fois la mobilité interne et externe. A notre connaissance, aucune étude n'avait abordé la mobilité interne chez les infirmières travaillant en milieu hospitalier. Nos résultats démontrent que le désir de quitter à la fois l'unité et l'hôpital est manifestement plus élevé chez les jeunes infirmières et c'est effectivement ce groupe qui présente la plus forte mobilité interne et externe. En observant davantage le comportement des jeunes infirmières, il est intéressant de constater qu'elles quittent beaucoup plus l'hôpital qu'elles ne changent de département. Certains auteurs ont avancé l'hypothèse que la mobilité interne verticale, mais aussi horizontale, pouvait servir de solution alternative à l'employé qui désire quitter l'organisation. Considérant que la mobilité interne s'avère moins dysfonctionnelle pour l'organisation que le roulement, nous suggérons de favoriser le développement de la mobilité interne latérale et ce, principalement pour les jeunes infirmières. Ceci pourrait contribuer à retenir une main-d'oeuvre jeune, en qui les centres hospitaliers ont déjà investi tout en permettant au personnel

d'acquérir une expérience dans diverses unités de soins lui permettant d'identifier ses préférences et d'orienter sa carrière en conséquence.

Enfin, à la lumière de nos résultats, nous croyons que c'est aux conditions d'exercice de la profession d'infirmière à l'intérieur de notre système de santé que l'on doit s'attarder si l'on veut trouver une solution au malaise qui existe actuellement au sein de cette profession. L'importance des coûts reliés au roulement du personnel et la qualité des soins dispensés à la population méritent que l'on poursuive les recherches et qu'on implante des programmes d'intervention en matière de prévention du stress visant une amélioration de l'organisation du travail en milieu hospitalier.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	xii
1. INTRODUCTION	
1.1. La pertinence d'étudier le phénomène	1
1.2. Le contexte de l'étude	3
1.3. Les objectifs de la recherche	6
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET	
2.1. La mobilité interne ou intra-organisationnelle	9
2.1.1. Les approches utilisées dans la recherche sur la mobilité intra-organisationnelle	12
2.1.2. Les caractéristiques organisationnelles	15
2.1.3. Les caractéristiques individuelles	18
2.2. Le roulement et le désir de quitter	22
2.2.1. Les sources de stress liées à l'organisation	23
2.2.1.1. Les problèmes de rôles	24
2.2.1.2. Le manque de valorisation	26
2.2.1.3. Le contexte de travail	28
2.2.1.4. Le manque de latitude	35
2.2.1.5. La charge de travail	39
2.2.1.6. Les tâches menaçantes	40
2.2.2. Les variables individuelles	46
2.2.2.1. L'âge	47
2.2.2.2. Le sexe	48
2.2.2.3. Le statut civil	51
2.2.2.4. Le niveau hiérarchique	53
2.2.2.5. Le statut d'emploi	56
2.2.2.6. L'unité de travail	60
2.3. L'évolution de la recherche sur le roulement du personnel	62
2.3.1. La satisfaction et l'attachement au travail	62
2.3.2. L'intention, précurseur immédiat du départ	65

3.	CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE	
3.1.	Description du modèle	71
3.2.	Définitions conceptuelles et opérationnelles des facteurs	78 ←
3.2.1.	Variables indépendantes- contexte organisationnel	78
3.2.2.	Variable dépendante - Groupes d'intention	85
3.2.3.	Variable dépendante - Groupes de comportement	91
3.2.4.	Variables descriptives	92
3.3.	Hypothèses de recherche	95
3.3.1.	Première hypothèse	95
3.3.2.	Seconde hypothèse	96
3.3.3.	Troisième hypothèse	96
4.	MÉTHODOLOGIE	
4.1.	Composition de l'échantillon à l'étude à partir de la population originale	97
4.2.	Traitement statistique des données	102
5.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	
5.1.	Vérification des hypothèses de recherche	104
5.1.1.	Prédiction de l'intention	104
5.1.2.	Prédiction du comportement	109
5.1.3.	Prédicteurs communs de l'intention et du comportement	111
5.2.	Résultats obtenus aux tests exploratoires	111
5.2.1.	Relation entre l'intention et le comportement	111 ←
5.2.2.	L'âge, le sexe, l'intention et le comportement	114 ←
6.	DISCUSSION	
6.1.	Les facteurs organisationnels et le comportement	120 ←
6.2.	La relation entre l'intention et le comportement	124

6.3.	Les facteurs organisationnels et l'intention	125
6.3.1.	Les problèmes de rôles et le manque de valorisation	127
6.3.2.	Le manque de latitude professionnelle	132
6.3.3.	Les tâches menaçantes	136
6.4.	Les programmes d'intervention en matière de stress	142
6.5.	Prémises à la base des interventions préventives en matière de stress	145
6.6.	Pistes d'intervention qui se dégagent à partir de nos résultats de recherche	147
6.7.	La mobilité interne	152
6.7.1.	La mobilité interne latérale	152
6.7.2.	La mobilité interne verticale	156
7.	CONCLUSION	158
	RÉFÉRENCES	162
	ANNEXE 1: Analyse factorielle des variables de stress	xiii
	ANNEXE 2: Regroupements de variables effectués entre 1987 et 1988	xiv
	ANNEXE 3: Questionnaire	xv
	ANNEXE 4: Matrice de corrélation des variables à l'étude	xvi
	ANNEXE 5: Liste des centres hospitaliers	xvii
	ANNEXE 6: Méthode de collecte des données pour l'étude initiale	xviii

ANNEXE 7 :	Caractéristiques individuelles de la population originale (1410)	xix
ANNEXE 8 :	Répartition des participants selon les divers congés	xx
ANNEXE 9 :	Description de la population-mère (1161)	xxi
ANNEXE 10 :	Résultats de l'analyse de χ^2 entre l'âge et l'intention	xxii
	Résultats de l'analyse de χ^2 entre l'âge et le comportement	
	Résultats de l'analyse de χ^2 entre le sexe et l'intention	
ANNEXE 11 :	Représentation graphique des écarts entre les groupes d'intention	xxiii

LISTE DES TABLEAUX

PAGE

<u>TABLEAU I:</u>	<u>RÉPARTITION DES PARTICIPANTES SELON LES TROIS GROUPES D'INTENTION</u>	90
<u>TABLEAU II:</u>	<u>MOYENNES, ÉCARTS-TYPES ET ÉTENDUES DES VARIABLES À L'ÉTUDE</u>	94
<u>TABLEAU III:</u>	<u>CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES COMPOSANT L'ÉCHANTILLON À L'ÉTUDE</u>	101
<u>TABLEAU IV:</u>	<u>PRÉDICTION DE L'APPARTENANCE AUX TROIS GROUPES D'INTENTION</u>	105
<u>TABLEAU V:</u>	<u>MOYENNES DE LA VALEUR DES VARIABLES POUR CHAQUE GROUPE D'INTENTION</u>	107
<u>TABLEAU VI:</u>	<u>VALEUR DE F À L'ENTRÉE ET APRÈS STABILISATION DU MODÈLE POUR CHAQUE PRÉDICTEUR SUR LA VARIABLE INTENTION</u>	108
<u>TABLEAU VII:</u>	<u>MOYENNES DE LA VALEUR DES VARIABLES POUR CHAQUE GROUPE DE COMPORTEMENT</u>	109
<u>TABLEAU VIII:</u>	<u>RÉSULTATS DE L'ANALYSE DISCRIMINANTE SUR LA VARIABLE INTENTION ET SUR LA VARIABLE COMPORTEMENT</u>	110
<u>TABLEAU IX:</u>	<u>RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE CHI² DÉMONTRANT LE LIEN ENTRE L'INTENTION ET LE COMPORTEMENT</u>	112
<u>TABLEAU X:</u>	<u>RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE CHI² ENTRE LES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET LES VARIABLES DÉPENDANTES</u>	116
<u>TABLEAU XI:</u>	<u>VALEUR DE F APRÈS STABILISATION DU MODÈLE POUR CHAQUE PRÉDICTEUR SUR LA VARIABLE INTENTION - ANALYSES DISCRIMINANTES</u>	118

<u>FIGURE 1:</u>	<u>LES FACTEURS ORGANISATIONNELS EN MILIEU</u> <u>HOSPITALIER ET LEUR INFLUENCE SUR LA</u> <u>MOBILITÉ INTERNE ET LE ROULEMENT</u> <u>DU PERSONNEL</u>	77
<u>FIGURE 2:</u>	<u>RÉSUMÉ DES ÉTAPES D'ÉLIMINATION DES</u> <u>SUJETS DE LA POPULATION ORIGINALE JUSQU'À</u> <u>L'ÉCHANTILLON FINAL</u>	100
<u>FIGURE 3:</u>	<u>COMPARAISON ENTRE LE MODÈLE INITIAL</u> <u>DE RECHERCHE ET LE MODÈLE FINAL</u>	119

N.D.L.R.: La forme féminine est employée dans le présent ouvrage pour en faciliter la lecture à cause de la prédominance des femmes dans notre échantillon. Il faudra comprendre l'équivalent masculin chaque fois qu'il peut s'appliquer.

REMERCIEMENTS

Je désire remercier tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais d'abord exprimer ma reconnaissance à ma co-directrice Madame Marie-Reine Van Améringen et mon co-directeur Monsieur André Arsenault, pour leur encadrement et leurs précieux conseils qui m'ont permis de persévérer et mener à terme ce projet.

Je tiens aussi à remercier mes parents pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée tout au long de mes études.

Je suis aussi reconnaissante envers Madame Sylvie Toupin qui a assuré la dactylographie de ce mémoire.

Enfin, je remercie particulièrement mon conjoint, Maxime, pour sa compréhension et son support indéfectible tout au long de ma maîtrise.

1. INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

1.1 LA PERTINENCE D'ÉTUDIER LE PHÉNOMÈNE

Dernièrement, paraissent les résultats d'une recherche effectuée en 1987-1988 sur le stress au travail en milieu hospitalier (Arsenault et coll., 1990). Un résultat surprenant, nullement prévu par les chercheurs initialement, est la détérioration importante des conditions de travail en l'espace d'une année qui s'est manifestée par un taux de roulement très élevé.

Mentionnons que la population étudiée était composée majoritairement d'infirmières et on comprendra aisément que le conflit de travail qui a éclaté à l'automne 1989 nous permet de croire que la situation ne s'est guère améliorée. Encore aujourd'hui, alors que le ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Marc-Yvan Côté, s'appête à appliquer son projet de réforme de notre système de santé, les infirmières demeurent sceptiques. En vertu de cette réforme, elles devraient voir leurs conditions de travail améliorées, exercer une influence plus grande sur leur milieu de travail, se retrouver en nombre suffisant et être utilisées adéquatement.

Aux États-Unis on évalue à environ 30% le taux de roulement annuel chez les infirmières (Prescott et Bowen, 1987), ce taux se situe parmi les plus élevés dans les catégories d'emploi professionnel et technique.

Quand on considère les conséquences économiques et sociales d'un taux de roulement si élevé, on comprend l'urgence de s'attaquer aux sources du problème. Aux États-Unis, on estime le coût de remplacement d'une infirmière à plus de 2 000\$ (Seybolt et coll., 1978). Ce montant est conservateur, car il exclut les coûts indirects de recrutement, de temps supplémentaire qui doit nécessairement être effectué, et de la période de productivité affaiblie des nouvelles employées pendant leur apprentissage. Mentionnons aussi que le taux de roulement élevé dans cette profession a souvent été tenu responsable, du moins en partie, de la réduction quantitative et qualitative des soins prodigués aux patients (Consolvo, 1979; Wolf, 1981). Le problème est donc important et mérite qu'on s'en préoccupe pour le bénéfice de notre système de santé dans son ensemble.

1.2 LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Devant la constatation étonnante du taux de roulement élevé lors de l'étude de Arsenault et coll. (1990) et considérant la mine d'informations que pouvait contenir la banque de données constituée lors de cette étude, j'ai été incitée à poursuivre la démarche entreprise en réalisant une étude secondaire sur le taux de roulement.

Sans entrer dans une description détaillée de l'étude précitée, mentionnons qu'il s'agissait d'un projet-intervention visant d'abord à poser un diagnostic organisationnel concernant les sources de stress chez le personnel des salles d'urgences et des soins intensifs dans trois groupes comparables de dix hôpitaux québécois, de relier le stress mesuré aux profils d'absence et au désir de quitter son emploi et enfin, d'évaluer l'impact de deux types d'intervention traitant différemment les trois groupes d'hôpitaux en recherchant une différence dans l'évolution des sources et des conséquences du stress chez le personnel de ces unités de soins.

Lors de la première étape de l'étude, à l'automne 1987, les chercheurs ont obtenu la participation de 1 410 travailleurs. Cependant, en phase finale, lors de la réception du deuxième

questionnaire en 1988, ils n'ont pu effectuer des analyses longitudinales qu'après de 880 d'entre eux. En effet, lors de la relance de 1988, ils ont connu une perte d'effectifs d'environ 37%, ce qui correspond à une absence de 530 participants. Si l'on exclut de ce nombre les 128 employés en congé prolongé et les 170 questionnaires non-retournés, on constate que 16.5% des participants avaient quitté leur poste (ce pourcentage correspond à 90 départs de l'hôpital et à 142 départs des services).

Dans une étude récente où il a comparé les niveaux de stress parmi trois catégories de professionnels de la santé, Wolfgang (1988) rapporte que les infirmières perçoivent davantage de stress dans leur travail que les pharmaciens ou les médecins. Cette constatation n'est pas nouvelle, déjà en 1981, Bedeian et Armenakis constataient que la profession d'infirmière, de par sa nature, était stressante. De plus, on reconnaît maintenant que le stress modifie l'efficacité organisationnelle en augmentant les comportements de fuite, dont le roulement du personnel (Arsenault et Dolan, 1983; Fimian et coll., 1988; Gupta et Beehr, 1979; MacNeil et Weisz, 1987; Maloney, 1982).

Sachant aussi que les facteurs reliés à l'organisation du travail sont souvent des sources de stress importantes (Arsenault et Dolan, 1983; Cooper et Payne, 1978), on conçoit l'importance d'étudier les relations entre les facteurs de l'organisation du travail en salles d'urgence et aux soins intensifs et la mobilité des infirmières de ces unités afin d'obtenir une meilleure compréhension du phénomène.

La recherche projetée originant de celle réalisée par Arsenault et coll. (1990), nous retenons comme sources de stress, les mêmes facteurs liés à l'organisation du travail. Limitons-nous ici à les énumérer, puisqu'une description détaillée en sera donnée plus loin. Ces facteurs sont, par ordre décroissant de leur valeur prédictive du désir de quitter la profession, les problèmes de rôles, le manque de valorisation, le contexte de travail, le manque de latitude professionnelle, la charge de travail et les tâches menaçantes.

Par ailleurs, des analyses effectuées dans le cadre d'un mémoire de maîtrise (Corbin, 1990) et portant cette fois sur la totalité de l'échantillon de 1987 (incluant les participantes ayant quitté, changé de département et toujours présentes en 1988) ont révélé que le manque de latitude professionnelle s'avérait le meilleur

prédicteur du désir de quitter la profession. Trois autres facteurs ont contribué également à expliquer cette conséquence. Ce sont par ordre d'importance : les difficultés liées aux rôles, les exigences cliniques et la surcharge de travail.

Ayant inclus des caractéristiques individuelles dans son modèle d'analyse, Corbin a aussi constaté que les prédicteurs du désir de quitter la profession variaient significativement selon le groupe d'âge, le statut civil et le sexe des répondants.

1.3 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

De nombreuses études ont reconnu le rôle prépondérant des intentions comme prédicteurs par excellence du comportement. Plusieurs auteurs ont constaté que le désir de quitter s'avérait le meilleur prédicteur du taux de roulement, la corrélation entre les deux variant entre 0.70 et 0.93. Ces corrélations très élevées sont dues, en partie, au fait que la mesure de l'intention de quitter a été prise à posteriori dans bien des études (Arnold et Feldman, 1982; Friss, 1982; Kemery et coll., 1987; Krau, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Michael et Spector, 1982; Miller et coll., 1979; Motowildo, 1983; Newman, 1974; Steers et Rhodes, 1978).

Les données recueillies dans le cadre de l'étude de Arsenault et coll. (1990) nous permettent d'évaluer autant l'intention que le comportement comme tel. En effet, nous pouvons mesurer le désir de quitter pour l'ensemble des participantes et les données, à une année d'intervalle, nous permettent de classer celles qui sont demeurées en poste et celles qui ont quitté.

Un premier objectif de la recherche sera donc de comparer les prédicteurs du désir de quitter avec les prédicteurs du roulement.

Par ailleurs, portant un regard critique sur l'ensemble de la recherche concernant le roulement du personnel, certains auteurs déplorent que, d'une façon générale, on ait beaucoup insisté sur les départs de l'organisation mais qu'on sache peu de chose sur le roulement interne. A leur point de vue, pour parvenir à une meilleure compréhension du phénomène du roulement du personnel, il est tout aussi important de s'attarder à étudier les mouvements internes du personnel dans l'organisation soit, la mobilité intra-organisationnelle, que les mouvements vers l'extérieur de l'organisation soit, la mobilité extra-organisationnelle (Jackofsky et Peters, 1983).

Cette opinion est aussi partagée par Taylor et Covalleski (1985) qui soutiennent que les chercheurs devraient porter autant d'attention aux facteurs incitant l'infirmière à changer de département qu'à investiguer les conditions l'amenant à quitter l'hôpital.

Nos données nous permettent également de séparer la mobilité interne (changer de département) de la mobilité externe (quitter l'organisation) et ceci sera possible, encore une fois, autant au niveau de l'intention que du comportement.

Un deuxième objectif sera donc de vérifier les prédicteurs du désir de changer d'unité avec ceux du fait d'avoir effectivement quitté le département.

L'aspect préventif constitue l'intérêt ultime de notre étude. Si un facteur organisationnel se révèle comme étant le meilleur prédicteur à la fois de l'intention de quitter et du comportement, des efforts d'amélioration pourront être concentrés prioritairement sur cette cause, pour agir au stade intentionnel avant que l'employée ne concrétise ce désir et ne quitte l'hôpital ou son département.

De plus, en regard des études antérieures portant sur le roulement du personnel, l'intérêt spécifique de la présente étude consiste à étudier à la fois la mobilité interne et le roulement du personnel infirmier.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

2.1 LA MOBILITÉ INTERNE OU INTRA-ORGANISATIONNELLE

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, une de nos variables dépendantes concerne spécifiquement l'intention et le fait de changer de département. Dans la littérature nous retrouvons certains aspects de ce concept, de façon très globale, sous la nomenclature de mobilité interne ou intra-organisationnelle. C'est cette appellation que nous utiliserons dans notre étude pour désigner l'ensemble des mouvements du personnel à l'intérieur de l'organisation.

Ces différents mouvements de la main-d'oeuvre suivent une direction (verticale ou horizontale) à travers la structure organisationnelle, adoptent un rythme (la fréquence des mouvements dans une période déterminée) et se déroulent selon un certain modèle (pattern). Avec le temps, la séquence des mouvements du personnel au travers de l'ensemble des emplois qui composent la structure organisationnelle tend à se stabiliser et à adopter un certain modèle.

C'est donc dire que divers cheminements de carrière se dessinent selon les catégories occupationnelles dans l'organisation (Vardi, 1980).

Plusieurs facteurs de l'environnement, organisationnels et individuels influencent la mobilité du personnel. Les contextes juridique et économique par exemple, exercent certaines contraintes sur les mouvements des employés (Starbuck, 1976). Qu'on pense aux politiques gouvernementales en matière d'équité en emploi, aux fluctuations du marché du travail ou au taux de chômage. Par ailleurs, la mobilité des individus dans l'organisation est aussi déterminée, en partie, par leurs caractéristiques personnelles.

Quelques auteurs ont étudié les relations entre l'âge, le sexe, la scolarité et la mobilité interne. Enfin, les mouvements du personnel composant l'organisation varient en fonction de ses caractéristiques mêmes. Le type d'organisation, sa structure, sa taille et la technologie qui y est utilisée sont des facteurs ayant attiré l'attention des chercheurs (Milkovich et coll., 1976).

Certains auteurs (Anderson et coll., 1981; Vardi, 1980) constatent qu'en dépit de plusieurs études sur le phénomène, notre connaissance du processus et des déterminants de la mobilité intra-organisationnelle est encore bien limitée. Le manque de recherche multidisciplinaire expliquerait cette lacune. En effet, la mobilité interne a été étudiée selon les approches économique, administrative, sociologique et psychologique. Chaque approche ayant des unités d'observation et des méthodes d'analyse différentes, les modèles d'étude développés n'abordent le phénomène que partiellement, se concentrant sur l'individu ou l'organisation.

Voyons d'abord plus en détail chacune des approches utilisées dans la recherche sur la mobilité intra-organisationnelle. Nous discuterons ensuite de la relation entre les facteurs organisationnels, individuels et la mobilité du personnel dans l'organisation.

2.1.1. Les approches utilisées dans la recherche sur la mobilité intra-organisationnelle.

L'approche économique:

Les économistes industriels (Doeringer, 1967; Doeringer et Piore, 1971) étudient la mobilité intra-organisationnelle en terme de "marché du travail interne" (I.L.M.). Les mouvements du personnel sont analysés en regard des forces économiques externes, des rapports coûts/bénéfices et des rapports entre l'offre et la demande du personnel à l'interne. Le principal intérêt d'étude concerne les conditions sous lesquelles le marché du travail interne fonctionne et la prévision des mouvements du personnel à partir des contraintes économiques. Chaque unité administrative de l'organisation représente un marché du travail interne dans lequel la répartition et l'allocation des ressources humaines est gouvernée par un ensemble de procédures ayant pour objectif de prévoir et régulariser le flot de main-d'oeuvre en fonction des besoins de l'entreprise.

Il n'est pas de notre propos de détailler la littérature sur l'approche économique car ces facteurs ne sont pas retenus dans notre étude.

La banque de données à partir de laquelle nous travaillons ne contient pas d'information à caractère économique.

L'approche administrative:

Selon cette approche, l'ensemble des mouvements dans l'organisation est gouverné et réglé par l'organisation bureaucratique. Ici, la gestion de la carrière est une prérogative de l'organisation. Mahina (1975) a constaté que plus une organisation était bureaucratisée, plus la mobilité était déterminée par des critères universels comme l'ancienneté.

Dans la perspective des deux approches que l'on vient de décrire brièvement, la mobilité est assujettie à la survie et à l'efficacité de l'organisation.

L'approche sociologique:

Ici, le cheminement de carrière dans l'organisation reflète un processus continu d'ajustement de l'individu à son environnement social et professionnel (Dalton, 1970).

On conçoit la carrière organisationnelle comme une suite de mouvements ordonnés au travers une séquence d'emplois donnée permettant à l'individu d'élérer sa position dans la structure organisa-

tionnelle. On suppose que les caractéristiques de l'organisation et de ses membres influenceront les mouvements des individus (Faulkner, 1974; Grimm et Stern, 1974).

L'approche psychologique:

Cette approche se concentre sur la perspective individuelle. On tient compte des comportements, attitudes, attentes et perceptions de l'employé face à la mobilité.

L'approche psychologique considère à la fois les antécédents individuels pouvant être reliés au comportement de l'individu (personnalité, habiletés, aspirations) et les conséquences de ce comportement (engagement, satisfaction au travail) dans la vie professionnelle de l'individu.

2.1.2 Les caractéristiques organisationnelles

Quelques études ont porté sur la relation entre les caractéristiques de l'organisation et la mobilité intra-organisationnelle.

Les recherches ont permis de constater que dans les entreprises où les emplois sont standardisés et les procédés de travail similaires, les employés étaient plus facilement interchangeables d'un poste de travail à un autre. Les coûts associés à une nouvelle formation sont restreints et la mobilité permet de varier les expériences de travail. On retrouve donc davantage de mouvements de personnel (Hall et Schneider, 1973; Milkovich et coll., 1976).

La technologie utilisée ressort comme étant un facteur déterminant de la mobilité interne. Vardi et Hammer (1977) ont démontré que différents contextes technologiques entraînaient des cheminements de mobilité spécifiques et influençaient leur rythme et leur direction. Rejoignant le résultat des études précédentes sur la standardisation des emplois, ils ont constaté que dans un contexte technologique de production de masse où les habiletés exigées ne sont pas spécialisées, les travailleurs sont facilement interchan-

geables et se déplacent beaucoup latéralement. A mesure que le contexte technologique se complexifie, la performance individuelle exige des habiletés spécifiques et des connaissances professionnelles. La mobilité latérale est alors plus restreinte et la mobilité verticale se limite à un cheminement professionnel précis en raison de la spécificité des fonctions.

La technologie influence donc la direction et le rythme des mouvements. La mobilité suivra un rythme rapide dans un contexte technologique simplifié, les mouvements latéraux s'effectuant facilement. Quant aux promotions, celles-ci seront dépendantes de critères comme l'ancienneté plutôt que de la performance individuelle. A un niveau d'emploi plus spécialisé, la mobilité adopte un rythme plus lent et les critères promotionnels seront davantage orientés vers la compétence individuelle. Les auteurs ajoutent que des caractéristiques individuelles comme le besoin de stabilité, la capacité d'adaptation à de nouvelles fonctions peuvent modifier l'influence du contexte technologique sur la mobilité interne.

La structure de l'organisation influence aussi la mobilité interne. Dans une structure de pouvoir décentralisée, les décisions relatives aux mouvements du personnel seront prises par les gestionnaires immédiats des employés contrairement à une organisation où l'on retrouve une structure d'autorité très centralisée. (Vardi, 1980).

Hall et Schneider (1973) notent que dans une organisation où le travailleur perçoit pouvoir exercer un certain contrôle sur la gestion de sa carrière, il sait que des efforts personnels peuvent l'amener vers une mobilité souhaitée. Par contre, lorsque son cheminement professionnel est contrôlé par l'organisation, comme c'est le cas dans les entreprises bureaucratisées, le travailleur prendra moins d'initiative pour influencer son cheminement de carrière.

Certaines pratiques et politiques organisationnelles influencent la mobilité interne. Dans les entreprises où l'on retrouve une politique de promotion interne, les postes vacants sont comblés prioritairement par le personnel de l'organisation, facilitant la mobilité verticale (Milkovich et coll., 1976).

Enfin, les chercheurs ont aussi constaté que la taille de l'organisation exerçait une influence sur la mobilité de sa main-d'oeuvre. Idson (1989) rapporte une relation positive entre la taille de l'organisation et le nombre de promotions pour les employés non-syndiqués. Il a aussi constaté une relation positive avec les mouvements latéraux, mais à un degré moindre. Les grandes entreprises tenteraient d'offrir à leurs employés de meilleures opportunités de carrière et d'avancement pour les inciter à demeurer dans l'organisation et protéger ainsi leur investissement en capital humain (Doeringer et Piore, 1971; Rebitzer, 1986).

2.1.3. Les caractéristiques individuelles

En plus des facteurs organisationnels, une certaine influence sur la mobilité interne peut être attribuable aux caractéristiques de la main-d'oeuvre qui compose l'organisation.

L'âge, l'ancienneté dans l'organisation, la scolarité et le sexe sont les facteurs individuels qui reviennent plus fréquemment dans la littérature sur la mobilité interne.

L'âge et l'ancienneté ont souvent été étudiés ensemble dans les recherches. On a pu constater que l'âge était un facteur déterminant des opportunités offertes à l'individu dans l'organisation. Plus l'employé est jeune, plus il y a de possibilités de carrière qui s'offrent à lui (Faulkner, 1974; White, 1974). On a aussi constaté que le temps passé dans l'organisation influençait la mobilité ainsi que l'attitude des individus envers leur carrière. La mobilité de même que les attentes des employés diminueraient avec l'âge et l'ancienneté (Wanous, 1975; Hall et Mansfield, 1975). Une autre étude a permis de constater que plus un cadre entrait jeune dans une entreprise, plus il connaissait de mobilité promotionnelle (Moore et coll., 1974).

Le niveau de scolarité exerce aussi une influence positive sur la mobilité des individus. Les employés jeunes et plus scolarisés sont plus agressifs et obtiennent davantage de promotions que les travailleurs plus âgés et moins scolarisés (Moore et coll., 1974; Anderson et coll., 1981). Par ailleurs, lorsque l'ancienneté est utilisée comme critère de mobilité dans l'organisation, la relation entre l'âge, l'ancienneté, la scolarité et la mobilité s'en trouve modifiée.

Le sexe a été beaucoup étudié en relation avec les opportunités de carrière et la réussite professionnelle (Grimm et Stern, 1974). Les recherches ayant porté sur la relation entre le sexe et la mobilité interne rapportent que les hommes connaissent beaucoup plus de mobilité que les femmes. De plus, dans les cas où les femmes connaissent plusieurs mouvements au cours de leur cheminement dans l'organisation, c'est souvent dans des voies professionnelles où l'on plafonne à un niveau hiérarchique moins élevé. Les attentes des femmes face à la mobilité auraient aussi tendance à être moins élevées que celles de leurs collègues masculins (Allan, 1972; Cassel et coll., 1975; Kanter, 1977).

A la lecture de la littérature concernant la mobilité intra-organisationnelle, on constate que la grande majorité des recherches concernent certaines catégories occupationnelles, surtout les cadres et les professionnels. Nous n'avons trouvé aucune étude portant spécifiquement sur la mobilité interne des infirmières en milieu hospitalier.

Par ailleurs, lorsqu'on parle de mobilité chez les employés, on pense souvent davantage à la mobilité verticale qu'horizontale. C'est d'ailleurs beaucoup plus la mobilité promotionnelle qui retient l'attention des chercheurs (Vardi, 1980).

On y trouve donc peu de références pertinentes à notre étude, car notre variable dépendante concernant la mobilité interne se réfère aux mouvements latéraux du personnel infirmier soit, le départ d'une unité de travail pour une autre dans le même hôpital.

On constate aussi que les facteurs organisationnels qui ont été étudiés en relation avec la mobilité interne ne correspondent pas aux variables explicatives de l'intention ou du comportement de quitter, retenues dans notre étude. Notre recherche vient donc combler certaines lacunes car, bien qu'elle demeure exploratoire, elle jette un premier regard sur la mobilité interne dans le milieu hospitalier.

Tenant compte de ces considérations, nous ne développerons pas davantage la littérature concernant la mobilité intra-organisationnelle.

On trouve cependant énormément de références s'appliquant à nos variables indépendantes et à la variable dépendante, l'intention et le fait de quitter l'organisation. La littérature utilise le plus fréquemment les termes désir ou intention de quitter la profession ou l'organisation ainsi que roulement du personnel. De plus, contrairement au phénomène de mobilité interne, plusieurs études ont été réalisées en milieu hospitalier. Nous élaborerons donc davantage notre revue de littérature sur ce sujet dans la prochaine section.

2.2. LE ROULEMENT ET LE DÉsir DE QUITTER

Le phénomène du roulement du personnel a fait l'objet de nombreuses études depuis quelques dizaines d'années, comme en témoigne le volume considérable de littérature publiée sur le sujet. Une multitude de facteurs organisationnels et individuels ont été associés au roulement de la main-d'oeuvre. Bien que les facteurs individuels ne fassent pas l'objet de notre recherche, nous les aborderons quand même puisqu'ils ont été abondamment étudiés.

Dans un récent mémoire de maîtrise, une revue exhaustive de la littérature concernant l'influence des variables organisationnelles et individuelles sur le roulement et le désir de quitter la profession a été présentée (Corbin, 1990). Étant donné la similarité des sujets de recherche, nous nous sommes inspirés de cette revue tout en la complétant par des études plus récentes. Par conséquent, afin d'éviter la répétition, nous nous limiterons à tracer un portrait général de la recherche traitant des variables retenues dans notre projet d'étude et suggérons au lecteur de référer au mémoire précité (Corbin, 1990) pour une recension plus détaillée des études.

Dans un premier temps, nous aborderons les recherches traitant des facteurs liés à l'organisation du travail. Nous nous attarderons ensuite aux études ayant observé l'influence des caractéristiques

individuelles sur le roulement et le désir de quitter. Enfin, nous présenterons l'évolution de la recherche par le biais des différents modèles d'étude développés.

2.2.1 Les sources de stress liées à l'organisation

Plusieurs études traitent des variables organisationnelles comme sources de stress au travail et suggèrent leurs liens avec le désir de quitter (Arsenault et Dolan, 1983; Grout et coll., 1981; Ivancevich et coll., 1980; Newlin, 1984; Olsen, 1982; Waters et coll., 1976).

Notre présentation des sources de stress liées à l'organisation reprend la classification utilisée par Arsenault et coll. (1990). Nous précisons toutefois au lecteur que cette catégorisation ne se retrouve pas telle quelle dans la littérature. Dans de nombreuses études, certaines des échelles retenues par Arsenault et coll. (1990) ont déjà été utilisées. D'ailleurs, on en retrouve aussi dans les études antérieures de Arsenault et Dolan (1983). Cependant, récemment, Arsenault et coll. (1990) ont combiné ces échelles pour constituer des indices de stress.

C'est précisément cette catégorisation des sources de stress, par indices, qui ne se retrouve pas telle quelle dans la littérature.

2.2.1.1. Les problèmes de rôles

Cette source de stress combine les conflits et ambiguïtés de rôles de même que l'ambiguïté de carrière.

Les problèmes de rôles font référence aux situations dans lesquelles les objectifs, les attentes et les responsabilités que doivent rencontrer les employés sont vaguement définis, ambiguës et/ou contradictoires.

Dans la littérature, on rapporte une relation positive et significative entre l'ambiguïté et les conflits de rôles tant avec le désir de quitter qu'avec le roulement. Déjà en 1956, Weitz avait constaté que de nouveaux employés demeuraient au sein de l'organisation plus longtemps s'ils avaient reçu, préalablement à leur embauche, une description claire des fonctions qui les attendaient dans leur nouvel emploi. Youngberg (1963) et Macedonia (1969) ont fait des constatations similaires dans leurs études.

Certains auteurs ont constaté que les problèmes de rôles affectaient positivement et directement le désir de quitter et le taux de roulement (Bedeian et Armenakis, 1981; Constable et

et Russel, 1986; Cotton et Tuttle, 1986; Firth, McKeown et coll., 1987; Hay et Oken, 1982; Jackson, 1984; Jamal, 1984; Raynes et coll., 1979).

D'autres ont plutôt constaté leur effet indirect (Brief et Aldag, 1976; Locke, 1976; Miller et coll., 1979), les problèmes de rôles affectant d'abord négativement la satisfaction au travail, laquelle agissait ensuite pour accroître le taux de roulement ou le désir de quitter.

Enfin, Kemery et coll.(1985) ont observé l'effet indirect de l'ambiguïté et des conflits de rôles sur le désir de quitter. Ceux-ci engendreraient d'abord une augmentation de la tension émotionnelle, laquelle entraîne une diminution de la satisfaction au travail qui, à son tour, crée une augmentation du désir de quitter. Une réduction de ces agents stresseurs pourrait amoindrir leur influence néfaste sur le taux de roulement. Cependant, selon l'opinion des auteurs, les problèmes de rôles peuvent être inhérents à l'emploi de certaines professions, dont celle d'infirmière.

La structure organisationnelle en milieu hospitalier place le personnel infirmier dans des situations conflictuelles. Ce personnel est sous l'autorité des médecins bien que, hiérarchiquement, il relève des infirmières-cadres.

2.2.1.2. Le manque de valorisation

La valorisation professionnelle fait référence à l'appréciation du travail de l'employé, fournie par les supérieurs, les collègues et l'organisation dans son ensemble.

Dans une étude réalisée en 1957 auprès de travailleuses spécialisées, Ross et Zander ont tenté de savoir dans quelle mesure le travail répondait à leurs besoins.

Des différences significatives ont surgi entre les participantes ayant par la suite quitté leur emploi, et celles demeurées en emploi. Les employées ayant quitté disaient ne pas recevoir suffisamment de rétroaction sur leur performance et déploraient que leur travail ne soit pas reconnu par leurs supérieurs.

Chez nous, le Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec (1987) note dans son rapport que la sous-valorisation est source de frustration chez le personnel infirmier et serait responsable en partie des difficultés de recrutement et de rétention des infirmières.

Aux États-Unis, on a constaté que les hôpitaux où les infirmières étaient davantage valorisées par une organisation du travail mieux pensée et par des plans de carrière plus alléchants, réussissaient à attirer davantage et à mieux conserver leur main-d'oeuvre (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987).

Il faut demeurer prudent toutefois avant d'appliquer ces modèles au Québec, car la privatisation et l'organisation de la dispensation des soins de santé aux États-Unis contribuent à rendre le contexte américain fort différent du nôtre.

2.2.1.3 Le contexte de travail

Cette source de stress fait référence à l'environnement physique de travail et au travail d'équipe.

Ce n'est que récemment que l'environnement physique de travail, dans lequel évolue le personnel hospitalier, a attiré l'attention des chercheurs.

Dans une recherche menée en 1987, Spoth et Konewko constatèrent que plusieurs aspects de l'environnement physique de travail représentaient une source de stress des plus fréquentes chez les infirmières.

Norbeck (1985) rapporte que les problèmes d'aménagement physique, d'équipement, le bruit et le risque de blessures sont des aspects de l'environnement physique reliés significativement à des symptômes psychologiques d'anxiété, de dépression et d'irritabilité chez les infirmières.

La majorité des études ont porté sur l'environnement de travail des infirmières aux unités de soins intensifs. L'espace de travail restreint, la complexité de l'équipement médical, le bruit et l'emplacement de l'unité dans l'hôpital sont les agents stresseurs les plus fréquemment mentionnés dans la littérature.

L'espace de travail souvent trop restreint de l'unité des soins intensifs pour contenir tout le matériel médical requis, encombré de fils jonchant le plancher et entravant l'infirmière dans ses déplacements, constitue un réel problème dans une unité où la rapidité des soins prodigués fait souvent la différence entre la vie et la mort du patient (Claus et Bailey, 1980; Gentry et Foster, 1972; Jacobson, 1983; Kelly, 1985; Norbeck, 1985).

La technologie médicale évolue rapidement et l'utilisation de l'équipement se complexifie représentant une source de stress additionnelle pour les infirmières qui ne reçoivent pas toujours une formation continue en emploi pour être en mesure d'utiliser avec assurance ces instruments. Dans un contexte où elles doivent agir rapidement et effectuer des tâches demandant une bonne concentration, cette difficulté ajoute à la crainte qu'elles ont de faire des erreurs. Les bris d'équipement ou les problèmes de fonctionnement peuvent aussi signifier une catastrophe pour le personnel devant compter sur leur disponibilité à tout moment. (Bailey et Grout, 1980; Claus et Bailey, 1980; Gentry et Foster, 1972; Jacobson, 1983; Norbeck, 1985).

Tous ces appareils (pompes, ventilateurs, moniteurs cardiaques, etc.) rendent l'environnement de travail très bruyant. Cette stimulation auditive constante et excessive, ajoutée à la charge de travail, peut devenir nocive et contribuer significativement à la sensation d'épuisement et de fatigue que ressent l'infirmière (Caldwell, 1981; Kelly, 1985).

D'autres sources de stimulation sensorielle comme l'utilisation de la couleur et de l'éclairage ont aussi été étudiées dans le milieu hospitalier (Birren 1969; Clard, 1981; Claus et Bailey, 1980; Mahnke, 1981; Rabin, 1981). On remarque toutefois qu'en comparaison avec d'autres aspects reliés à l'environnement physique, ceux-ci sont davantage considérés dans l'aménagement des hôpitaux.

Mentionnons enfin que les unités de soins intensifs sont souvent situées intentionnellement, pour le bénéfice des patients, loin des aires de circulation des visiteurs, employés ainsi que des postes de garde. Malheureusement, cet isolement physique s'accompagne aussi parfois de l'isolement psychologique du personnel y travaillant (Bilodeau, 1973).

Au cours de nos recherches, nous n'avons pu trouver d'étude ayant spécifiquement étudié les liens entre le contexte de travail et le taux de roulement. Cependant, Arsenault et coll. (1990) ont pu

constater que cette source de stress se classait au troisième rang (parmi les six sources retenues dans leur étude) des prédicteurs du désir de quitter la profession.

Les tâches que l'infirmière accomplit s'intègrent dans l'effort collectif d'une équipe de travail. Cette équipe et les relations interpersonnelles qui s'y développent entre employés et supérieurs ainsi qu'avec les médecins représentent une autre dimension du contexte de travail. La cohésion à l'intérieur de l'équipe de travail et la satisfaction à l'égard des co-équipiers semblent inciter le personnel à demeurer dans l'organisation (Farris, 1971; Hulin, 1968; Koch et Steers, 1978; Telly 1971).

Par ailleurs, certains chercheurs soutiennent que l'équipe de travail fournit un support social agissant comme un défense contre le stress et l'anxiété qui résultent de l'exposition chronique de l'infirmière à la souffrance humaine et à la mort. (Gray-Toft et Anderson, 1981; Menzies, 1960; Revicki et coll., 1989) Plusieurs études ont d'ailleurs démontré que le support social modérait l'effet du stress sur la santé mentale (La Rocco et coll., 1980;

Wallston et coll., 1983). D'autres lui attribuent un effet positif et direct sur le bien-être psychologique (Williams et coll., 1981).

Constable et Russell (1986) ont étudié l'impact du contexte de travail sur l'épuisement professionnel chez les infirmières. Ils ont constaté que le support fourni par le supérieur permettait d'atténuer l'épuisement émotionnel, une dimension du burnout. Les auteurs suggèrent aussi que le style de supervision adopté par le supérieur contribue significativement au développement de relations harmonieuses parmi les co-équipiers. On a déjà souligné qu'un style de leadership ouvert à la communication, encourageant la participation et l'expression des employés atténue les problèmes de rôles, il favoriserait donc également une meilleure communication parmi le personnel infirmier, davantage de support entre collègues, une performance accrue et une plus grande satisfaction au travail (Gray-Toft et Anderson 1985; Hart et Moore, 1989; Revicki et coll., 1989).

Certains auteurs soulignent aussi que la pratique professionnelle en salle d'urgence et aux soins intensifs exige davantage de coopération parmi les infirmières et d'esprit d'équipe que dans les

autres unités de l'hôpital (Caldwell, 1981; Mansfield et coll., 1985). Si tel est le cas, on comprendra que l'émergence des conflits de nature interpersonnelle représentent une source de stress importante pour les infirmières de ces unités en particulier (Bailey et Grout, 1980; Caldwell et Weiner, 1981; Claus et Bailey, 1979; Huckabay et Jagla, 1979; Jacobson, 1978).

Les relations interpersonnelles font partie des plus grandes sources de satisfaction chez les infirmières, identifiées par Bailey et Grout (1980) dans leur étude auprès de 1800 infirmières de soins intensifs. Paradoxalement, dans cette même étude, les relations interpersonnelles ont aussi été identifiées comme une des plus grandes sources de stress. D'autres chercheurs ont aussi fait cette constatation (Caldwell et Weiner, 1981; Huckabay et Jagla, 1979; Jacobson, 1978). Considérant la place que prend l'équipe de travail, on comprendra que les problèmes de relations interpersonnelles qui se développent soient aussi une des plus grandes sources de frustration expliquant ainsi l'apparente contradiction des résultats.

Plusieurs facteurs expliquent l'émergence des conflits dans les unités spécialisées pour soins intensifs et les salles d'urgence, reconnues pour le caractère particulièrement stressant de leurs conditions de travail. (Cassem et coll., 1972; Cross et Fallon, 1985; Grout, 1980; Hay et Oken, 1982; Norbeck, 1985; Maloney, 1982).

Les infirmières doivent maintenir un rythme de travail essoufflant, faire face à des situations délicates les obligeant à prendre des décisions urgentes et exigeant une concentration soutenue. Elles doivent affronter la mort quotidiennement en dépit d'efforts considérables déployés pour sauver les patients. Ajoutons à ces conditions qu'elles sont en nombre souvent insuffisant pour accomplir toutes les tâches et qu'elles doivent souvent effectuer du temps supplémentaire et on comprendra qu'elles soient impatientes, surmenées, qu'elles ressentent un sentiment de frustration général, le tout créant un climat propice à l'émergence des conflits interpersonnels. De plus, ce ressentiment, l'infirmière ne peut l'exprimer ouvertement, car il est sanctionné socialement.

A notre connaissance, il n'y a pas d'étude qui ait porté spécifiquement sur l'influence du travail d'équipe sur le taux de roulement. Cependant, comme nous l'avons mentionné, cette variable semble être associée à la satisfaction au travail qui elle, a grandement été étudiée en regard du taux de roulement. L'ensemble des chercheurs ayant constaté la relation négative entre la satisfaction et le taux de roulement (Arnold et Feldman, 1982; Bleudorn, 1979 et 1982a et 1982b; Cotton et Tuttle, 1986; Kemery et coll. 1985; Marsh et Mannari, 1977; Schuler, 1982). Indirectement, il apparaît donc plausible de

supposer une relation entre le travail d'équipe et le taux de roulement.

2.2.1.4. Le manque de latitude

Dans une récente étude (Corbin, 1990), utilisant la même banque de données que dans l'étude de Arsenault et Dolan (1990), le manque de latitude professionnelle s'est avéré le meilleur prédicteur du désir de quitter la profession chez les infirmières. Cette source de stress comportait plusieurs dimensions soit, l'autonomie restreinte, la sous-utilisation des habiletés au travail ainsi que le manque de participation aux décisions.

Cette recherche mise à part, nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, d'étude ayant porté spécifiquement sur le manque de latitude et le désir de quitter. Cependant, ses diverses composantes ont attiré l'attention des chercheurs.

D'une façon générale, on rapporte une relation négative entre l'autonomie au travail et le taux de roulement. Certains chercheurs ont observé que cette variable agissait d'abord en

diminuant la satisfaction au travail, laquelle entraînerait ensuite une augmentation du roulement. Ainsi, des recherches menées auprès d'employés de bureau et de magasins de vente au détail ont constaté que ceux qui étaient satisfaits du degré d'autonomie et de responsabilité qu'ils détenaient dans leur travail avaient davantage tendance à demeurer dans l'entreprise (Taylor et Weiss, 1972; Waters et Roach, 1971 et 1973).

D'autres chercheurs ayant plutôt étudié l'effet direct de l'autonomie sur le désir de quitter ont aussi constaté une corrélation négative entre ces deux variables (Constable et Russel, 1986; Guest, 1955; Lachman et Diamant, 1987; Marsh et Mannari, 1977; Turner et Lawrence, 1965) de même qu'entre le manque de responsabilités et le roulement (Turner et Lawrence, 1965).

Par ailleurs, Jackson (1983) rapporte qu'un programme visant une participation accrue des travailleurs hospitaliers lors de rencontres statutaires plus fréquentes a permis de constater après trois mois une réduction de la tension émotionnelle et du désir de quitter et, après six mois, une réduction des conflits et ambiguïtés de rôles.

Jones et coll. (1988) notent qu'une participation accrue du personnel en milieu hospitalier s'est accompagnée d'une plus grande satisfaction et d'une diminution de la fréquence des erreurs médicales.

De plus, certains auteurs soulignent que la participation des employés aux décisions affectant leur travail s'avère un moyen privilégié pour développer leur attachement envers ce dernier (Pooyan et coll., 1986; Hinshaw et Atwood, 1987).

De même, la possibilité qu'a l'employé d'utiliser pleinement les habiletés acquises par l'expérience et au cours de sa formation serait aussi corrélée négativement avec le désir de quitter (Canfield et Smuckler, 1979; Wandelt et coll., 1981; White 1980).

Dans une étude réalisée auprès des enseignants, Chapman et Hutcheson (1982) ont constaté des différences significatives entre ceux ayant quitté la profession et ceux qui y sont demeurés. Les enseignants ayant quitté attachaient beaucoup plus d'importance à l'autonomie et aux responsabilités qu'ils pouvaient exercer dans leur emploi et aux opportunités de contribuer aux décisions affectant leur travail.

Fimian et coll., (1988) considèrent que ces dimensions problématiques du travail sont aussi présentes chez les infirmières. Ils ont comparé le niveau de stress perçu chez les infirmières désirant quitter la profession et chez celles désirant rester dans la profession. Une première constatation, le niveau de stress perçu est nettement plus élevé chez le premier groupe. De plus, le manque de reconnaissance professionnelle, le peu d'autonomie dans l'organisation du travail et la faible utilisation de leurs compétences professionnelles sont des problèmes perçus plus importants parmi le groupe désirant quitter la profession.

Enfin, Karasek et coll., (1987) rapportent que la possibilité pour l'individu de bénéficier d'une latitude décisionnelle dans son travail et l'opportunité d'utiliser ses habiletés et compétences en emploi sont associés positivement à la satisfaction au travail.

2.2.1.5 La charge de travail

Cette source de stress fait référence à la surcharge et à l'instabilité de la charge de travail.

Précédemment, nous avons mentionné que le personnel infirmier des unités de soins intensifs et des urgences devait travailler dans un contexte de rapidité, abattre beaucoup de travail avec peu d'effectifs et garder une concentration soutenue sans vraiment pouvoir s'accorder de périodes de répit. Cette source de stress exerce une influence sur l'augmentation du taux de roulement. En effet, toutes les études démontrent l'existence d'une relation positive entre la surcharge de travail et le désir de quitter ou le roulement (Anderson et Basteyns, 1981; Caldwell et Weiner, 1981; Constable et Russel, 1986; D'ariento et coll., 1982; De Ronde et Mason, 1984; Hay et Oken, 1982; Hinshaw et Atwood, 1984; Humphrey et Humphrey, 1981; Lackman et Diamant, 1987; Marshall, 1980; Maslack et Jackson, 1981; McCranie et coll., 1987; Numerof et Abrams, 1984; Sheridan, 1985; Terborg et Lee, 1984).

Par ailleurs, la pénurie des ressources entraînant une surcharge pour celles qui sont en emploi, plusieurs chercheurs ont aussi constaté une relation positive entre ce facteur et le désir de quitter chez les infirmières (Gupta et Beehr, 1979; Margolis et coll., 1974; Van Sell et coll., 1981).

2.2.1.6. Les tâches menaçantes

Cette source de stress représente l'ensemble des tâches complexes et difficiles que l'infirmière doit accomplir, sa participation dans des situations d'urgence, les contacts avec les gens agressifs et les risques de contamination.

Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'étude qui ait vérifié l'impact de ce facteur sur le taux de roulement. Par contre, plusieurs auteurs ont constaté son effet nocif sur la santé des infirmières (Claus et Bailey, 1980; Greenberg, 1980; Hunt, 1979; Jacobson et McGrath, 1983; Newlin, 1984). Certains auteurs rapportent que les infirmières des soins intensifs manifestent un

niveau d'anxiété, d'agressivité et de dépression parmi les plus élevés (Claus et Bailey, 1980; Gentry et coll. 1972; Grout, 1980).

Les infirmières des soins intensifs et de l'urgence sont confrontées quotidiennement à des situations difficiles moralement et physiquement. Elles doivent soigner et apporter réconfort aux patients et à leurs familles dans des situations parfois désespérées. Souvent, elles souffrent de ne pas être suffisamment préparées pour affronter ces situations pénibles émotionnellement (Gentry et Foster, 1972; Jacobson, 1978; Norbeck, 1985).

De plus, la nature du travail dans ces deux unités exige de l'infirmière qu'elle prenne des décisions rapidement dans des situations d'urgence et souvent imprévisibles.

Signalons aussi que les progrès technologiques et les soins hors établissements ayant entraîné un alourdissement des clientèles ont rendu la dispensation des soins infirmiers plus exigeante. Les traitements se complexifient et requièrent davantage d'interprétation autonome, de prise de décision et exigent des compétences à caractère technologique.

Le rôle des infirmières s'en trouve modifié. Elles doivent manipuler des instruments plus complexes, interpréter des variables plus difficiles, prendre des décisions en fonction de leur analyse tout en agissant rapidement.

Cette évolution technologique conduisant à une multiplication des possibilités de diagnostic et de soins infirmiers a surtout pour effet d'accroître la variété des techniques à maîtriser. Ces changements ont pour effet de multiplier et de diversifier les activités et connaissances requises par les infirmières. Ils n'enrichissent pas vraiment la profession. La multiplication entraîne un rythme accéléré d'acquisition de nouvelles techniques pendant toute la durée de la carrière active de l'infirmière. Elle ne peut compter sur sa seule formation de base pour pouvoir rencontrer toutes les exigences de l'emploi d'infirmière. Dans ce contexte d'éclatement de la profession et de mobilité élevée des infirmières, la formation en cours d'emploi prend alors une importance primordiale.

Particulièrement dans les unités de soins critiques tels, les urgences, les blocs opératoires et les soins intensifs, où le personnel doit agir rapidement et avec assurance, l'infirmière qui

ne possède pas une expertise de pointe craint de faire des erreurs pouvant avoir des conséquences fâcheuses pour le patient (Bailey et coll., 1980; Mansfield et coll., 1989; Spoth et Konewko, 1987).

Les contacts avec des gens agressifs comptent aussi parmi les situations menaçantes. De Ronde et Mason (1984) mentionnent que les infirmières des unités de soins psychiatriques et des salles d'urgence sont particulièrement exposées aux attaques de la part des patients psychologiquement instables. De plus, le risque s'accroît quand elles doivent travailler en nombre réduit et qu'elles sont peu familières avec les problèmes particuliers que posent ces patients, ce qui est le cas des nombreuses infirmières qui ne sont pas affectées à une unité en particulier, mais qui travaillent dans plusieurs départements de l'hôpital.

Enfin, les risques de contamination figurent aussi au nombre des sources de stress rencontrées par l'infirmière dans son milieu de travail. Elles sont exposées à divers agents chimiques et bactériens considérés néfastes pour la santé. En effet, plusieurs études ont constaté l'effet nocif des gaz anesthésiques sur le système reproducteur et une augmentation des risques d'avortement

spontané chez les femmes exposées à ces produits (Buring et coll., 1985; Hemminki et coll., 1985; Lindbohn et coll., 1985; Tannenbaum et coll., 1985). Devereux (1984) a aussi constaté que ces gaz pouvaient occasionner une détérioration des habiletés perceptuelles, cognitives et motrices.

L'utilisation des substances éthyléniques pour la stérilisation des instruments comporte aussi des dangers. Une exposition fréquente pouvant entraîner des conséquences sur le système central et des problèmes gastro-intestinaux (Triolo, 1989).

Les drogues antinéoplastiques utilisées dans le traitement contre les tumeurs ont été reconnues comme étant cancérigènes. De plus, comme elles agissent sur le processus de croissance cellulaire, elles menaçaient le développement normal du fœtus chez la femme enceinte (Cloak, 1985; Selevan et coll., 1985).

Les infections bactériennes constituent une deuxième catégorie de danger de contamination. Le personnel infirmier étant régulièrement en contact avec des patients souffrant de maladies infectieuses, elles sont exposées à une myriade de maladies bactériennes et virales dont la rubéole, l'hépatite, la

tuberculose et plus récemment, le sida (Christenson, 1985; Kynes, 1985; Triolo, 1989). Généralement, des mécanismes de contrôle de ces maladies sont instaurés dans les hôpitaux. Toutefois, les infirmières demeurent vulnérables aux dangers de contamination. Les situations d'urgence où elles doivent agir rapidement, la réduction des effectifs et la fatigue accrue durant le travail de nuit sont des facteurs engendrant des risques d'inattention et d'erreurs de manipulation des seringues favorisant la transmission des maladies (Newberger, 1984; Hamory, 1983).

2.2.2 Les variables individuelles

Beaucoup de variables individuelles ont attiré l'attention des chercheurs. Nous nous devons donc de présenter les résultats de ces études. Nous nous limiterons cependant aux variables les plus étudiées ou les plus pertinentes à notre sujet soit, l'âge, le sexe, le statut civil, le niveau hiérarchique, le statut d'emploi et l'unité de travail.

Nous avons fait le choix de ne pas inclure les variables individuelles dans notre modèle. D'une part, la majorité des auteurs n'ont rapporté que des corrélations en utilisant un modèle d'analyse bivarié. Par ailleurs, récemment (Corbin, 1990), les caractéristiques individuelles ont été étudiées en relation avec le désir de quitter chez les infirmières et nous ne voulons pas répéter ce qui a déjà été étudié. Cependant, Corbin a constaté que les prédicteurs du désir de quitter variaient selon le groupe d'âge, le sexe auquel on s'adresse et le statut civil. En utilisant les variables individuelles à titre descriptif, nous avons quand même vérifié le caractère confondant de ces facteurs sur la relation entre les sources de stress et les variables dépendantes.

2.2.2.1. L'âge

Parmi les variables socio-démographiques, la relation entre l'âge et le taux de roulement a été fréquemment étudiée.

Plusieurs auteurs ayant utilisé un modèle d'analyse bivarié s'entendent sur l'existence d'une forte corrélation négative entre l'âge et le taux de roulement (Cotton et Tuttle, 1986; Friss, 1982; Mobley et coll., 1978; Muchinsky et Tuttle, 1979; Price, 1977; Price et Mueller 1981; Steers et Mowday, 1981; Terborg et Lee, 1984), de même qu'entre l'âge et le désir de quitter (Friss, 1982; Mobley et coll., 1978; Muchinsky et Tuttle, 1979; Price et Mueller, 1981; Federico et coll., 1976).

D'autres chercheurs ont étudié l'influence de l'âge sur le taux de roulement et le désir de quitter à partir d'une approche multivariée.

Ils considèrent plutôt que les variables organisationnelles sont de meilleurs prédicteurs du désir de quitter, agissant directement sur la variable dépendante et que l'âge, représenterait plutôt une variable intermédiaire influençant la relation entre les

variables organisationnelles et le taux de roulement ou le désir de quitter (Price et Mueller, 1981).

Dans une autre étude réalisée auprès de 687 infirmières, Ivancevich et coll. (1980), ont observé comment la perception positive et négative de l'infirmière vis-à-vis ses tâches de travail agit sur le climat de travail pour finalement influencer le taux de roulement de façon significative. Selon leur étude, l'âge de la personne, sa position hiérarchique dans l'organisation et son expérience de travail seraient toutes des variables intermédiaires modifiant significativement la relation entre la perception de l'infirmière et le taux de roulement.

2.2.2.2. Le sexe

On ne retrouve pas de consensus parmi les auteurs ayant étudié la relation entre le sexe et le désir de quitter ainsi qu'avec le taux de roulement. De nombreux chercheurs constatent une tendance à quitter significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Lortie, 1975; Macoby et Jacklin, 1974; Miller et coll., 1979; Parasuraman, 1982; Stumpf et Dawley, 1981).

A l'inverse, d'autres chercheurs soutiennent que les femmes ont davantage tendance à quitter l'entreprise que les hommes (Cotton et Tuttle, 1986; Marsh et Mannari, 1977). Par ailleurs, une autre étude ne rapporte aucune différence entre les deux sexes concernant le désir de quitter (Mangione, 1973).

Ajoutant à la confusion, plusieurs auteurs ne spécifient pas les pourcentages relatifs d'hommes et de femmes qui composent les populations étudiées (Cotton et Tuttle, 1986).

Plusieurs facteurs peuvent modifier l'influence du sexe sur le désir de quitter dont, les processus psychologiques de retrait, la personnalité et les valeurs sociales. A ce propos, on explique souvent les comportements spécifiques des hommes et des femmes concernant le désir de quitter et le taux de roulement par leurs différences d'attitudes face au travail (Maccoby et Jacklin, 1974) Mowday et coll., 1984).

D'ailleurs, Federico et coll. (1976) ont constaté que les femmes plus scolarisées, occupant des emplois de niveau professionnel ou des postes de direction, fonctions encore dévolues majoritairement aux hommes, présentaient un taux de roulement plus élevé que les autres femmes.

En étudiant l'effet du sexe sur le taux de roulement et le désir de quitter, il faut donc garder présent à l'esprit qu'il existe des processus psychologiques distincts chez l'homme et la femme agissant sur leur décision de quitter l'organisation (Comay, 1972; Long, 1972; Lortie, 1975; Miller et coll., 1979).

Enfin, Lachman et Diamant (1987), utilisant un modèle d'analyse multivarié, ont tenté d'identifier l'influence des variables telles que l'âge et l'ancienneté de même que certaines variables organisationnelles, sur le désir de quitter, en utilisant le sexe comme variable intermédiaire. Leurs résultats nous permettent de constater des différences entre les hommes et les femmes en regard du désir de quitter l'entreprise. Chez la femme, c'est celle qui est plus jeune et qui possède généralement moins d'ancienneté qui manifeste un plus grand désir de quitter son emploi. Par contre chez l'homme, c'est celui qui perçoit une surcharge de travail et qui évalue ses relations interpersonnelles au travail comme étant médiocres qui démontre un plus grand désir de quitter.

2.2.2.3 Le statut civil

Porter et Steers (1973) ont suggéré que le statut de célibataire pouvait favoriser une mobilité chez les travailleurs, alors que les gens mariés auraient plutôt tendance à se stabiliser dans leur emploi. D'autres chercheurs ont aussi constaté la relation positive entre les statuts "célibataire" et "divorcé" avec le taux de roulement (Federico et coll., 1976; Mangione, 1973; Marsh et Mannari, 1977).

Cependant, après analyse de la littérature, on constate que les responsabilités familiales semblent avoir une influence prépondérante sur la relation existant entre le statut civil et le désir de quitter (Krau, 1981; Porter et Steers, 1973).

D'ailleurs, Muchinsky et Tuttle (1979) soulignent que plusieurs auteurs ont inclus le statut civil à l'intérieur d'un facteur plus général appelé "responsabilités familiales". Ce dernier englobe aussi le nombre d'enfants à charge ainsi que l'âge du plus jeune enfant. D'une façon générale, on constate que les responsabilités familiales sont associées à un taux de roulement plus faible (Arnold et Feldman, 1981; Cotton et Tuttle, 1986; Federico et Lundquist, 1976).

Muchinsky et Morrow (1980) ont étudié l'influence du nombre d'enfants à charge sur le taux de roulement des hommes et des femmes. Ils ont d'abord constaté une relation négative entre les deux variables dans le cas des hommes, alors que chez les femmes, la relation était positive. Cependant, les chercheurs ont aussi observé que pour les femmes apportant le salaire principal à la famille, la relation entre les variables était négative soit, la même que chez les hommes.

Par conséquent, il semblerait que l'élément principal à considérer dans la relation entre le nombre d'enfants à charge et le taux de roulement ne soit pas le sexe, mais plutôt le fait que l'employé soit le premier pourvoyeur économique de la famille, ou que son salaire soit secondaire. Les obligations financières familiales pouvant inciter le conjoint gagnant le meilleur revenu à demeurer dans son emploi.

2.2.2.4 Le niveau hiérarchique

Ce facteur fait référence à la position occupée par un employé au sein d'une organisation. Plusieurs études ayant traité la relation entre le niveau hiérarchique et le taux de roulement ont constaté que les individus détenant une position plus élevée dans l'entreprise présentaient aussi un roulement plus élevé (Blau, 1973; Flango et Breembaugh, 1974; Kramer et Baker, 1971). Cependant, comme ces recherches ont été réalisées auprès de professeurs, certains auteurs, comme Price et Mueller 1981, se sont demandés si cette relation pouvait aussi se vérifier chez les infirmières.

Cependant, plutôt que d'étudier directement le niveau hiérarchique, ils recommandent d'orienter les recherches vers des facteurs liés au niveau hiérarchique et pouvant être responsables du taux de roulement. L'identification à l'entreprise pourrait être un de ces facteurs. En effet, il semblerait que le travailleur occupant un poste plus élevé dans la hiérarchie s'identifie plus à ses capacités alors que le travailleur occupant un poste inférieur s'identifierait davantage à l'organisation, démontrant ainsi une plus grande loyauté envers ses dirigeants et ses collègues de travail (Corbin, 1990).

Chez l'infirmière-chef, deux autres facteurs, qui sans être exclusifs au niveau hiérarchique qu'elle occupe, semblent prendre davantage d'importance pour elle que pour ses subalternes. Scalzi (1990) a étudié les problèmes de rôles et l'état dépressif chez les infirmières-cadres et a décrit les principaux facteurs de stress reliés à leur fonction. Le rôle de coordonnatrice exige de l'infirmière-cadre qu'elle soit en relation constante avec les intervenants de divers services ou départements de l'hôpital (par exemple, la pharmacie, le service de diététique, le service des ressources financières, etc.), ayant chacun des attentes spécifiques à l'égard de son rôle. Il arrive alors que l'infirmière-chef soit confrontée à des attentes conflictuelles, qu'elle ne peut évidemment rencontrer et qu'elle se sente inadéquate dans son rôle.

Dans cette même étude, on rapporte qu'une autre source de stress importante pour l'infirmière-cadre est reliée à la qualité des soins apportés aux patients. On touche ici aux responsabilités éthiques et professionnelles qui lui sont dévolues en raison de la supervision qu'elle doit exercer sur le travail accompli par les subalternes tout en devant composer parfois avec les problèmes d'incompétence du personnel. Ce facteur de stress chez l'infirmière-cadre serait fortement associé à une diminution de sa satisfaction au travail (Scalzi, 1990).

Une autre dimension des conflits de rôle chez l'infirmière-cadre origine justement de sa nomination à ce niveau hiérarchique dans l'organisation. Hingley et Cooper (1986) soutiennent que les infirmières sont promues dans des postes d'encadrement sur la base de leur compétence clinique. Toutefois, elles manquent souvent de préparation et n'ont pas la formation nécessaire pour exercer ces tâches de gestion. Cette situation serait source de conflit pour l'infirmière-chef qui tente de maintenir son expertise clinique tout en développant des compétences en gestion et en supervision nécessaires dans son nouveau poste.

Enfin un autre facteur, qui sans être exclusif au niveau hiérarchique qu'occupe l'infirmière-chef, s'avère davantage problématique dans son cas, est le peu de pouvoir qu'elle détient dans l'organisation. Traditionnellement, l'infirmière-chef assume toutes les responsabilités de gestion soit d'organiser, de planifier, de diriger et de contrôler le travail de son équipe sans avoir le pouvoir qui devrait normalement accompagner ces responsabilités. C'est ainsi qu'elle se retrouve souvent devant présenter et faire accepter par son personnel de nouvelles pratiques ou des politiques décidées par l'administration, sans avoir été impliquée dans leur développement.

Selon Ferguson (1983), pour assumer un leadership au sein de son équipe, il est essentiel qu'on lui reconnaisse le pouvoir d'exercer son influence sur l'organisation et le devenir des soins sinon, elle ne pourra gagner de crédibilité auprès des subordonnées.

Cette position délicate qu'elle doit souvent adopter, coincée entre l'administration et son personnel est source de stress pour l'infirmière-cadre qui ne se sent pas supportée ni par l'administration de l'hôpital, ni par son personnel (Scalzi, 1990).

2.2.2.5 Le statut d'emploi

Le travail à temps partiel chez les infirmières est un phénomène important, qui a connu une augmentation rapide ces dernières années et qui devrait se poursuivre dans l'avenir. Au Canada, on comptait 26.2% des infirmières travaillant à temps partiel en 1974. Ce pourcentage a grimpé à 33.1% en 1986 (Health and Welfare Canada, 1986).

Cette tendance est attribuable, en partie, au désir qu'ont les femmes d'atteindre un meilleur équilibre entre leur vie familiale et leur carrière.

L'horaire de travail devient alors une variable importante à considérer dans leur décision d'accepter un emploi ou de demeurer sur le marché du travail (Wetzel et coll., 1990).

D'autre part, l'Association des hôpitaux du Canada (1987) constate que les valeurs sociales ayant changé, il devient plus difficile de trouver du personnel prêt à travailler les jours fériés, les fins de semaine et selon un horaire de quarts de travail.

Les hôpitaux employeurs se sont alors tournés vers une main-d'oeuvre à temps partiel offrant une certaine flexibilité dans sa disponibilité à l'emploi, leur permettant ainsi de rencontrer les besoins accrus en personnel infirmier durant la période de pointe des vacances et d'assurer la dispensation des soins de manière continue.

Selon Jackofsky et coll. (1986), il semblerait que le problème du taux de roulement s'intensifie à mesure que le pourcentage de travailleurs à temps partiel s'accroît. De plus, les raisons amenant les employés à quitter leur travail seraient différentes selon leur statut d'emploi. Les employés à temps plein seraient influencés dans leur décision par des raisons liées directement au

(

travail, telles que les mauvaises conditions physiques de travail, le manque d'opportunité d'avancement, les relations difficiles avec les supérieurs. De leur côté, les employés travaillant à temps partiel seraient incités à partir pour des raisons étrangères à leur emploi telles que des problèmes de transport, un retour aux études, une augmentation des responsabilités familiales ainsi que pour des facteurs reliées à leur horaire de travail comme le nombre d'heures de travail assignées et le choix des quarts de travail attribués qui ne leur conviennent pas.

Jackofsky et coll., (1986) soulignent que si l'on souhaite implanter des programmes visant à réduire efficacement le taux de roulement, il est essentiel qu'on identifie les facteurs susceptibles d'influencer les employés à quitter selon leur statut d'emploi (travaillant à temps partiel ou à temps complet).

Reprenant l'idée d'une distinction entre ces deux groupes d'employés, Wetzel et coll. (1990) ont comparé les attitudes adoptées par les infirmières, à temps plein et à temps partiel, à l'égard du travail. De façon générale, les deux groupes ne présentent pas de différence.

Elles manifestent le même degré d'attachement envers leur profession et leur employeur et déplorent également leur manque de participation aux décisions affectant la pratique du nursing. Ces résultats vont dans le même sens que les constatations déjà faites par Logan et coll. (1973), à l'effet que les infirmières manifestaient le même niveau d'insatisfaction au travail, qu'elles travaillent à temps plein ou partiel.

Wetzel et coll. (1990) soulèvent toutefois une distinction entre les deux groupes, les employées à temps plein étant davantage impliquées dans leur travail que les infirmières travaillant à temps partiel. Pour expliquer ce résultat, les auteurs avancent l'hypothèse que les infirmières à temps partiel travaillant un nombre d'heures réduit, consacrent moins de temps à leur vie professionnelle, le travail perd alors de son importance dans leur vie entraînant un degré d'implication inférieur pour cette catégorie de personnel.

En conclusion, les auteurs insistent sur l'intérêt pour les organisations d'investir dans leur main-d'oeuvre à temps partiel en offrant, par exemple, des opportunités d'avancement et de formation en vue de les motiver et de les encourager à demeurer en emploi permettant alors d'atteindre une stabilité chez le personnel infirmier.

Dans le même ordre d'idée, le Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec (1987), mentionne dans son rapport qu'on doit maintenant briser l'image que les emplois à temps partiel sont des emplois de seconde classe.

Il explique qu'actuellement, plusieurs établissements cèdent leurs employés à temps complet d'abord, et cherchent ensuite à combler ce qui reste de la plage horaire au moyen du temps partiel. Il faut que ces emplois deviennent aussi attrayants que les postes à temps complet et qu'ils soient conçus pour répondre à une main-d'oeuvre ayant d'autres intérêts.

2.2.2.6. L'unité de travail

Ce facteur fait référence aux deux départements de l'hôpital retenus dans notre étude soit, l'unité des soins intensifs et l'urgence. La revue de littérature effectuée nous amène à constater que le contexte de travail de l'unité des soins intensifs a davantage attiré l'attention des chercheurs que celui des salles d'urgence. Toutefois, à travers les recherches, on rencontre assez fréquemment l'unité des soins intensifs associée à l'urgence sous l'appellation plus globale d'unités de soins critiques.

De façon générale, on constate que les infirmières des soins intensifs présentent un taux de roulement nettement supérieur à celui du personnel affecté aux autres départements de l'hôpital. Selon Gentry et coll., (1972), elles manifesteraient aussi davantage de symptômes dépressifs, d'irritabilité et d'anxiété.

Par ailleurs, les infirmières des unités de soins critiques (salles d'urgence et soins intensifs) auraient un taux de roulement de 70% comparativement à 28% pour le reste du personnel infirmier de l'hôpital (Benner, 1975; Razem, 1974) et quitteraient leur emploi plus jeunes que les infirmières des autres départements (Razem, 1974).

Au Québec, il semblerait que les difficultés à recruter du personnel infirmier soient plus grandes pour les unités de soins intensifs, les urgences et les blocs opératoire et obstétrical (Rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987).

2.3. L'ÉVOLUTION DE LA RECHERCHE SUR LE ROULEMENT DU PERSONNEL

2.3.1. La satisfaction et l'attachement au travail

Dans les premières recherches, on a beaucoup étudié l'influence des variables individuelles sur le taux de roulement. On a constaté que la majorité des facteurs individuels n'expliquaient qu'une faible portion de la variance du taux de roulement ($r^2 = 0.09$). Toutefois, bien que limitée, leur capacité prédictive du taux de roulement demeure.

La relation entre la satisfaction au travail et le taux de roulement a aussi beaucoup dominé les premières études. De façon constante, les résultats démontrent une relation négative significative entre cette attitude et la variable dépendante.

Certains auteurs attribuent à la satisfaction un rôle direct sur le taux de roulement et l'intention de quitter (Arnold et Feldman, 1982; Kraut, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Newman, 1974; Nicholson et coll., 1977; Price, 1977; Steers, 1977). D'autres lui

reconnaissent plutôt un effet modérateur dans la relation entre les variables organisationnelles, le taux de roulement et le désir de quitter (Bedeian et Armenakis, 1981; Beehr et Newman, 1978; Hendrix et coll., 1985; Jackson, 1983 et 1984; Locke, 1976; Mobley et coll., 1979; Price et Mueller, 1981; Schuler, 1982).

D'autres études ont permis de constater une relation positive significative entre l'insatisfaction au travail et le taux de roulement (Campbell et coll., 1970; Porter et Steers, 1973).

Certains auteurs ont questionné la fiabilité et la validité des échelles de satisfaction au travail (Nicholson et coll., 1977; Peetman, 1973). Ils critiquaient le caractère global des mesures de satisfaction qui ne permet pas d'identifier l'impact spécifique des différentes dimensions de la satisfaction sur le taux de roulement ou le désir de quitter.

Par ailleurs, quoique les corrélations négatives obtenues entre la satisfaction au travail et le taux de roulement soient constantes, elles sont cependant faibles ($r = 0.40$) (Locke, 1976; Dougherty et coll., 1985; Waters et coll., 1976).

(-

Le concept de la satisfaction au travail ne pouvant expliquer qu'une faible portion de la variance du taux de roulement (environ 15%), les chercheurs se sont tournés vers une autre attitude reliée au travail soit, l'attachement à l'organisation, qui aurait un meilleur pouvoir prédictif du taux de roulement que la satisfaction (Porter, Crampon et Smith, 1976; Farrell et Peterson, 1984; Koch et Steers, 1978; Porter et coll., 1974).

La majorité des études ont permis de constater l'existence d'une relation négative significative entre l'attachement au travail et le taux de roulement (Angle et Perry, 1981; Beehr et Gupta, 1978; Koch et Steers, 1978; Mowday et coll., 1979; Parasuraman, 1982), de même qu'avec le désir de quitter (Brief et Aldag, 1977; Parasuraman, 1982). L'attachement au travail a aussi été considéré comme variable modératrice dans la relation entre les conditions de travail et le taux de roulement (Morris et Sherman, 1981; Steers, 1977).

2.3.2. L'intention, précurseur immédiat du départ

Plus récemment, la recherche s'est orientée vers une conception du phénomène du taux de roulement en tant que processus, où l'employé franchirait plusieurs étapes avant d'en arriver à quitter son emploi.

Selon cette nouvelle approche, la satisfaction et l'attachement au travail demeurent des facteurs importants dans la décision que prend l'employé de quitter mais ne seraient pas les précurseurs immédiats du départ. Entre le moment où l'individu éprouve de l'insatisfaction ou se sent moins attaché à son travail et le moment où il quitte, on retrouve une séquence comportant plusieurs étapes cognitives et comportementales au travers desquelles il chemine avant d'actualiser son départ.

Bien que les variables retenues dans les modèles diffèrent quelque peu, on peut quand même tenter de généraliser la séquence du processus. Ainsi, l'insatisfaction et/ou le manque d'attachement susciterait chez l'employé l'idée de quitter, l'évaluation de

l'avantage de chercher un autre emploi, l'intention de chercher, la recherche d'emploi comme telle, l'évaluation des possibilités d'emplois offertes, l'intention de quitter et enfin, le départ.

Sans entrer dans une description détaillée, mentionnons que les modèles prennent en considération les facteurs individuels et organisationnels entraînant l'insatisfaction et le manque d'attachement au travail. Ils tiennent aussi compte des variables externes comme la situation économique et le taux de vacance des postes à combler pouvant influencer l'employé rendu aux étapes intermédiaires du processus (recherche d'emploi et évaluation des possibilités offertes).

Il existe cependant une certaine ambiguïté quant à la place qu'occuperaient l'insatisfaction et le manque d'attachement au travail dans la séquence des étapes amenant l'individu à quitter. Dans certains cas, l'attachement au travail entraînerait la satisfaction chez l'individu et par conséquent, influencerait son désir de quitter, dans d'autres cas, l'ordre serait inversé (Clegg, 1983; Koch et Steers, 1978; Miller et coll., 1979; Mobley

et coll., 1978; Mowday et coll., 1979; Muchinsky et Morrow, 1980; Stumpf et Hartman, 1984).

En précisant le rôle des phénomènes cognitifs, ce nouveau courant de recherche a mis l'accent sur l'intention de l'individu qui, dans la séquence, devient le précurseur immédiat du départ. De nombreuses études ont reconnu le rôle prépondérant des intentions comme prédicteurs par excellence du comportement. Plusieurs auteurs ont constaté que le désir de quitter s'avérait le meilleur prédicteur du taux de roulement (Arnold et Feldman, 1982; Friss, 1982; Kemery et coll., 1987; Krau, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Michael et Spector, 1982; Miller et coll., 1979; Motowildo, 1983; Newman, 1974).

Comme nous l'avons souligné en introduction, l'aspect préventif constitue l'intérêt ultime de notre recherche. Si nous découvrons qu'un facteur organisationnel se révèle comme étant le meilleur prédicteur à la fois de l'intention et du comportement, nous saurons que des efforts d'amélioration devraient être dirigés prioritairement vers cette cause, pour agir au stade intentionnel, avant que l'employée concrétise son désir et quitte.

En plus de son pouvoir prédictif, il y a d'autres avantages à utiliser le désir de quitter comme variable d'approximation du taux de roulement. D'abord, contrairement au taux de roulement, il s'observe facilement. En effet, il n'est pas nécessaire d'attendre que l'employé concrétise son désir de quitter, puisqu'on mesure une intention. Par ailleurs, cette mesure d'intention permet de contourner la difficulté de tenir compte des contraintes à la mobilité intra et inter-organisationnelle.

Mentionnons enfin, que malgré les progrès de la recherche dans le domaine du taux de roulement, notre compréhension du phénomène demeure encore incomplète.

Après une révision de la documentation scientifique, on constate que la majorité des recherches portant sur le phénomène du roulement et du désir de quitter ont utilisé un modèle d'analyse bivariée, ne permettant d'obtenir qu'une compréhension partielle du phénomène, expliquant possiblement les résultats apparemment contradictoires de certaines études.

Pour remédier à ces lacunes, plusieurs auteurs recommandent d'utiliser un modèle d'analyse multivariée intégrant les différentes variables reconnues pour leur influence sur le taux de roulement et de vérifier leur efficacité prédictive afin de parvenir à une meilleure compréhension du phénomène (Jackofsky et coll., 1986; Krau, 1981; Price et Mueller, 1981; Sheridan, 1985).

Par ailleurs, plusieurs études sur le roulement et l'intention de quitter ont été effectuées a posteriori. On mesurait le désir de quitter après que les gens soient partis d'où, les fortes corrélations constatées entre l'intention et le comportement. Pour éviter ce biais, les auteurs suggèrent de mesurer l'intention préalablement au comportement.

La présente recherche, de nature prospective, utilise un modèle d'analyse multivariée. Nous étudierons l'influence des facteurs organisationnels sur les variables dépendantes.

Un premier objectif sera de comparer les prédicteurs du désir de quitter avec les prédicteurs du roulement.

Le deuxième objectif concerne la mobilité interne, nous vérifierons les prédicteurs du désir de changer d'unité avec ceux du fait d'avoir effectivement quitté le département.

Dans la prochaine section, nous délimiterons le cadre conceptuel de notre étude.

3. CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE

3. CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE

Dans cette section, nous décrirons, en première partie, le modèle conceptuel développé pour notre recherche. Les définitions conceptuelles et opérationnelles des variables retenues seront ensuite présentées. Finalement, nous exposerons les hypothèses de recherche soulevées.

3.1 DESCRIPTION DU MODÈLE (1)

La présente recherche, utilisant un modèle d'analyse multivariée, s'inspire à la fois de la littérature et des recherches menées par Arsenault et coll. (1990) ainsi que par Corbin (1990).

Arsenault et coll. (1990) ont, dans leur étude, recherché une différence dans l'évolution des sources et des conséquences du stress chez le personnel des soins intensifs et des salles d'urgence de trente hôpitaux québécois. Six facteurs liés à l'organisation du travail ont alors été retenus comme sources de stress.

(1) Les informations contenues dans cette section ont été tirées du document "Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action", par Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, C., Dolan, S.L., 1990.

Mentionnons que pour en arriver à ces six sources, les chercheurs ont effectué un regroupement des variables entre les deux phases de l'étude soit, entre 1987 et 1988. Lors de la cueillette de données à l'automne 1987, dix-huit sources potentielles de stress avaient été répertoriées dans le questionnaire. En novembre 1988, lors de la relance, le même questionnaire a été administré. Cependant, à cause du grand nombre de variables compilées ainsi que de la complexité d'interpréter ces analyses en mesures répétées, les chercheurs ont regroupé les sources de stress originales en cinq facteurs. Une sixième source, le contexte de travail, a été construite à partir de deux autres variables qui avaient été considérées en 1987 comme des "conséquences". Les auteurs soutiennent qu'il est acceptable de considérer certains aspects du travail comme s'apparentant davantage à une sollicitation qui provient d'abord de l'environnement de travail et d'autres comme plutôt en rapport avec des difficultés d'adaptation individuelle ou collective. Il semblerait que, dans le contexte de leur étude, l'environnement physique et le climat de travail agissaient plutôt comme des sources de stress.

Les regroupements de variables ont été faits à partir d'analyses qui ont révélé une grande stabilité des six facteurs dans le temps. Les échelles utilisées dans le cadre de l'étude de 1990 avaient déjà été décrites et validées dans des études antérieures

(Arsenault et Dolan, 1983a; 1983b). Les coefficients de fidélité de ces échelles vont de 0.67 à 0.85 (coefficient alpha). Une analyse factorielle des variables de stress au travail a été réalisée (Arsenault et coll., 1990) et les résultats sont disponibles à l'annexe 1.

Les facteurs ont ensuite été réaménagés légèrement afin de maintenir plus de cohérence logique et faciliter l'interprétation des résultats. Le lecteur trouvera à l'annexe 2 le tableau décrivant ces regroupements. Le contact avec les patients malades, l'inéquité de la paie, l'insécurité d'emploi et les pressions linguistiques n'avaient pas été retenus car leur profil évolutif entre 1987 et 1988 n'était pas significatif et leur valeur prédictive sur les conséquences était faible.

Les six sources de stress finalement retenues, que nous conservons aussi pour les fins de notre étude, sont: les problèmes de rôles, le manque de valorisation, le contexte de travail, le manque de latitude, la charge de travail et les tâches menaçantes. Ces facteurs représentent les variables indépendantes de notre modèle.

Les variables dépendantes sont les groupes d'intention et les groupes de comportement. Pour chaque variable dépendante, nous retrouvons trois (3) groupes de sujets. Nous avons distingué trois (3) groupes faisant référence aux participantes qui sont restées, qui ont changé d'unité et qui ont quitté l'hôpital.

Variable dépendante GROUPES D'INTENTION :

- 1) les infirmières ayant manifesté un **faible désir de changer d'unité et un faible désir de quitter la profession**
(Faible, faible);
- 2) celles ayant manifesté un **fort désir de changer d'unité et un faible désir de quitter la profession**
(Fort, faible);
- 3) celles ayant manifesté, à la fois, un **fort désir de quitter l'unité et un fort désir de quitter la profession**
(Fort, fort).

Variable dépendante GROUPES DE COMPORTEMENT :

- 1) les infirmières n'ayant pas abandonné leur poste lors de la 2ème phase de l'étude en 1988;

2) celles ayant changé d'unité de soins;

3) enfin, les infirmières ayant quitté l'hôpital.

Pour chacun des groupes de sujets, nous tenterons, à partir des données recueillies en 1987, de découvrir le meilleur prédicteur de l'intention et du comportement et de découvrir des prédicteurs communs de l'intention et du comportement.

Pour notre étude, nous avons décidé d'observer les caractéristiques individuelles des participantes afin de vérifier le caractère potentiellement confondant de ces variables sur les relations entre les facteurs de stress et les variables dépendantes.

A cette fin, six caractéristiques individuelles sont retenues à titre de variables descriptives et ne font pas partie intégrante du modèle conceptuel.

Ces variables sont: l'âge, le sexe, le statut civil, le niveau hiérarchique, le statut d'emploi et l'appartenance à l'unité de soins.

Notre modèle conceptuel est illustré dans la figure suivante.

Variables indépendantes

- Contexte organisationnel
1. Les problèmes de rôles
 2. Le manque de valorisation
 3. Le contexte de travail
 4. Le manque de latitude
 5. La charge de travail
 6. Les tâches menaçantes

Variables dépendantes

Groupes d'intention

1	Faible désir de changer d'unité et de quitter la profession
2	Fort désir de changer d'unité et faible désir de quitter la profession
3	Fort désir de quitter l'unité et la profession

Groupes de comportement

1	Non-abandon du poste
2	Changement d'unité
3	Départ de l'hôpital

P_{sI}

P_{cI+C}

P_{sC}

EGENDE :

- sI : prédicteurs spécifiques de l'intention
- sC : prédicteurs spécifiques du comportement
- cI + C : prédicteurs communs de l'intention et du comportement

3.2. DÉFINITIONS CONCEPTUELLES ET OPÉRATIONNELLES DES FACTEURS

Dans cette section, nous donnerons une description conceptuelle et opérationnelle pour chacune des variables proposées dans notre modèle. Les échelles de mesure utilisées pour chacun des facteurs sont présentées dans le questionnaire à l'annexe 3.

3.2.1. Variables indépendantes Contexte organisationnel

LES PROBLÈMES DE RÔLES

Définition conceptuelle:

Les problèmes liés aux rôles réfèrent à l'ambiguïté de carrière ainsi qu'aux situations où les responsabilités, les objectifs et les tâches sont contradictoires ou ambiguës.

Définition opérationnelle:

Cet indice est construit à partir de la somme de trois échelles de type Likert qui correspondent aux dimensions d'ambiguïté et de conflit de rôles ainsi qu'à la dimension d'ambiguïté de carrière.

L'échelle d'ambiguïté de rôles mesure les situations où les responsabilités et les objectifs sont vaguement définis et où les attentes sont imprévisibles et inconnues.

L'échelle de conflits de rôles mesure les situations durant lesquelles le supérieur, les collègues ou d'autres individus demandent au travailleur de faire des choses contradictoires.

L'échelle d'ambiguïté de carrière mesure le degré d'incertitude quant à l'avenir (promotion, carrière, responsabilités futures).

LE MANQUE DE VALORISATION

Définition conceptuelle:

Ce facteur se rapporte au degré d'appréciation perçu de la part des autres professionnels et des supérieurs hiérarchiques.

Définition opérationnelle:

Le manque de valorisation est constitué d'une seule échelle validée de type Likert. Elle mesure le manque d'appréciation au travail, par les supérieurs, l'administration et les autres professionnels.

LE CONTEXTE DE TRAVAIL

Définition conceptuelle:

Le contexte de travail se rapporte à l'insatisfaction quant au travail d'équipe et à l'environnement physique de travail.

Définition opérationnelle:

Cet indice est constitué de deux échelles de type Likert.

L'échelle d'insatisfaction avec l'environnement physique mesure le degré d'insatisfaction avec l'aménagement physique, l'instrumentation et la température ambiante.

L'échelle d'insatisfaction avec le travail d'équipe mesure l'insatisfaction tant à l'égard des collègues de travail que des supérieurs.

LE MANQUE DE LATITUDE

Définition conceptuelle:

Le manque de latitude professionnelle réfère à la perception de l'employée relative à son manque de participation aux décisions, à la responsabilité restreinte qu'on lui attribue dans son travail, à la faible utilisation de son expérience et de ses compétences, ainsi qu'au peu d'autonomie dont elle dispose dans l'organisation de son travail.

Définition opérationnelle:

Cette indice provient de l'addition de quatres échelles validées de type Likert qui mesurent respectivement les facteurs de stress mentionnés ci-haut et identifiés comme composantes de la latitude professionnelle.

L'échelle de participation mesure jusqu'à quel point l'individu participe aux décisions concernant son travail.

L'échelle de responsabilité mesure jusqu'à quel point l'individu se sent responsable du bien-être des autres ainsi que de la bonne réputation de l'hôpital.

Ces deux dernières échelles ont été inversées et ajoutées aux deux échelles suivantes.

L'échelle de sous-utilisation des habiletés mesure la fréquence des situations dans lesquelles les habiletés liées à l'expérience et aux connaissances sont sous-exploitées.

L'échelle de l'autonomie restreinte mesure la fréquence des situations durant lesquelles l'individu n'est pas libre de décider de l'organisation de son temps de travail et de ses activités quotidiennes.

LA CHARGE DE TRAVAIL

Définition conceptuelle:

Cette source de stress concerne l'ensemble des problèmes liés à la surcharge de travail et à l'instabilité de la charge de travail. Ces problèmes se manifestent en terme de quantité, de concentration et de vitesse d'exécution.

Définition opérationnelle:

Cet indice est constitué de deux échelles validées de type Likert qui mesurent les composantes de la charge de travail, précédemment identifiées.

L'échelle de surcharge de travail mesure la fréquence des situations durant lesquelles l'individu est appelé à travailler très vite et très fort et manque de temps pour tout réaliser.

L'échelle d'instabilité de la charge mesure la fréquence des situations pendant lesquelles la charge de travail, la concentration requise ou la vitesse d'exécution augmentent de façon marquée.

LES TÂCHES MENACANTES

Définition conceptuelle:

Les tâches menaçantes représentent la fréquence des situations d'urgence, la menace que ressent l'individu en raison des tâches trop complexes ou trop difficiles, les contacts avec des gens agressifs et enfin, les risques de contamination.

Définition opérationnelle:

Cet indice est constitué de quatre échelles validées de type Likert, qui correspondent aux quatre composantes des tâches menaçantes, précédemment mentionnées.

L'échelle de décisions urgentes mesure la fréquence des implications lors de situations d'urgence.

L'échelle de tâches menaçantes mesure la fréquence des situations durant lesquelles l'employée se sent menacée par des tâches trop complexes ou trop difficiles.

L'échelle de gens menaçants mesure la fréquence des contacts avec des collègues, patients, ou parents agressifs.

Enfin, l'échelle de risques de contamination mesure la fréquence des situations où on rencontre des risques de contamination bactérienne ou chimique.

3.2.2 Variable dépendante Groupes d'intention

Cette variable origine de deux (2) échelles mesurant le désir de quitter l'unité de soins et le désir de quitter la profession.

LE DÉSIR DE QUITTER L'UNITÉ

Définition conceptuelle:

Le désir de quitter l'unité de soins mesure la volonté de l'individu de changer de poste, tout en demeurant dans l'hôpital.

Définition opérationnelle:

Le désir de quitter l'unité de travail a été mesuré à partir d'une échelle contenant quatre questions pondérées avec des choix de 1 à 6.

LE DÉsir DE QUITTER LA PROFESSION

Définition conceptuelle:

Le désir de quitter la profession mesure la volonté qu'a l'individu de changer de type ou de catégorie d'emploi.

Définition opérationnelle:

Le désir de quitter la profession a été mesuré à partir d'une échelle contenant quatre questions pondérées avec des choix de 1 à 6.

Ces deux échelles originent de celle, plus grande, proposée par Beehr et King⁽¹⁾. Leur échelle comporte trois dimensions, l'implication dans le travail, le désir de quitter la profession et le désir de quitter l'unité de travail. Nous avons retenu pour notre étude les deux derniers facteurs.

Vous trouverez, à l'annexe 4, la matrice de corrélation des variables à l'étude.

(1) Beehr et King dans: Kim, J.S. et Ford, J.D. Proceedings of the 29th Annual Conference of the midwest Academy of Management. Columbus OH. The Ohio State University, 1986, pp. 33-37.

LES TROIS GROUPE D'INTENTION

Le choix des individus pour créer les trois (3) groupes d'intention a été fait en fonction de trouver une équivalence aux trois (3) groupes de comportement. (voir figure I).

Les échelles mesurant le désir de quitter l'unité de soins et le désir de quitter la profession ont été divisées en trois (3) sections. Nous avons conservé les tiers inférieurs et supérieurs sur chaque échelle, représentant respectivement un faible ou fort désir de quitter l'unité ou la profession, pour constituer nos trois groupes d'intention.

Division de l'échelle du désir de quitter l'unité:

Faible désir = les valeurs de 0 à 8 sur l'échelle totalisant 384 sujets ou 33.1% de la population.

Désir modéré = les valeurs de 9 à 12 sur l'échelle, totalisant 411 sujets ou 35.4% de la population

Fort désir = les valeurs supérieures à 12, pour un total de 366 sujets ou 31.5% de la population.

Division de l'échelle du désir de quitter la profession:

Faible désir = les valeurs de 0 à 9 sur l'échelle totalisant 421 sujets ou 36.3% de la population.

Désir modéré = les valeurs de 10 à 14 sur l'échelle totalisant 357 sujets ou 30.7% de la population.

Fort désir = les valeurs supérieures à 14, pour un total de 383 sujets ou 33% de la population.

Groupe d'intention 1:

Composé des sujets ayant manifesté un faible désir sur les deux (2) échelles. Dans notre étude, on considère que ce groupe représente les participantes souhaitant demeurer dans leur emploi à l'hôpital.
N = 220

Groupe d'intention 2:

Composé des participantes ayant manifesté un fort désir de changer d'unité et un faible désir de quitter la profession. Nous voulions ainsi tenter d'isoler ce groupe de celui souhaitant quitter l'hôpital. N = 60

Groupe d'intention 3:

Composé des sujets ayant manifesté à la fois, un fort désir de quitter l'unité et la profession.

Il apparaît difficile pour un individu de vouloir quitter la profession sans vouloir quitter l'unité. C'est pourquoi nous avons fait cette combinaison pour constituer le troisième groupe.

N = 190

La répartition des participantes selon ces trois (3) groupes d'intention est présentée au tableau I.

TABLEAU I

Répartition des participantes selon les
trois groupes d'intention

Intention de
quitter la
profession

Intention de changer d'unité

	FAIBLE	MODÉRÉ	FORT	TOTAL
FAIBLE	220	141	60	421
MODÉRÉ	88	153	116	357
FORT	76	117	190	383
TOTAL	384	411	366	1161

3.2.3 Variable dépendante Groupes de comportement

De la population originale (N=1161), nous avons sélectionné trois groupes de participantes (N=469). Les trois groupes de comportement de notre échantillon sont les suivants:

Groupe de comportement 1:

Composé des participantes n'ayant pas abandonné leur poste lors de la relance de 1988 (N = 387). Ce groupe représente 82.5% de notre échantillon, comparativement à 82.2% de la population originale.

Groupe de comportement 2:

Composé des infirmières ayant changé de département de soins tout en demeurant dans l'hôpital (N = 58). Ce groupe correspond à 12.3% de notre échantillon, comparativement à 11.0% de la population originale.

Groupe de comportement 3:

Composé des participantes ayant quitté l'hôpital. Dans notre études, nous assimilons les départs de l'hôpital à l'abandon de la profession tout en reconnaissant les limites d'une telle présomption. Nous n'avons aucune information sur le devenir des infirmières ayant quitté l'hôpital (N = 25). Ce groupe représente 5.3% de notre échantillon comparativement à 6.7% de la population originale.

3.2.4. Variables descriptives

Pour vérifier le caractère potentiellement confondant des variables individuelles sur les relations entre les facteurs de stress et les variables dépendantes, nous avons retenu six caractéristiques individuelles à titre de variables descriptives. Ces variables sont l'âge, le sexe, le statut civil, le niveau hiérarchique, le statut d'emploi et l'unité de travail.

L'âge est réparti en trois catégories soit, les 19 à 30 ans, les 31 à 45 ans, et les 46 à 65 ans.

Le sexe est évidemment représenté par deux catégories selon que le sujet soit une femme ou un homme.

Le statut civil est constitué de quatre catégories: les sujets mariés, célibataires, divorcés ou séparés.

Le niveau hiérarchique est divisé en trois sous-groupes: les infirmières-cadres, les infirmières et les auxiliaires.

Le statut d'emploi est représenté par deux catégories soit, les employées à temps plein et à temps partiel.

Enfin, l'unité de travail se compose de deux catégories: les soins intensifs et les salles d'urgence.

Vous trouverez les moyennes, les écarts-types et l'étendue des variables à l'étude au tableau II.

TABLEAU II

Moyennes, écarts-types et étendues des variables à l'étude

Variable	Moyenne	Écart-type	Valeur minimale	Valeur maximale
Problèmes de rôles	22.9	5.4	10	47
Manque de valorisation	10.6	2.8	4	16
Contexte de travail	15.5	3.2	7	27
Manque de latitude	39.9	8.6	15	65
Charge de travail	26.4	4.0	11	32
Tâches menaçantes	20.9	5.4	10	40
Age	25.0	8.0	20	65
Désir de quitter la profession	12.0	5.3	4	24
Désir de quitter l'unité	10.4	4.1	4	24

3.3 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

A la lumière des recherches effectuées dans le domaine du stress au travail et en nous basant particulièrement sur les résultats obtenus par Arsenault et coll. (1990), nous pouvons émettre certaines hypothèses concernant les relations entre les sources de stress organisationnelles et l'intention d'une part, et le comportement d'autre part, de mobilité interne et de roulement du personnel.

3.3.1 1ère hypothèse

Selon l'hypothèse nulle, les facteurs organisationnels ne permettront pas de discriminer de façon efficace l'appartenance à chacun des groupes la variable intention.

L'hypothèse de recherche, si retenue, confirmera que l'intention de quitter est significativement représentée à travers les facteurs organisationnels mesurés.

3.3.2 2ème_hypothèse

Selon l'hypothèse nulle, les facteurs organisationnels ne permettront pas de discriminer de façon efficace l'appartenance à chacun des groupes pour la variable comportement.

L'hypothèse de recherche, si retenue, confirmera que le passage à l'acte (le comportement) est significativement représenté à travers les facteurs organisationnels mesurés.

3.3.3 3ème_hypothèse

La troisième hypothèse est secondaire et conditionnelle à la confirmation des deux premières hypothèses de recherche, à savoir qu'il peut exister des prédicteurs communs de l'organisation du travail autant pour l'intention que pour le comportement.

Dans la prochaine section, nous décrirons la méthodologie adoptée pour notre étude.

4. MÉTHODOLOGIE

4. MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous présenterons l'échantillon retenu dans notre étude. Nous discuterons aussi des tests statistiques qui nous ont permis de confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.

4.1 COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON À L'ÉTUDE À PARTIR DE LA POPULATION ORIGINALE.

Rappelons que notre étude a été réalisée à partir d'une banque de données déjà existante. Parmi une quarantaine de centres hospitaliers de soins de courte durée qui avaient accepté de participer à l'étude de Arsenault et coll. (1990), 30 avaient été choisis au hasard lors de la première phase de l'étude à l'automne 1987. Ces hôpitaux étaient répartis dans toutes les régions du Québec. On trouvera à l'annexe 5 la liste des centres hospitaliers participants. La méthode collecte des données pour l'étude initiale est présentée à l'annexe 6.

La population originale lors de la première phase de l'étude comprenait 1410 sujets travaillant dans les milieux des salles d'urgence et des soins intensifs.

Pour les fins de notre étude, nous éliminerons de cette population originale, les participantes qui étaient en congé prolongé lors de la relance de 1988 soit, les congés avec ou sans solde, les congés de maladie et les congés de maternité. En effet, ces types d'absence ne sont pas compris dans le taux de roulement du personnel.

Vous trouverez à l'annexe 7 les caractéristiques individuelles de la population originale. La répartition des participantes selon les présences et les divers congés en 1988 est présentée à l'annexe 8.

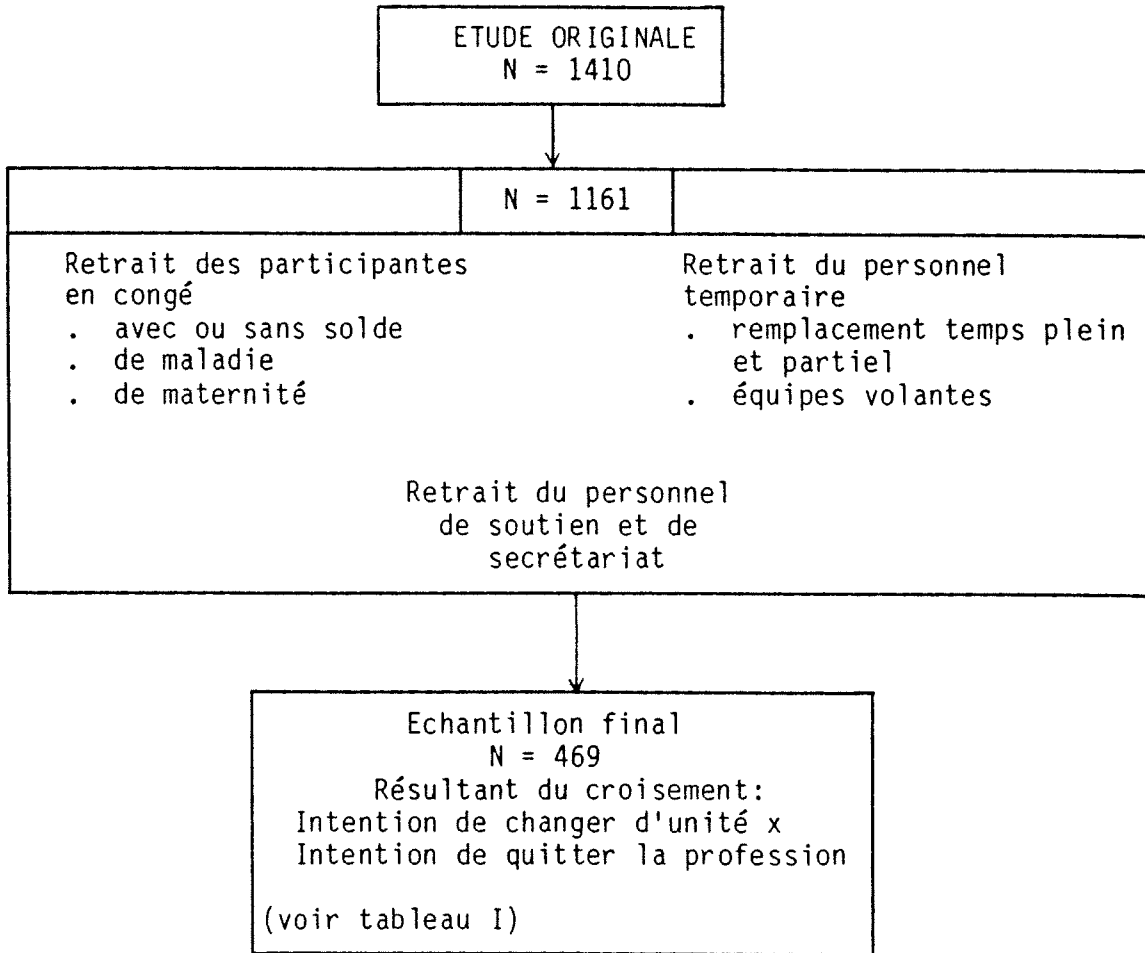
De la population originale, nous supprimons aussi le personnel temporaire soit, les travailleuses remplaçantes à temps plein et partiel, les employés occasionnelles à temps partiel et le personnel des équipes volantes, pour ne conserver que le personnel permanent, régulier temps plein et régulier temps partiel. Enfin, les postes de secrétaire et personnel de soutien ont été retirés pour conserver une population homogène. L'élimination de ces cas totalisent 249 sujets, portant l'échantillon à 1161 participantes. Cette population "mère" de notre échantillon est décrite à l'annexe 9.

Enfin, après avoir construit nos trois groupes d'intention et réparti les participantes selon leur intention de changer d'unité et de quitter la profession, l'échantillon de notre étude se compose finalement de 469 sujets (voir tableau I).

La figure qui suit résume les différentes étapes d'élimination des cas de la population originale pour arriver à notre échantillon final.

FIGURE 2

Résumé des étapes d'élimination des sujets de la population originale jusqu'à l'échantillon final



Le tableau III présente les caractéristiques des participantes de notre étude.

TABLEAU III

Caractéristiques des participantes composant l'échantillon à l'étude

Total = 470*

		n	%
<u>Age</u> :	19 - 30 ans	113	24.09
	31 - 45 ans	304	64.8
	46 - 65 ans	52	11.08
<u>Sexe</u> :	Homme	73	15.56
	Femme	397	84.64
<u>Statut civil</u> :	Marié	310	66.09
	Célibataire	117	24.94
	Divorcé/séparé	39	8.31
	Veuf	4	0.85
<u>Niveau hiérarchique</u> :	Infirmière-cadre	76	16.20
	Infirmière	341	72.70
	Infirmière-auxiliaire	53	11.30
<u>Statut d'emploi</u> :	Temps plein	241	51.38
	Temps partiel	229	48.82
<u>Unité de travail</u> :	Soins intensifs	214	45.62
	Salles d'urgence	255	54.37
<u>Intention</u> :	Demeurer en poste	220	46.90
	Changer d'unité	60	12.79
	Quitter l'hôpital	190	40.51
<u>Comportement</u> :	Demeurer en poste	387	82.51
	Quitter l'unité	58	12.36
	Quitter l'hôpital	25	5.33

* Lors des analyses statistiques, une donnée était absente pour certaines caractéristiques, expliquant ainsi un total de 469 au lieu de 470.

En observant le tableau III, on constate que les infirmières composent la plus importante catégorie des effectifs. La grande majorité est mariée et est âgée entre 31 et 45 ans. La répartition des sujets travaillant à temps plein et à temps partiel est à peu près équivalente, de même que leur distribution dans les unités de soins.

4.2 TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNÉES

Le programme BMDP (version 1988) a été utilisé pour l'ensemble de nos analyses statistiques.

L'analyse discriminante a permis de vérifier l'existence ou non d'une combinaison linéaire des facteurs organisationnels permettant de discriminer efficacement l'appartenance à chacun des trois groupes tant pour l'intention que pour le comportement.

A titre exploratoire, nous avons effectué des analyses de χ^2 pour vérifier le lien entre l'intention et le comportement.

Afin de vérifier le caractère potentiellement confondant des variables individuelles dans l'appartenance aux trois groupes d'intention et de comportement, nous avons fait une analyse de χ^2 entre les caractéristiques individuelles et les variables dépendantes. Suite aux résultats de cette analyse, nous avons refait une analyse discriminante avec certaines variables individuelles pour vérifier si la structure de prédiction des facteurs organisationnels s'en trouvait modifiée.

Dans la section suivante, nous présenterons les résultats de notre étude.

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette section est divisée en deux parties. La première concerne la vérification statistique de nos hypothèses de recherche. La seconde partie présente les résultats d'analyses réalisées à titre exploratoire en raison des informations recueillies lors des tests d'hypothèses et du test de χ^2 sur l'échantillon à l'étude. La décision d'effectuer ces analyses exploratoires sera motivée dans la seconde partie de la présente section.

5.1 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

5.1.1 Prédiction de l'intention

Nous avons d'abord effectué une analyse pour vérifier le pouvoir discriminant des six facteurs organisationnels sur la variable dépendante Intention.

La première hypothèse est confirmée, mais en partie seulement. En effet, l'analyse discriminante a permis d'isoler uniquement le troisième groupe d'intention des deux autres groupes.

Si les groupes avaient été répartis au hasard, les pourcentages de classification correcte auraient été répartis également dans chaque cellule en proportion de leur représentation respective dans l'échantillon à l'étude. Tel que le montre le tableau IV, on a réussi à prédire l'appartenance au groupe désirant quitter à la fois l'unité et la profession dans une proportion de 68.8%. On remarque aussi que des 220 sujets du groupe ayant un faible désir de changer d'unité et de profession, 53.2% ont été classifiés correctement. Globalement, les sujets ont été classifiés correctement dans une proportion de 58.0%.

TABLEAU IV

Prédiction de l'appartenance aux trois groupes d'intention

Groupes d'intention	Classification correcte (%)
Faible désir de changer d'unité et de profession	53.2
Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession	41.7
Fort désir de changer d'unité et de quitter la profession	68.8
TOTAL	58.0

Nombre de cas classifiés correctement

Groupes d'intention	Groupes prévus par la classification			TOTAL
	Faible désir de changer d'unité et de profession	Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession	Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession	
Faible désir de changer d'unité et de profession	117	59	44	220
Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession	21	25	14	60
Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession	34	25	130	189
TOTAL	172	109	188	469

Cette discrimination du troisième groupe d'intention est rendue possible par l'influence de quatre facteurs organisationnels qui sont, par ordre d'importance de leur contribution à la valeur prédictive de la variable canonique : les problèmes de rôles ($F = 18.9$), le manque de valorisation ($F = 10.5$), le manque de latitude ($F = 6.5$) et enfin, les tâches menaçantes ($F = 4.7$). Le contexte de travail ainsi que la charge de travail qui représentent les deux autres facteurs organisationnels à l'étude, ne permettent pas de discriminer l'appartenance à aucun des groupes d'intention. Les tableaux V et VI présentent les résultats de l'analyse discriminante.

TABLEAU V

Moyennes de la valeur des variables pour chaque groupe d'intention

Variables	Faible désir de changer d'unité et de profession	Fort désir de changer d'unité faible désir de changer de profession	Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession	TOTAL
Problèmes de rôles	20.0	21.1	25.8	22.5
Manque de valorisation	9.4	9.3	11.8	10.4
Manque de latitude	36.8	38.9	42.8	39.5
Tâches menaçantes	19.4	19.6	22.9	20.9
Charge de travail	25.6	26.0	27.3	26.4
Contexte de travail	14.2	15.0	16.5	15.2

TABLEAU VI

Valeur de F* à l'entrée et après stabilisation du modèle
pour chaque prédicteur sur la variable INTENTION

Variabiles sources	Valeur de F à l'entrée du modèle	Valeur de F après stabilisation du modèle
Problèmes de rôles	72.5	18.9
Manque de valorisation	13.7	10.5
Manque de latitude	5.9	6.5
Tâches menaçantes	4.7	4.7

* Les variables dont le F à l'entrée est < 4.0 sont exclues.

Une première observation des moyennes de la valeur des variables (Tableau V) nous permet de constater des écarts entre les groupes d'intention principalement en regard des problèmes de rôles, du manque de latitude et des tâches menaçantes. On constate ensuite, au tableau VI, que la tendance des écarts est significative puisque ces mêmes facteurs et le manque de valorisation contribuent à la valeur prédictive de la variable canonique.

On trouvera à l'annexe II la représentation graphique des écarts entre les groupes d'intention.

5.1.2 Prédiction du comportement

La seconde hypothèse de recherche ne se vérifie aucunement. L'analyse discriminante n'a permis d'isoler aucun des groupes de comportement. Aucun des prédicteurs n'a atteint le seuil critique pour construire une variable canonique. Le tableau VII présente les moyennes de la valeur des variables pour les groupes d'intention.

TABLEAU VII

Moyennes de la valeur des variables pour chaque groupe de comportement

Variables	Demeuré en poste	Changé de département	Quitté hôpital	TOTAL
Problèmes de rôles	22.4	21.2	23.4	22.5
Manque de valorisation	10.3	10.3	10.7	10.4
Manque de latitude	39.3	42.0	39.2	39.5
Tâches menaçantes	20.8	20.7	21.3	20.9
Charge de travail	26.4	25.6	26.4	26.4
Contexte de travail	15.3	14.3	15.1	15.2

En observant ce tableau, on constate que les écarts entre les groupes sont faibles.

Ceci est confirmé par les résultats de l'analyse discriminante.

Le tableau VIII présente une comparaison de la valeur des facteurs organisationnels qui se sont révélés significatifs lors de la vérification de la première hypothèse avec leur valeur pour la seconde hypothèse.

TABLEAU VIII

Résultats de l'analyse discriminante sur la variable INTENTION et sur la variable COMPORTEMENT

Variables sources	Valeur de F des variables sources à l'entrée du modèle	
	Hypothèse 1 INTENTION	Hypothèse 2 COMPORTEMENT
Problèmes de rôles	72.5	1.7
Manque de valorisation	13.7	0.4
Manque de latitude	5.9	3.5
Tâches menaçantes	4.7	0.8

On constate donc qu'aucun prédicteur de l'intention n'apparaît comme étant aussi prédicteur du comportement. On note cependant que le manque de latitude professionnelle aurait tendance à exercer une influence à la fois sur l'intention et le comportement ($F = 5.9$ pour l'intention et $F = 3.5$ pour le comportement, tableau VIII). Toutefois, cette tendance n'est pas significative.

5.1.3 Prédicteurs communs de l'intention et du comportement

Notre troisième hypothèse de recherche n'est donc pas confirmée. Nos résultats ne démontrent pas l'existence de prédicteurs communs de l'organisation du travail autant pour l'intention que le comportement. En effet, nous avons obtenu uniquement des prédicteurs spécifiques de l'intention.

5.2 RÉSULTATS OBTENUS AUX TESTS EXPLORATOIRES

5.2.1 Relation entre l'intention et le comportement

Bien que des prédicteurs communs de l'intention et du comportement ne se soient pas révélés, nous avons tout de même voulu vérifier si l'intention s'avérait un bon prédicteur du comportement, comme la littérature le rapporte.

Nous avons donc effectué, à titre exploratoire, une analyse de χ^2 pour vérifier le lien entre l'intention et le comportement.

Le tableau IX présente les résultats de l'analyse confirmant un lien significatif entre l'intention et le comportement ($\chi^2 = 21.5$, $p=0.0002$).

TABLEAU IX

Résultats de l'analyse de χ^2 démontrant le lien entre l'intention et le comportement

<u>Comportement</u>	<u>Intention</u>			TOTAL
	Faible désir de changer d'unité et de profession (1)	Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession	Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession	
Non-abandon du poste	198 (181.1)	48 (49.4)	141 (156.4)	387
Changement d'unité	15 (27.1)	11 (7.4)	32 (23.4)	58
Départ de l'hôpital	7 (11.7)	1 (3.2)	17 (10.1)	25
TOTAL	220	60	190	470

$\chi^2 = 21.532$

$p = 0.0002$

(1)

Valeur observée	(Valeur attendue)
-----------------	-------------------

Contributions au chi²

Comportement

Intention

	Faible désir de changer d'unité et de profession	Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession	Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession	TOTAL
Non-abandon du poste	1.6	0.0	1.5	3.1
Changement d'unité	5.4	1.7	3.1	10.3
Quitté l'hôpital	1.9	1.5	4.7	8.1
TOTAL	8.9	3.3	9.3	21.5

On note que les sujets du groupe désirant fortement quitter à la fois l'unité et la profession et ayant effectivement quitté l'hôpital est excessif par rapport à la valeur attendue (o/a = 170%), ce qui contribue pour une valeur de 4.7 au chi² total. On remarque aussi que les sujets de ce même groupe ont changé d'unité plus que prévu (o/a = 136%), ce qui contribue pour 3.1 au chi² total. Donc, l'intention du groupe désirant fortement quitter l'unité et l'hôpital alimente une mobilité excessive autant interne qu'externe.

Par ailleurs, le groupe présentant un faible désir de quitter à la fois l'unité et la profession quitte peu l'hôpital mais aussi, change rarement d'unité (o/a = 53.3%), ce qui contribue pour une valeur de 6.4 au χ^2 total.

On constate donc un lien entre l'intention et le comportement et cette relation se vérifie particulièrement entre certains groupes. En effet, le groupe ayant un fort désir de quitter à la fois l'unité et la profession (fort, fort) présente à la fois une mobilité externe significative mais aussi, un excès de mobilité interne. Par ailleurs, le groupe désirant faiblement quitter l'unité et la profession (faible, faible) présente une mobilité externe plus faible qu'attendue mais surtout, une mobilité interne beaucoup plus faible que prévue.

5.2.2 L'âge, le sexe, l'intention et le comportement

Une analyse de χ^2 effectuée en début d'étude à partir de notre échantillon (N=470), avait révélé une relation significative à la fois entre l'âge et l'intention et entre l'âge et le comportement. La propension à demeurer en emploi s'avérait deux fois plus grande chez les infirmières plus âgées.

Par ailleurs, le désir de quitter l'unité et la profession est apparu plus élevé chez les jeunes, allant de pair avec une plus faible propension à demeurer en poste. De plus, au niveau du comportement, on a constaté davantage de mobilité interne et externe chez les jeunes et beaucoup moins chez les infirmières âgées.

Les résultats de ce même χ^2 ont aussi révélé une relation significative entre le sexe et l'intention. Le désir de quitter l'unité et la profession est plus important chez les hommes. Cette tendance va de pair avec un désir de stabilité beaucoup plus faible chez les hommes comparativement aux femmes.

Le tableau X représente les résultats de l'analyse de χ^2 entre les variables socio-démographiques et les variables dépendantes.

TABLEAU X

Résultats de l'analyse de χ^2 entre les variables socio-démographiques et les variables dépendantes

Variables socio-démographiques	Intention		Comportement	
	χ^2	p	χ^2	p
Age	17.4	0.001	14.5	0.005
Sexe	18.7	0.001	0.5	0.773
Statut civil	3.8	0.706	8.2	0.220
Niveau hiérarchique	2.5	0.636	5.0	0.283
Statut d'emploi	3.5	0.173	0.1	0.934
Unité de travail	2.9	0.230	4.9	0.086

Pour s'assurer que le pouvoir discriminant des facteurs organisationnels sur l'appartenance aux trois groupes de la variable INTENTION n'était pas confondu avec l'influence de l'âge, nous avons refait une analyse discriminante en incluant l'âge comme variable prédictive. Les résultats obtenus confirment le pouvoir discriminant des mêmes facteurs organisationnels que dans l'analyse précédente. La variable âge n'est pas apparue discriminante de l'appartenance aux trois groupes d'intention.

Pour les mêmes raisons, nous avons aussi refait des analyses discriminantes qui tiennent compte du sexe. Contrairement à l'âge, le sexe est une variable

catégorique, nous ne pouvions donc pas l'inclure comme variable prédictive dans l'analyse discriminante. Nous avons donc refait une analyse discriminante avec les six facteurs organisationnels sur la variable intention pour les hommes et une seconde pour les femmes.

Cette fois, seul le pouvoir discriminant des problèmes de rôles est alors ressorti à la fois pour les hommes et les femmes et le manque de valorisation n'est ressorti que pour les femmes. De plus, les valeurs de F pour ces variables sont plus faibles que dans l'analyse discriminante qui considère l'échantillon au complet. Notre capacité prédictive de l'intention est donc meilleure lorsqu'on prend tout l'échantillon plutôt que de le séparer en deux groupes selon le sexe.

Le tableau XI illustre la valeur des facteurs organisationnels lors de la première analyse discriminante et les compare à leur valeur pour les autres analyses discriminantes effectuées.

TABLEAU XI

Valeur de F après stabilisation du modèle
pour chaque prédicteur sur la variable INTENTION

Variables organisationnelles	Analyses discriminantes			
	Excluant l'âge	Incluant l'âge	Hommes N=73	Femmes N=397
Problèmes de rôles	72.5	72.0	15.5	53.8
Manque de valorisation	41.4	41.2	---	32.9
Manque de latitude	28.9	29.7	---	---
Tâches menaçantes	23.8	23.6	---	---

Pour conclure cette section, il peut être intéressant de comparer notre modèle initial de recherche avec le nouveau modèle qui se dégage suite aux résultats obtenus aux analyses statistiques. La figure qui suit illustre ces deux modèles. Dans la prochaine section, nous analyserons et discuterons des résultats de notre étude.

FIGURE 3

MODÈLE INITIAL

VARIABLES INDÉPENDANTES

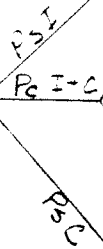
Contexte organisationnel

- 1. Les problèmes de rôles
- 2. Le manque de valorisation
- 3. Le contexte de travail
- 4. Le manque de latitude
- 5. La charge de travail
- 6. Les tâches menaçantes

VARIABLES DÉPENDANTES

- Groupes d'Intention
- 1. Faible désir de changer d'unité et de profession
 - 2. Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession
 - 3. Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession

- Groupes de comportement
- 1. Non-abandon du poste
 - 2. Changement d'unité
 - 3. Départ de l'hôpital



MODÈLE FINAL

VARIABLES INDÉPENDANTES

Contexte organisationnel

- 1. Les problèmes de rôles
- 2. Le manque de valorisation
- 3. Le manque de latitude
- 4. Les tâches menaçantes

VARIABLES DÉPENDANTES

- Groupes d'intention
- 1. Faible désir de changer d'unité et de profession
 - 2. Fort désir de changer d'unité et faible désir de changer de profession
 - 3. Fort désir de quitter l'unité et de quitter la profession

- Groupes de comportement
- 1. Non-abandon du poste
 - 2. Changement d'unité
 - 3. Départ de l'hôpital



LEGENDE :

- $P_S I$: prédicteurs spécifiques de l'intention
- $P_S C$: prédicteurs spécifiques du comportement
- $P_C I + C$: prédicteurs communs de l'intention et du comportement

6. DISCUSSION

6. DISCUSSION

L'objectif de ce chapitre est d'analyser les résultats présentés à la section précédente, de les comparer à ceux obtenus dans les études antérieures et d'en dégager des implications pour des projets d'intervention ou des recherches futures.

Nous traiterons d'abord de l'absence de pouvoir discriminant des facteurs organisationnels sur le comportement. Nous commenterons ensuite la relation constatée entre l'intention et le comportement. Nous nous attarderons plus longuement au rôle des facteurs organisationnels comme prédicteurs de l'intention de quitter. A la lumière de nos résultats, nous proposerons des pistes en matière de prévention. Enfin, nous discuterons de la mobilité interne.

6.1 LES FACTEURS ORGANISATIONNELS ET LE COMPORTEMENT

Nos résultats ne permettent pas de mettre en évidence des liens entre les facteurs organisationnels et le roulement. L'analyse discriminante n'a permis d'isoler aucun des groupes de comportement à partir des facteurs organisationnels (Tableau VIII).

Bien que surprenant à première vue, ce résultat ne s'oppose pas aux constatations faites dans les études antérieures. En effet les sources de stress organisationnel ont davantage été étudiées en relation avec le désir de quitter qu'avec la concrétisation de l'intention soit, le départ comme tel. Par ailleurs, après révision de la littérature, on constate que les études s'étant intéressées particulièrement au roulement ont été réalisées auprès de populations diverses et dans des contextes organisationnels souvent éloignés du milieu hospitalier. Sans avoir procédé à des analyses statistiques poussées permettant de vérifier la force prédictive des sources de stress organisationnel sur le roulement, des corrélations entre les variables ont quand même été rapportées. Les problèmes de rôles, la surcharge de travail, l'autonomie au travail et le manque de responsabilités ont fait l'objet d'une telle constatation (Hay et Oken, 1982; Humphrey et Humphrey, 1981; Raynes et coll., 1979; Walter et Roach, 1973).

Nos résultats permettent plutôt de supposer une relation indirecte entre les facteurs organisationnels et le comportement. L'intention agissant comme intermédiaire, il semblerait qu'il faille passer par cette étape pour ensuite arriver au comportement. Ceci expliquerait l'absence de lien

direct, entre les facteurs organisationnels et le comportement, constatée dans nos analyses.

De nombreux facteurs autres que ceux retenus dans notre étude auraient pu être considérés en relation avec le roulement. Rappelons cependant que l'étude de Arsenault et coll. (1990), de laquelle origine la présente recherche, n'avait pas pour objectif initial de mesurer le roulement. Nous avons utilisé les mêmes variables, comprises dans leur banque de données.

Il se pourrait fort bien que d'autres facteurs, que nous n'avons pas cherché à mesurer, pèsent autant que les sources de stress organisationnelles lorsque l'infirmière évalue la perspective de quitter son emploi.

On pourrait penser, par exemple, que des causes externes à l'organisation, telles une conjoncture économique et un marché du travail favorables puissent inciter un employé à s'engager dans la recherche d'un autre emploi plus rémunérateur ou mieux approprié à ses capacités. A l'inverse, des conditions économiques défavorables inciteraient un individu à demeurer dans son emploi. Mais, durant la période où l'étude a été faite, on ne peut croire que cela se soit produit car en dépit

d'un taux de chômage élevé, les infirmières ont quand même quitté leur emploi dans une forte proportion.

Dans notre étude, nous avons considéré des facteurs qui entraînent de l'insatisfaction et des frustrations chez les infirmières, les incitant à quitter leur travail. L'attraction que peuvent exercer d'autres professions ne faisait pas partie du cadre de notre recherche. Il se pourrait fort bien que l'infirmière envisage de réorienter complètement sa vie professionnelle lorsqu'elle entrevoit d'autres possibilités de carrière très attrayantes, offrant de meilleures conditions de travail et des défis qu'elle ne retrouve pas dans sa profession actuelle.

D'autres variables telles que les responsabilités familiales peuvent exercer une influence déterminante dans la décision que prend l'infirmière de quitter son emploi. La perspective qui s'offre aux jeunes infirmières de travailler plusieurs années de nuit ou selon un horaire rotatif, sur appel de surcroît, avant d'obtenir un poste de jour, régulier peut les amener à considérer sérieusement un nouveau choix de carrière. Elles pourraient souhaiter occuper un emploi qui leur permette plus aisément de combiner leurs responsabilités familiales et professionnelles.

6.2. LA RELATION ENTRE L'INTENTION ET LE COMPORTEMENT

Bien qu'aucun prédicteur de l'intention ne soit apparu comme prédicteur du comportement, nous avons tout de même constaté que l'intention s'avérait un excellent prédicteur du comportement, comme l'analyse de χ^2 a pu le révéler (Tableau IX). Cette conclusion correspond tout à fait à ce que rapporte la documentation scientifique (Arnold et Feldman, 1982; Friss, 1982, Kemery et coll., 1987; Krau, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Michael et Spector, 1982; Miller et coll., 1979; Motowildo, 1983; Newman, 1974). Dans notre étude, certains facteurs organisationnels se sont révélés de très bons prédicteurs de l'intention de quitter. Il semblerait que le stress organisationnel perçu par l'individu doive traverser une période "d'incubation" ou de latence, avant de l'amener à concrétiser son désir et quitter. Ainsi, on pourrait considérer l'intention de quitter comme une étape intermédiaire entre le stress organisationnel perçu par l'employé et la manifestation de cette intention soit, le départ.

Nous avons déjà mentionné que l'aspect préventif constitue l'intérêt ultime de notre recherche. Bien que nous n'ayons pas découvert de prédicteurs communs de l'intention et du comporte-

ment, le rôle déterminant de l'intention sur le comportement nous indique que des efforts d'amélioration doivent être consacrés au contexte organisationnel dans lequel évolue l'infirmière pour agir au stade intentionnel, avant qu'elle ne concrétise son désir et ne quitte.

6.3 LES FACTEURS ORGANISATIONNELS ET L'INTENTION

Notre première hypothèse de recherche a été confirmée en partie. En effet, quatre facteurs organisationnels permettent de discriminer significativement l'appartenance à un seul groupe de la variable intention, soit celui désirant quitter à la fois l'unité et la profession (fort, fort). Ces facteurs sont, par ordre d'importance de leur valeur discriminante, les problèmes de rôles, le manque de valorisation, le manque de latitude et les tâches menaçantes (Tableau VI).

Signalons toutefois que les deux autres groupes soit, celui constitué du faible désir de quitter l'unité et la profession (faible, faible) et celui composé du fort désir de quitter l'unité et faible désir de quitter l'hôpital (fort, faible) ont quand même été classifiés correctement dans une proportion de 53.2% pour le premier groupe et de 41.7% pour le second (Tableau IV). Il est donc plus facile de discriminer le groupe "fort, fort" du reste de l'échantillon que de distinguer spécifiquement le groupe "fort, fort" du groupe "fort, faible".

Cette capacité relative de discrimination pourrait possiblement être attribuable davantage à la façon dont nous avons constitué nos groupes d'intention qu'à la valeur des facteurs organisationnels comme prédicteurs. En effet, il est difficile d'isoler le deuxième groupe d'intention car les désirs sont liés ($\chi^2 = 163.04, p = .000$). Il est impossible de vouloir quitter la profession sans quitter l'unité et même si l'inverse est possible, le problème de sémantique dans la construction de l'échelle interfère sans doute dans le pouvoir de discrimination. Il faut se rappeler que la composition des groupes d'intention a été faite à posteriori, pour trouver une correspondance, la plus logique possible, aux trois groupes de comportement. Cette construction des groupes comporte des limites qui ne favorisent pas la distinction entre les deux groupes d'intention.

De plus, on constate que le premier groupe d'intention (faible, faible) s'isole moins des deux autres. Rappelons que l'échelle utilisée mesurait le désir de quitter et non le désir de rester. Encore ici, la construction à posteriori de ce groupe d'intention pour trouver une correspondance au groupe de comportement (demeuré en poste) peut rendre la discrimination difficile.

Abordons maintenant le rôle des facteurs organisationnels comme prédicteurs de l'intention de quitter et discutons des implications que ces relations engendrent.

6.3.1. Les problèmes de rôles et le manque de valorisation

Tenus responsables de plusieurs conséquences dysfonctionnelles, les problèmes de rôles occupent une place importante dans plusieurs études récentes (Harris, 1989a; Fimian, 1988; Scalzi, 1988; Revicki et coll., 1989). De façon générale, dans la littérature, on rapporte une relation positive entre l'ambiguïté et les conflits de rôles avec le désir de quitter (Bedeian et Armenakis, 1981; Constable et Russel, 1986; Firth et coll., 1987; Hay et Oken, 1982; Kemery et coll., 1985 et 1987). Ces résultats viennent soutenir nos propres conclusions quant à l'influence des problèmes de rôles sur le désir de quitter à la fois l'unité et la profession.

Le manque de valorisation est le second facteur dans notre étude, permettant de prédire le désir de quitter à la fois l'unité et la profession. Ce résultat est en accord avec la documentation traitant de la sous-valorisation du rôle des infirmières. Le Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec notait dans son rapport (1987), que le problème de sous-valorisation était source de frustration chez le personnel et qu'il serait responsable, en partie, des difficultés de recrutement et de rétention des infirmières.

Rappelons que les résultats de l'étude de Arsenault et coll. (1990) reflétaient une tendance générale à la détérioration du climat de travail qui s'est manifestée par une augmentation significative de l'insatisfaction et du désir de quitter la profession. Les problèmes de rôles et le manque de valorisation s'avéraient alors de 18 à 35 fois plus problématiques que les quatre autres sources de stress liées à l'organisation du travail qui avaient été mesurées.

Après le dépôt du rapport faisant suite à cette recherche, trois journées d'étude ont été tenues avec des représentants des hôpitaux participants. Les échanges ont permis de constater que les problèmes de rôles et la sous-valorisation de l'équipe soignante touchaient les difficultés de communication avec les collègues, les médecins et les supérieurs (Arsenault et Van Ameringen, 1991). Ces difficultés ne peuvent être dissociées des assignations formelles et informelles de rôles qui sont souvent ambiguës et conflictuelles.

Ces constatations rejoignent celles de Revecki et coll. (1989) qui, ayant étudié la perception du stress chez les infirmières en milieu hospitalier, concluent que ce stress est en partie le résultat de la structure organisationnelle qui place le

personnel infirmier dans des situations conflictuelles et ambiguës. La dualité de la ligne d'autorité impose aux infirmières de se conformer à la fois aux exigences de l'équipe médicale et aux contraintes administratives, les plaçant alors dans des situations inconfortables.

Le manque de valorisation du rôle de l'infirmière représente un facteur qui contribue au malaise qui existe actuellement au sein de cette profession. Leurs fonctions se sont complexifiées et diversifiées. Cependant, cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une valorisation du travail de l'infirmière.

Le rôle de l'infirmière implique une approche globale c'est-à-dire, la nécessité de considérer les aspects bio-psycho-sociaux de la personne, son champ d'exercice comporte un double aspect d'actes professionnels autonomes tels que la formulation des objectifs et du plan de soins des patients, les communications avec la famille et des soins prodigués selon une ordonnance médicale. C'est précisément l'exécution des activités de promotion de la santé, indépendantes de la prescription médicale, qui offre le plus de satisfaction à l'infirmière et qui la valorise dans son travail.

Or, la tendance médicale dominante étant présentement axée vers les soins médicaux curatifs, l'aspect autonome de la profession est négligé au profit de la distribution des traitements.

Le Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec (1987) note dans son rapport que le problème originerait du fait que les soins autonomes constituent des bénéfices plus réels pour l'ensemble du système de soins de santé que des bénéfices dont profitent directement les hôpitaux.

Comme c'est justement dans cette catégorie de soins que l'on sabre lors des compressions budgétaires dans les hôpitaux, il devient difficile de concrétiser les aspirations professionnelles des infirmières. Il est d'ailleurs assez révélateur de constater que, dans une étude portant sur la perception de la profession d'infirmière (Danielle Fleury)⁽¹⁾, le choix de cette carrière se soint classé au 91ième rang sur une possibilité de 122 professions.

Les infirmières elles-mêmes se plaignent que leur rôle soit si peu valorisé par leurs collègues. Le manque de respect et de considération de la part des médecins représente une source de

(1) Tiré du rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec (1987). Les spécifications concernant l'étude de Danielle Fleury ne sont pas précisées.

stress importante pour elles. De plus, elles déplorent le peu d'appréciation que leur témoigne l'administration, bien qu'on devienne de plus en plus exigeant envers elles (Spoth et Konewko, 1987). Ce phénomène a aussi été signalé par le "National Commission of Nursing" aux États-Unis (1982) et dans une étude de l'Association des hôpitaux du Canada (1987).

A cet effet, Vredenburg et Trinkaus (1983) remarquent qu'en dépit d'un pouvoir décisionnel plutôt limité, car selon eux, le véritable pouvoir décisionnel en ce qui concerne les patients demeure entre les mains des médecins, l'infirmière doit assumer des responsabilités considérables. Cependant, elle demeure moins rémunérée que d'autres professionnels de la santé. Les infirmières luttent pour une valorisation professionnelle et un prestige social tout en étant soumises à l'autorité des médecins qui, eux, jouissent de ces privilèges.

Une plus grande reconnaissance du personnel infirmier et des activités autonomes de leur profession aurait comme conséquence que leur travail serait alors perçu comme dépassant le simple support à l'activité médicale. On cesserait d'entretenir l'image traditionnelle de l'infirmière dépendante des directives des médecins et soumise à leur autorité (Canfield et Smuckler, 1979; Reeva, 1979; Wandelt et coll., 1981; White, 1980).

6.3.2. Le manque de latitude professionnelle

Nos résultats concernant le manque de latitude professionnelle sont aussi en accord avec ceux révélés dans la documentation scientifique. Rappelons que notre définition opérationnelle du manque de latitude professionnelle comprend le manque d'autonomie, le manque de participation aux décisions, la responsabilité restreinte et la faible utilisation de son expérience et de ses compétences en emploi. D'ailleurs, ces facteurs ont été associés positivement au désir de quitter (Constable et Russel, 1986; Lachman et Diamant, 1987; Jackson, 1983; Jones et coll., 1988; Wandelt et coll., 1981; White, 1980; Chapman et Hutcheson, 1982; Fimian et coll., 1988).

Intimement lié au problème de la sous-valorisation, le manque de latitude professionnelle représente une sérieuse difficulté pour l'infirmière.

Dans un récent mémoire de maîtrise (Corbin, 1990), cette question a été largement abordée. Sans vouloir répéter la discussion de manière exhaustive, il est important de signaler ici les principales dimensions problématiques du manque de latitude professionnelle et d'ajouter nos réflexions personnelles qui découlent de notre consultation de la documentation publiée sur le sujet.

Le milieu hospitalier laisse très peu de latitude professionnelle aux infirmières. Elles sont rarement impliquées lorsque des politiques institutionnelles sont instaurées affectant pourtant leur pratique professionnelle et les soins aux patients (Jacobson, 1978; Magill, 1982).

L'évolution des technologies et les changements d'orientation dans la dispensation des services augmente la variété des compétences requises mais aussi le besoin d'autonomie et le niveau de responsabilité professionnelle de l'infirmière. Cependant, on remarque un obstacle à l'éclosion de la responsabilisation de l'infirmière. Au Québec, on a voulu responsabiliser davantage les médecins, comme groupe professionnel, à l'impact financier de leurs décisions.

Pour ce faire, on a choisi de leur donner un pouvoir accru sur l'utilisation des ressources humaines dans les établissements hospitaliers (Loi 27).

Le Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec (1987) soutient que ces dispositions sont venues accroître le pouvoir médical non plus seulement sur une base professionnelle, mais aussi sur une base administrative, freinant l'élargissement de la responsabilisation de

l'infirmière. A ce sujet, ce même Comité d'étude souligne que nous semblons accuser un retard sur les États-Unis, où on a mis de l'avant un nouveau mode d'organisation du travail où se retrouvent des infirmières assistantes des médecins ("nurse-practitioners") et des infirmières responsables des soins intégraux ("primary-nurse") dispensés aux patients. Cette formule modifie les rapports entre médecins et infirmières, en augmentant l'autonomie professionnelle de ces dernières.

Cependant, avant de tirer des conclusions d'une comparaison entre la situation américaine et la nôtre, nous devons prendre en considération que les deux contextes sont différents en raison de la privatisation des hôpitaux aux États-Unis, contrairement au Québec. On peut aussi penser que dans les grands centres urbains américains, où il y a beaucoup de médecins, l'autonomie des infirmières est moindre qu'en région éloignée ou dans les états où les médecins se font plus rares.

Pour pallier aux déficiences de notre mode de fonctionnement, le projet de réforme du système de santé au Québec prévoit une plus grande implication des infirmières dans les comités décisionnels sur l'organisation du travail. Elles devraient aussi obtenir un Conseil des infirmières et infirmiers ayant pour fonction d'apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins

infirmiers, d'évaluer et de maintenir la compétence du personnel.

Le resserrement budgétaire, qu'ont connu les hôpitaux ces dernières années, a bien sûr entraîné une surcharge de travail pour le personnel, mais a aussi influencé la dynamique interne du système de soins en amenant les hôpitaux à restreindre l'étendue des soins apportés aux patients, affectant par le fait même la pratique infirmière. Les infirmières sont insatisfaites de leur rôle, principalement parce qu'il leur faut toujours donner priorité à la partie la plus technique du travail, aux dépens des tâches enrichies. Cette situation fait en sorte qu'elles ne peuvent rencontrer dans leur pratique les standards de performance qui leur ont été inculqués pendant leur formation, entraînant chez elles un sentiment de frustration professionnelle.

Mentionnons aussi que le travail en groupe, bien qu'il puisse agir comme support social permettant d'atténuer les effets du stress sur la santé de l'infirmière, limite toutefois son autonomie. Les soins aux patients devant être assurés vingt-quatre heures durant, l'affectation de l'infirmière à un groupe de patients demeure partielle, son quart de travail terminé, une autre prend la relève. La contribution

individuelle se fonde dans l'ensemble des efforts fournis par les infirmières ayant dispensé les soins aux patients (Jacobson et McGrath, 1983).

De plus, avec l'émergence du travail en équipe multidisciplinaire, l'infirmière est davantage en contact avec les autres professionnels de la santé. Elle devient souvent la seule personne à présenter le point de vue infirmier. Cette organisation a certes permis d'utiliser les infirmières pour des actes "plus" professionnels mais elle a par contre fait éclater la responsabilité des soins à un patient. La notion d'imputabilité est devenue plus diffuse.

6.3.3. Les tâches menaçantes

Les tâches menaçantes, constituent le quatrième et dernier facteur en importance, dans notre étude, permettant de prédire, à la fois, l'intention de changer d'unité et de quitter la profession.

Rappelons que cette source de stress réfère à l'ensemble des tâches complexes et difficiles que l'infirmière doit accomplir, sa participation dans des situations d'urgence, le contact avec les gens agressifs et les risques de contamination.

Tel que mentionné au second chapitre de ce travail, nous n'avons pu trouver d'étude qui ait vérifié l'impact de ce facteur sur le désir de quitter ou le roulement. Il s'avère donc intéressant que nous ayons constaté que les tâches menaçantes constituent un facteur prédictif d'importance de l'intention de changer d'unité et de quitter la profession. Ce résultat s'inscrit toutefois dans le courant des constatations rapportées dans la littérature.

En effet, plusieurs auteurs avaient déjà vérifié l'effet nocif de cette source de stress sur la santé des infirmières (Claus et Bailey, 1980; Greenberg, 1980; Jacobson et McGrath, 1983; Newlin, 1984).

Nous avons déjà discuté de la rapidité de l'évolution scientifique et technologique dans le domaine des soins de santé. Ces bouleversements rapides obligent l'infirmière à mettre ses connaissances à jour continuellement.

La diversité des activités, la manipulation d'instruments plus complexes, l'interprétation de variables plus difficiles ont pour effet d'entraîner un rythme accéléré d'acquisition de nouvelles techniques pendant toute la durée de la carrière active de l'infirmière. Elle ne peut plus compter sur sa seule

formation de base pour pouvoir rencontrer ces nouvelles exigences. La formation en cours d'emploi devient alors primordiale. Particulièrement dans les unités de soins où le personnel doit agir rapidement et avec assurance, l'infirmière qui ne possède pas une expertise de pointe craint de faire des erreurs pouvant avoir des conséquences fâcheuses pour le patient (Bailey et coll., 1980; Mansfield et coll., 1989; Spoth et Konewko, 1987). En offrant le ressourcement adéquat, les gestionnaires des centres hospitaliers permettraient d'enrayer, en partie, le caractère menaçant de certaines tâches inhérentes à l'emploi d'infirmière dans ces unités de soins par une meilleure confiance en leurs compétences.

A ce sujet, il est intéressant de mentionner que Norbeck (1985) a constaté que bien que la nature du travail dans ces unités critiques constitue une source de stress perçue négativement par beaucoup d'infirmières, elle représente plutôt un défi pour d'autres justifiant leur choix de faire carrière dans ces unités spécialisées.

Ceci nous porte à penser que si le support adéquat était disponible (par exemple, des effectifs en nombre suffisant, une formation adéquate lors de l'introduction de nouveaux appareils ou technologies), le travail dans ces unités deviendrait davan-

tage une source de défi qu'une source de stress aux conséquences néfastes.

Un autre volet des tâches menaçantes se retrouve dans les contacts avec des patients agressifs. A cet égard, la clientèle psychiatrique en salle d'urgence pose des problèmes de surveillance au personnel infirmier. De Ronde (1984) a déjà mentionné que les infirmières des salles d'urgence et des unités de soins psychiatriques sont particulièrement exposées aux attaques de la part de patients psychologiquement instables. Par ailleurs, le risque s'accroît quand elles doivent travailler en nombre réduit et qu'elles sont peu familières avec les problèmes particuliers que posent ces patients, comme c'est souvent le cas pour l'infirmière qui effectue de nombreux remplacements dans diverses unités de l'hôpital. La disponibilité à l'urgence de professionnels pouvant intervenir de façon appropriée ainsi que des locaux adéquats permettraient sûrement de réduire ce facteur de stress.

L'aspect préventif représente l'intérêt ultime de notre recherche. Nous croyons que les programmes d'intervention devraient être destinés prioritairement à repenser l'organisation du travail. Nos résultats de recherche suggèrent aux gestionnaires les sources de stress organisationnelles sur

lesquelles ils auraient à travailler prioritairement s'ils désirent réduire le roulement du personnel infirmier dans une perspective à long terme et rencontrer les besoins de l'organisation.

En terminant, parlons des variables socio-démographiques. Les résultats au test du χ^2 ont démontré un lien à la fois entre l'âge et l'intention et l'âge et le comportement. De plus, on notait aussi un lien entre le sexe et l'intention (Tableau X et annexe 10).

Cependant, l'analyse discriminante sur l'intention effectuée en incluant l'âge dans l'équation a démontré que cette variable ne modifiait en rien la structure prédictive des facteurs organisationnels (Tableau XI).

Quant au sexe, les résultats des analyses discriminantes démontrent que ce facteur modifie le pouvoir prédictif des facteurs organisationnels sur l'intention. Pour les femmes, les problèmes de rôles ($F = 53.8$) et le manque de valorisation ($F = 32.9$) demeurent les seuls facteurs organisationnels significatifs, alors que pour les hommes, seuls les problèmes de rôles sont importants ($F = 15.5$). Par ailleurs, le pouvoir discriminant de ces facteurs est significativement diminué

comparativement à ce qu'il était pour l'ensemble de l'échantillon (problèmes de rôles $F = 72.5$, manque de valorisation $F = 41.4$, Tableau XI). Il est à noter cependant que les problèmes de rôles demeurent le prédicteur le plus puissant tant pour les hommes que pour les femmes. Notre capacité prédictive de l'intention s'avère donc meilleure quand on prend l'échantillon au complet plutôt que de le séparer selon le sexe.

Ces résultats nous portent à conclure que les interventions en matière de prévention du stress ne devraient pas s'adresser à des groupes spécifiques ciblés en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques mais qu'on aurait plutôt intérêt à s'orienter vers des programmes universels de prévention pour tout le personnel infirmier.

Dans la prochaine section, nous traiterons des travaux répertoriés portant sur la gestion ou la prévention du stress afin de tracer un aperçu général de la situation actuelle.

6.4. LES PROGRAMMES D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE STRESS

En consultant la documentation scientifique, on constate que la majorité des travaux répertoriés sont orientés principalement vers les ressources personnelles des individus et des groupes pour faire face au stress. On développe des programmes de prévention secondaire c'est-à-dire, des programmes visant à modifier les mécanismes de tolérance physique et psychologique au stress chez la personne. On discute aussi des moyens visant à diminuer les symptômes de dysfonction chez l'individu, on parle alors de prévention tertiaire dont les programmes d'aide aux employés implantés dans de nombreuses organisations sont un exemple. Cependant, la documentation concernant des expériences destinées à agir directement sur les facteurs de stress liés à l'organisation du travail, soit la prévention primaire, est plutôt rare. Cet état de fait est surprenant car de nombreux auteurs considèrent qu'on devrait d'abord se concentrer sur les sources du problème et s'attaquer aux stressseurs de l'organisation. Sans rien enlever à l'utilité des interventions préventives secondaire et tertiaire, les auteurs s'entendent pour dire que de s'y restreindre nous confine à une vision limitée du problème du stress en milieu de travail

(Beehr et O'Hara, 1987; De Frank et Cooper, 1987; Ganster et coll., 1982; Murphy, 1984a; Rosch et Pelletier, 1987).

Certaines raisons peuvent expliquer les difficultés à implanter des programmes de prévention primaire. Les interventions directes visant à diminuer les sources de stress organisationnel peuvent être coûteuses financièrement et menaçantes pour l'organisation. La réorganisation du travail requiert une identification précise des facteurs de stress sur lesquels se pencher. Ce diagnostic doit être suivi d'une planification réaliste des changements à apporter à la structure ou au fonctionnement de l'organisation. Ceci peut menacer l'administration supérieure.

Certains gestionnaires ne sont pas toujours préparés à reconnaître les faiblesses de l'entreprise et à remettre en question la performance organisationnelle. De plus, les gestionnaires ne disposent pas toujours de la marge de manoeuvre nécessaire pour entreprendre une intervention, ils peuvent alors sentir leur performance administrative menacée.

Par ailleurs, encore plus que les individus, les organisations sont résistantes au changement. Cette inertie est renforcée par une croyance, encore véhiculée, que l'environnement de travail contribue peu à la détresse de l'employé, que

le stress est un problème individuel et que les actions préventives doivent être dirigées vers le travailleur et non vers l'organisation (Neale et coll., 1982).

Bien que les études de prévention primaire répertoriées dans la littérature soient rares, on peut toutefois en citer trois en réorganisation du travail⁽¹⁾.

Wall et Clegg (1981) ont mesuré des changements significatifs dix-huit mois après une réorganisation visant une plus grande autonomie des équipes au sein des unités de travail.

Un programme (Jackson, 1983) visant une participation accrue des travailleurs hospitaliers lors de rencontres statutaires plus fréquentes a permis de diminuer à la fois le désir de quitter et la tension émotionnelle après trois mois et, à six mois, une réduction des conflits et ambiguïtés de rôles.

Finalement, toujours en milieu hospitalier, la participation s'est accompagnée d'une satisfaction accrue et d'une diminution dans la fréquence des erreurs médicales (Jones et coll., 1988).

(1) Ces trois études ont été tirées du document "Algorithme et prévention-action", préparé à l'intention de l'ASSTAS par André Arsenault et Marie-Reine Van Amerigen, 1991).

6.5. PRÉMISSSES À LA BASE DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MATIÈRES DE STRESS

L'organisation du travail est une responsabilité de l'employeur. Les organisations doivent donc prendre les moyens nécessaires pour contrôler l'exposition des travailleurs au stress lié à l'organisation du travail. Toute initiative en réorganisation du travail devrait, avant d'être entreprise, avoir reçu l'assentiment des autorités supérieures. Il faut s'assurer de leur volonté d'agir mais surtout, de la latitude d'action qui sera allouée pour la mise en application des projets d'intervention. Nous croyons qu'il s'agit là d'une condition essentielle à la réussite de tout programme d'intervention. Après avoir généré chez le personnel des espoirs et des attentes d'amélioration de leurs conditions de travail, l'échec d'une démarche peut entraîner davantage d'insatisfaction et de frustration chez les employés que si rien n'avait été tenté.

Bien que l'organisation du travail soit la responsabilité première de l'employeur, il nous apparaît évident que toute intervention chez le personnel infirmier en milieu hospitalier nécessitera la participation active des différents intervenants concernés: les infirmières elles-mêmes d'abord, leur syndicat, les équipes médicales ainsi que les autres professionnels de la santé.

Par ailleurs, toute intervention de réorganisation du travail doit s'adapter à la réalité de chaque unité de soins, respecter sa culture et son caractère unique.

Il serait utopique de penser que l'on puisse s'attaquer simultanément à toutes les sources de stress liées à l'organisation du travail. Il est probablement plus fructueux d'appliquer une démarche préventive par problème et de penser à trouver des solutions concrètes et applicables.

Cependant, on sait que plusieurs sources de stress organisationnelles chez les infirmières sont intimement liées (nous y reviendrons dans la section suivante). Il est donc encourageant de croire qu'en travaillant spécifiquement à réduire un facteur de stress, cette intervention puisse avoir aussi une influence bénéfique sur d'autres sources de stress.

Enfin, les programmes d'intervention devraient être suivis d'une évaluation. A cet effet, il s'avère nécessaire d'identifier, préalablement à l'intervention, des indicateurs de dysfonction pour vérifier l'efficacité des interventions et permettre les ajustements nécessaires.

Après avoir énoncé ces quelques principes à la base d'une démarche de prévention du stress dans l'organisation, nous proposerons dans la prochaine section quelques pistes d'intervention qui se dégagent à partir de nos résultats de recherche.

6.6. PISTES D'INTERVENTION SOULEVÉES À LA LUMIÈRE DES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE

Les problèmes de rôles représentent la première source de stress en importance révélée dans notre étude. Nous tenterons donc dans cette section de suggérer certaines pistes d'intervention dirigées vers ce facteur de stress.

Une première démarche dans le cadre de l'intervention serait d'identifier les agresseurs spécifiques qui engendrent les problèmes de rôles. A cette fin, on peut procéder à une analyse pour circonscrire et définir le rôle de l'infirmière:

- . Il s'agirait d'abord de faire préciser les attentes à l'égard de l'infirmière par l'administration, l'équipe médicale, l'infirmière elle-même et les autres professionnels de la santé dans le milieu hospitalier. En effet, chaque groupe peut avoir une conception du rôle de l'infirmière spécifique

qui diverge de celle des autres en regard notamment, de sa latitude d'action à titre de professionnelle, des gestes qu'elle peut poser en vertu de la réglementation sur la délégation des actes professionnels et de son pouvoir décisionnel sur les politiques de l'institution touchant son champ de compétence;

- . On peut, par la suite, identifier les attentes imprécises ou contradictoires provenant des différents collaborateurs;
- . Pour arriver ultimement à clarifier et préciser le rôle de l'infirmière, on devrait ensuite favoriser les échanges entre les personnes concernées.
- . Enfin, une fois le rôle de l'infirmière précisé, il serait opportun de conscientiser tous les intervenants et de s'assurer de son respect. Une clarification du rôle de l'infirmière permettrait d'implanter une politique d'évaluation du rendement et de développer des plans de formation en fonction des besoins.

Par ailleurs, plusieurs dimensions de l'organisation du travail rendent la communication difficile à la fois entre les membres des équipes soignantes et entre l'équipe médicale et soignante entraînant des conflits et des ambiguïtés de rôles. A cet égard, on pourrait :

- . Revoir la structure du pouvoir et le partage des responsabilités entre médecins et infirmières et faire préciser les actes délégués;
- . Favoriser un style de supervision encourageant une meilleure communication, une participation du personnel aux prises de décision et favorisant l'expression de différents points de vue;
- . Tenter d'atteindre une stabilité du personnel à l'intérieur des équipes pour limiter la surcharge de travail et éviter la contrainte du manque de temps pour tout faire;
- . Favoriser l'émergence d'un esprit de solidarité et d'équipe.

Au cours de toutes ces démarches, il est primordial de mettre en place des mécanismes qui assurent une participation réelle du personnel infirmier aux décisions inhérentes à leurs rôles, tâches et fonctions. L'organisation du travail doit être basée sur le respect des rôles réciproques et l'entente mutuelle entre les intervenants des équipes soignantes et médicales.

Enfin, signalons qu'en concentrant nos efforts à réduire les problèmes de rôles, il est fort probable qu'on contribue, en même temps, à limiter d'autres sources de stress chez les infirmières. Cette hypothèse s'appuie sur les corrélations entre les sources de stress que nous avons étudiées (Annexe 4). Les problèmes de rôles sont liés à la sous-valorisation de l'infirmière, au manque de latitude professionnelle et aux tâches menaçantes. Ainsi en repensant la structure du pouvoir et le partage des responsabilités entre médecins et infirmières, on contribue à diminuer les problèmes de rôles mais aussi, on revalorise la contribution de l'infirmière à l'organisation et on cesse de la considérer comme support aux activités professionnelles des médecins tout en favorisant aussi une plus grande latitude professionnelle.

En tentant de stabiliser la charge de travail, on favorise un rythme de travail plus normal, ce qui amoindrit le caractère menaçant de certaines tâches et limite les risques d'"accrochage" parmi le personnel. L'infirmière retrouve une gratification dans son travail en pouvant dispenser des soins de meilleure qualité et en ayant plus de temps pour établir des relations chaleureuses avec le patient.

Pour parvenir à améliorer l'organisation du travail, il n'est pas toujours nécessaire de s'attaquer d'emblée au fonctionnement de l'institution ou à la structure du pouvoir qui la gouverne. Certaines interventions ne revêtent pas un caractère aussi menaçant pour les autorités, sont plus facilement réalisables et peuvent s'avérer très fructueuses. Une réorganisation de l'aménagement physique de l'unité de soins en est un exemple.

Revoir un aménagement physique ne se limite pas à la disposition du matériel et des locaux. Selon le cas, l'aménagement peut nuire ou supporter le travail d'équipe en favorisant une meilleure communication. Bien planifié, l'aménagement devrait permettre de mieux départager les types de clientèle (en salles d'urgence par exemple), prévoir les facilités nécessaires à la dispensation des soins mais aussi, des espaces pour permettre au personnel de "débriefer" après avoir vécu une situation traumatisante.

En réorganisant l'aménagement physique de l'unité de soins et en favorisant une meilleure communication au sein des équipes, on touche aux deux dimensions qui composent le contexte de travail, une de nos variables à l'étude. Or, il est intéressant de constater que le contexte de travail est corrélé avec les quatre prédicteurs de l'intention de quitter, révélés dans notre étude (Annexe 4).

On peut donc penser qu'en dirigeant nos mesures de prévention vers ces agresseurs spécifiques on maximise les effets bénéfiques de notre intervention puisqu'on contribue aussi à agir sur les facteurs déterminants de l'intention de quitter l'unité et la profession.

Dans la prochaine et dernière section, nous discuterons de la mobilité interne à la lumière de nos résultats.

6.7. LA MOBILITÉ INTERNE

6.7.1. La mobilité interne latérale

Nos résultats confirment que l'intention de quitter exerce une influence déterminante dans la décision que prend l'infirmière de partir. Cette relation entre l'intention et le comportement se vérifie particulièrement entre certains groupes. Nous avons constaté que l'intention du groupe désirant fortement quitter l'unité et l'hôpital alimente à la fois une mobilité externe et interne significative (Tableau VII).

Par ailleurs, certains auteurs ont avancé l'idée que la mobilité interne horizontale pouvait servir de solution alternative pour

les employés qui désirent quitter l'organisation (Anderson et coll., 1981; Baysinger et Mobley, 1984; Dalton et Todor, 1987; Gustafson, 1982). Block (1978) souligne que la présence d'une politique formelle de mutation permet de diminuer le roulement. Selon ces auteurs, un employé insatisfait de sa situation professionnelle préférera être muté dans l'organisation plutôt que de la quitter. Demeurer dans l'organisation avec laquelle l'employé est déjà familier exige moins d'adaptation que de devoir s'acclimater à un nouvel environnement de travail.

En effet, un transfert peut s'avérer une solution valable notamment, pour un individu insatisfait de son supérieur immédiat, lorsqu'une routine s'est installée et que le travail ne présente plus de défi. Par contre, si l'insatisfaction origine des politiques de l'organisation par exemple, la mobilité interne ne résoudra rien.

Cette hypothèse qui présente la mobilité interne horizontale comme solution de rechange au roulement devrait intéresser les gestionnaires des centres hospitaliers, si l'on considère que la mobilité interne s'avère moins dysfonctionnelle pour l'organisation que la mobilité externe. Il y aurait même, pensons-nous, des avantages à retirer de promouvoir la mobilité interne horizontale chez le personnel infirmier:

- on évite les coûts inhérents au remplacement de la main-d'oeuvre;
- la période d'orientation dans l'hôpital (souvent d'une semaine) offerte aux nouvelles infirmières devient inutile lors de mutations;
- on favorise les échanges entre les services et possiblement la communication chez le personnel des diverses unités de soins;
- on permet une diversification des compétences chez le personnel et une plus grande polyvalence.

Parmi le personnel infirmier, on a aussi constaté que le désir de quitter à la fois l'unité et la profession était considérablement plus élevé chez les plus jeunes. Et c'est effectivement ce groupe qui présente la plus grande mobilité externe et interne (annexe 10). Cette tendance a aussi été rapportée dans les études antérieures (Krau, 1981; Lachman et Diamant, 1987).

En observant davantage le comportement des jeunes infirmières, on remarque aussi qu'elles présentent une mobilité externe deux fois supérieure à la mobilité interne (annexe 10). Elles quittent donc davantage l'hôpital, et possiblement la profession, qu'elles ne changent de département. Ce comportement peut être associé à une période de la vie professionnelle où l'infirmière explore diverses possibilités de carrière, l'incitant à changer d'emploi. Ou encore, à une période de la vie où elle décide d'avoir des enfants et de se consacrer à sa vie familiale.

Alors s'il est vrai que la mobilité interne puisse servir d'alternative intéressante pour l'infirmière qui autrement quitterait l'hôpital, les gestionnaires ont donc tout intérêt à offrir des opportunités de mobilité interne, principalement aux jeunes infirmières, puisque ce sont elles qui quittent davantage l'hôpital. Ceci pourrait possiblement contribuer à retenir une main-d'oeuvre jeune en qui l'hôpital a déjà investi.

De plus, la perspective d'acquérir une expérience dans diverses unités de soins permettrait à la jeune infirmière, en début de carrière, d'identifier ses préférences et d'orienter son cheminement de carrière en conséquence.

Il peut paraître surprenant qu'on aborde ici la mobilité interne horizontale. Généralement, dans la littérature, lorsqu'on parle de mobilité interne, on fait référence à la mobilité verticale. Cette situation est plutôt malheureuse car comme Schein (1971) le signale, le développement professionnel ne se limite pas aux mouvements verticaux. Ignorer les mouvements latéraux serait faire fi des possibilités qui s'offrent aux individus de diversifier leurs compétences et qui permettent à l'organisation une meilleure utilisation de sa main-d'oeuvre.

6.7.2. La mobilité interne verticale

Cependant, on ne doit pas promouvoir la mobilité interne horizontale au détriment de la mobilité interne verticale. A l'heure actuelle, la seule filière promotionnelle qui s'offre aux infirmières est la voie administrative. Le milieu hospitalier devrait prendre davantage en considération la pratique clinique en soins infirmiers et développer des voies promotionnelles professionnelles pour les infirmières possédant une formation supérieure ou spécialisée et les infirmières d'expérience. On répondrait ainsi aux désirs de celles qui ont le goût d'investir dans de nouveaux défis répondant davantage à leurs qualifications et pour qui la voie administrative ne convient pas.

Les perspectives promotionnelles permettraient aux employés de développer un attachement à l'organisation qui contribuerait ultimement à une meilleure performance en emploi. C'est ce que soutient Cannings (1989) après avoir étudié une population de cadres intermédiaires dans une entreprise canadienne.

Contrairement, à l'attachement organisationnel "forcé" qu'entraînent les barrières à la mobilité, la possibilité pour le gestionnaire de participer au devenir de l'organisation en assumant davantage d'autorité et de responsabilités lui permet de développer l'attachement organisationnel associé à une meilleure performance.

Bien que cette étude ait été réalisée auprès d'une autre catégorie professionnelle, on peut supposer que des perspectives promotionnelles pourraient influencer positivement l'attachement à l'organisation chez le personnel infirmier.

Améliorer les possibilités de cheminement de carrière pour l'infirmière exigera bien sûr la concertation de plusieurs instances dont le gouvernement, le syndicat, les centres hospitaliers et la corporation professionnelle. C'est à ce prix cependant, qu'on pourra revaloriser la profession et la rendre attrayante pour les futures infirmières.

7. CONCLUSION

7. CONCLUSION

Les objectifs de la présente étude consistaient à comparer les prédicteurs du désir de quitter chez les infirmières avec ceux du roulement et ce, tant au niveau de la mobilité interne qu'externe. Plus précisément, nos hypothèses de recherche visaient à vérifier si les variables de stress organisationnelles permettent de prédire d'une part l'intention de quitter et d'autre part, le comportement soit, le départ comme tel. Notre dernière hypothèse était conditionnelle à la confirmation des deux premières. Il s'agissait de vérifier l'existence d'un sous-ensemble de prédicteurs organisationnels communs de l'intention et du comportement.

Les principales conclusions qui se dégagent à partir des résultats obtenus sont les suivantes:

- . Quatre facteurs organisationnels, en combinaison, permettent de prédire le désir de quitter à la fois l'unité et la profession. Ces sources de stress organisationnelles sont par ordre d'importance de leur valeur discriminante, les problèmes de rôles, le manque de valorisation, le manque de latitude et les tâches menaçantes.

. Nos résultats confirment que l'intention de quitter exerce une influence prépondérante dans la décision que prend l'infirmière de partir. Bien qu'aucun facteur organisationnel ne soit apparu comme prédicteur du comportement, nos résultats permettent de supposer une relation indirecte entre les sources de stress organisationnel et le comportement.

On peut penser que l'intention de quitter agisse comme étape intermédiaire entre le stress organisationnel perçu par l'infirmière et la manifestation de cette intention soit, le départ.

Nous croyons que des efforts d'amélioration doivent être destinés prioritairement à repenser l'organisation du travail pour agir au stade intentionnel avant que l'infirmière ne concrétise son désir et ne quitte.

. Le désir de quitter à la fois l'unité et la profession est manifestement plus élevé chez les jeunes infirmières et c'est effectivement ce groupe qui présente la plus forte mobilité interne et externe. Un résultat particulièrement révélateur, nous a permis de constater, de plus, que les jeunes quittaient beaucoup plus l'hôpital qu'elles ne changeaient de département.

Certains auteurs ayant avancé l'hypothèse que la mobilité interne horizontale pouvait servir de solution alternative pour l'employé qui désire quitter l'organisation, et considérant que cette forme de mobilité s'avère moins dysfonctionnelle pour l'organisation que les départs, nous suggérons aux gestionnaires des centres hospitaliers de promouvoir les opportunités de mobilité interne et ce, principalement chez les jeunes infirmières.

Notre étude est l'une des premières, à notre connaissance, à s'être intéressée au roulement du personnel infirmier non seulement en considérant les départs de l'organisation, mais aussi la mobilité intra-organisationnelle latérale. Des avenues de recherche s'offrent donc pour de futures études puisqu'on connaît peu de choses dans le domaine de la mobilité interne en contexte hospitalier et principalement en regard de la mobilité interne latérale.

Nos résultats soulèvent aussi la nécessité d'implanter des programmes de prévention primaire, orientés sur l'organisation du travail en milieu hospitalier, pour réduire les sources de stress. Par ailleurs, les expériences d'implantation de tels programmes dans les organisations, rapportées dans la documentation scientifique, sont extrêmement rares. Cette lacune suppose donc d'autres possibilités de recherche pour l'avenir.

Enfin, nous pensons qu'une action décisive sur l'organisation du travail infirmier doit être entreprise par les intervenants du domaine de la santé. C'est aux conditions d'exercice de la profession d'infirmière à l'intérieur de notre système de santé que l'on doit s'attarder si l'on veut trouver une solution au malaise qui existe actuellement au sein de la profession et qui se manifeste entre autre, par des difficultés d'attraction et un taux de roulement très élevé. L'ampleur des coûts financiers et sociaux engendrés par ce problème justifie que l'on poursuive les recherches dans le domaine pour améliorer la situation.

RÉFÉRENCES

REFERENCES

- Allan, P., " Career patterns of top executives in New York City government", Public Personnel Review, 1972, 33 (2), 114-117.
- Anderson, C.A., Basteys, M., "Stress and the critical care nurse reaffirmed", Journal of nursing Administration, 1981, 11 (1), 31-34.
- Anderson, J.C., Milkovich, G.T., Tsui, A., " A model of Intra-Organizational Mobility", Academy of Management Review, 1981, No. 4, 529-538.
- Angle, H.L., Perry, J.L. "An Emperical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness", Administrative Science Quarterly, 1981, 26, 1-14.
- Arnold, H.J., et Feldman, D.C., "A Multivariate analyse of the determinants of job turnover". Journal of Applied Psychology, 1982, 67 350-360.
- Arsenault, A., Dolan, S.L., Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation. Notes et rapports scientifiques et techniques, Montréal, IRSST, 1983a.
- Arsenault, A., Dolan, S.L. "The role of personality, occupation and organization in understanding the relationship between job stress, performance and absenteeism". Journal of Occupational Psychology, 1983b, 56, 227-240.
- Arsenault, A., Dolan, S.L., Léonard, C., van Ameringen, M.R., Le stress en salles d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action, Edi. SyGesa, 1989.
- Arsenault, A., Dolan, S.L., van Ameringen, M.R. Léonard, C., Dolan, S.L. Le stress en salles d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action, Editions SyGesa, Longueuil, 1990.
- Arthur, M. "Turnover and the occupational career", Industrial Relations Journal, 1981, 12 (3), 28-39.
- Association des hôpitaux du Canada " La promotion de la santé dans les établissements de santé", Novembre 1987.
- Bailey, J.T., Steffen, S.M., and Grout, J.W.: "The stress audit: identifying the stressorts of ICU nursing" Journal of Nursing Education, 1980, 19 (6), 15-25.
- Bäysinger, B.D., Mobley, W.H., "Employee Turnover: Individual and Organizational analysis". In K.M. Rowland et G.R. Ferris (Eds), Research in Personal and human resources management (Vol 1, pp. 269-320) Greenwich, CT: Jai Press

Bedeian, A.G., Armenakis, A.A. "A path-analytic study of the consequences of role conflict and ambiguity" Academy of management Journal, 1981, 24, 417-424.

Beehr, T.A., Gupta, N.A. "A note on the structure of employee withdrawal" Organizational Behavior and Human Performance, 1978, 21, 73-79.

Beehr, T.A., Newman, J.E. "Job stress, employee Health, and organizational effectiveness: A facet analyses, model, and literature review" Personnel Psychology, 1978, 31, 665-699.

Beehr, T.A., O'hara, K. Methodological designs for the evaluation of occupational stress interventions. C.L. Cooper and S.V. Kasl. Dans Stress and Health: Issues in Research Methodology, John Wiley and Sons, Chichester, 1987.

Benner, P. "Nurses in the intensive can unit". In M.Z. Davis, M. Kramer, A.L. Strauss, Nurses in Practice: A perspective on work environments, St-Louis: C.V. Mosby, 1975.

Bilodeau, C.B. The nurse and her reactions to critical-care nursing, Heart and Lung, 1973, 2, 358-363.

Birren, F. Light, Color, and Environment, New York, Van Nostrand Reinhold, 1969.

Blau, P.M. The Organization of Academic Work, New York: Wiley, 1973.

Blau, F.D. Kahn, L.M., Race and sex differences in quitting by young workers. Industrial and Labor Relations Review 1981, 34, 563-577.

Block, R.N. "Job Change and negotiated nonwage provisions", Industrial Relations, 17, 296-307, 1978.

Bluedorn, A.C. "Structure, environment, an satisfaction: Toward a causal model of turnover from military organizations" Journal of Military and Political Sociology, 1979, 7, 181-207.

Bluedorn, A.C. "The theories of turnover: Causes, effects and meaning". In S. Bacharach (Ed), Research in the sociology of organizations: Greenwich, Conn.: JAI Press, 1982a, 75-128.

Bluedorn, A.C. "A unified model of turnover from organizations", Human Relations, 1982b, 35: 135-153.

Brief, A.P., Aldag, R.J. "Antecedents of Organizational Commitment Among Hospital Nurses, Iowa City: Bureau of Business and Economic Research, College of Business Administration", University of Iowa, Working Paper, Ser., 1977, 23-77.

Brief, A.P., Aldag, R.I., "Correlates of role indices, Journal of Applied Psychology, 1976, 61, 468-472.

Buring, J.E., Hannekens, C.H., Mayrent, S.L., Rosner, B., Greenberg, E.R., Colton, T. "Health experiences of operation room personnel" Anesthesiology, 1985, 62, 325-330.

Caldwell, T., Weiner, M.F., "Stresses and coping in ICU nursing : review", General Hospital Psychiatry, 1981, 3, 119-127.

Campbell, J.P., Dunette, M.D., Lawler, E.E., Weick, K.E., Jr. Managerial Behavior, Performance, and Effectiveness, New York : Mc Grau-Hill Book Co., 1970, p. 390.

Candfield, M., Smuckler, C., A study of the Registered Nurses and Licensed Vocational Nurses in the San Joaquin Valley. San Joaquin Valley Health Consortium, Sept. 1979.

Cannings, K., "An Exit-voice Model of Managerial Attachment", Journal of Economic Behavior and Organization, 1989, 12, 107-129.

Cassell, E., Director, S., Doctors, S., Discrimination within internal labour markets, Industrial Relations, 1972, 72, 1426-1430.

Cassem, N.H., Hackett, J.P., "Sources of tension for the CCU nurse", American Journal of Nursing, 1972, 72, 1426-1430.

Christenson, B. "Acute infections with Hepatitis B Virus in medical personnel during a 15 years follow-up", American Journal of Epidemiology, 1985, 122 (3), 411-417.

Clark, C., Enhancing Wellness, New York, Spinger, 1981.

Claus, K., Bailey, J. Living With Stress and Promoting Well-Being, St-Louis, Mo, Mosby, 1980.

Clegg, C.W. "Psychology of employee lateness, absence, and turnover : A methodological critique and empirical study" Journal of Applied Psychology, 1983, 68, 88-101.

Cloak, M.M., Connor, T.H., Stevens, K.R., Theiss, J.C., Alt, J.M., Matney, T.S., Anderson, R.W. "Occupational exposure of nursing personnel to antineoplastic agents" Oncology Nursing Forum, 1985, 12 (5), 33-39.

Comay, Yu. "The migration of professionals : An empirical analysis" Canadian Journal of Economy, 1972, 5, 419-429.

Consolvo, C.A. "Nurse turnover in the newborn intensive care unit" Journal of Gynecological Nursing, 1979, 8, 201-204.

Constable, J.F., Russel, D.W. "The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses", Journal of Human Stress, 1986, 12 (1), 20-26.

Cooper, R. et Payne, R. (Age and Absence): "A longitudinal study in three firms", Occupational Psychology, 1965, 39, 31-43.

Cooper, C., Payne, R. (Eds) Stress at work, New York: Wiley, 1978.

Cooper, C., Payne, R. (Eds) Causes, coping and consequences of stress at work: Wiley et Sons, 1988.

Corbin, S. La prédiction du désir de quitter chez les infirmières de l'urgence et des soins intensifs: nouveau regard, mémoire de maîtrise, Université de Montréal, École de relations industrielles, 1990.

Cotton, J.L., Tuttle, J.M. "Employee turnover: A meta-analysis and Review with implications for research" Academy of management Review, 1986, Vol. 11, No. 1, 55-70.

Cross, D.G., Fallon, A., "A stressor comparison of 4 specialities areas" The Australian Journal of Advanced nursing, 1985, Vol.2, No. 3, March-May, p. 24-38.

Curran, M.M., "Inter-industry variations in male labor turnover" British Journal of Industrial Relations, 1981, 19, 202-210.

Dalton, D.R., Todor, W.D., "The attenuating Effects of Internal Mobility on employee Turnover: Multiple Field Assessments", Journal of Management, 1987, vol. 13, No. 4, 705-711.

Dalton, G.W., A review of concepts and research on careers, In A. Zalesnik, G.W. Dalton, L.B. Barnes (Eds), Orientation and conflicts in careers. Boston: Division of Research, Harvard Business School, 1970, 431-466.

D'ariento, R.V., Murraco, J.C., Krajewski, R.J. Stress in teaching, University of America Inc., 1982.

De Frank, R.S. and Cooper, C.L. "Worksite stress Management interventions: their effectiveness and conceptualization", Journal of managerial Psychology, 2, 4-10, 1987.

De Ronde, M.D. Mason, M.E., "Hospital Employee Health Issues" Occupational Health Nursing, January 1984, 44-49.

Devereux, M.E., "Equal employment opportunity under Title VII and the exclusion of fertile women from the workplace" Law, Medicine and Health Care, Septembre, 1984, 164-172.

Deringer, P.B. Determinants of the structure of industrial-type internal labor market, Industrial & Labor Relations Review, 1967, 20(2), 206-220.

Doeringer, P.B., Piore, M.J. "Internal Labor Market and Manpower Analysis, Lexington, Mass: D.E. Heath, 1971.

Dougherty, T.W., Bluedorn, A.C., Keon, T.L., Precursors of employee turnover: A multiplie-sample causal analysis, Journal of Occupational Behavior, 1985, Vol. 6, 259-279. ✱

Farrel, D., Peterson, J.C., "Commitment, Absenteeism, and Turnover of New Employees": A Longitudinal Study, Human Relations, 1984, Vol. 37, No. 8, 681-692. ✱

Farris, G.R., "A predictive study of Labor Turnover" Personnel Psychology, 1971, 24, 311-328. ✱

Faulkner, R.R. "Coming of age in organizations: A Comparative study of career contingencies and adult socialization", Sociology of Work and Occupations, 1974, 1(2), 131-173.

Federico, J.M., Federico, P., Linquist, G.W. "Predicting women's turnover as a function of extent of met salary expectations and biodemographic data" Personnel Psychology, 1976, 29, 559-566.

Ferguson, Johnston, P. "Head Nurses as middle manager" Journal of Nursing Administration, November 1983, 22-26.

Fimian, M.J., Fastenau, P.S., Thomas, J.A. "Stress in nursing and intentions of leaving the profession" Psychological Reports, 1988, 62, 499-506.

Firth, H., McKeown, P., McIntee, J., Bretton, P. "Professional Depression" "burnout" and personnality in longstay nursing" International Journal of Nursing Study, 1987, vol. 24, No. 3, 227-237.

Flango, V.E., Brumbaugh, R.B. "The dimensionality of the cosmopolitan-local construct" Administrative Science Quarterly, 1974, 19, 198-210.

Friss, L. "Why RNS Quit: The need for management reappraisal of the "propensity to leave" Hospital & Health Services Administration, nov./déc, 1982, 28-43. ✱

Ganster, D.C., Mayes, B.T., Sime, W.E. and Tharp, G.D. "Managing Occupational stress: a field experiment", Journal of Applied Psychology, 67, 533-542, 1982.)

Gentry, W.D., Foster, S., Froehling, S. "Psychological responses to situational stress in intensive and non-intensive nursing". Heart lung, 1972, 1, 793.

Gray-Toft, P.A., Anderson, J.G. "Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects" Social Science and Medicine, 1981, Vol. 1, 639-647.

Gray-Toft, P.A., Anderson, J.G. "Organizational Stress in the Hospital: Development of a model for Diagnosis and Prediction, Health Services Research", 1985, Part I, 19, 675-774.

Greenberg, J., "Implications for primary care providers of occupational health hazards on pregnant women and their infants". Journal of Nursing Midwifery, 1980, 23, 21.

Grimm, J.W., Stern, R.N. Six rôles and Internal labor market structures: The "female" semi-professional. Social Problems, 1974, 21(5), 690-705.

Grout, J.W., "Module 6: Assertiveness", dans Claus, K.E., Bailey, J.T. (eds): Living with Stress and Promoting Well-Being. St-Louis, Mosby, 1980.

Grout, J.W. Steffen, S.M., Bailey, J.T. "The stresses and satisfiers of the intensive care unit: A survey" Critical Care Quarterly, 1981, 3 (4), 35-44.

Guest, R.H. "A neglected factor in labour turnover" Occupational Psychology, 1955, 29, 217-231. *

Gupta, N., Beehr, T.A., "Job Stress and Employee Behaviors", Organizational, Beh. and Human Performance, 1979, 23, 373-387. *

Gustafson, H.W., Force-loss cost analysis. In W.H. Mobley (Ed.), Employee Turnover: Causes, consequences, and control. Reading, M.A.: Addison-Wesley (pp. 139-185). (X)

Hall, D.T., Mansfield, R. "Relationships of Age and Seniority with career variables of engineers and scientists" Journal of Applied Psychology, 1975, 60, 201-210.

Hall, D.T., Schneider, B. "Organizational Climate and Careers: The lives of preists", New York: Seminar Press, 1973.

Hamory, B.H. "Underreporting a needlestick injury in a university hospital" American Journal of Infection Control, 1983, 11, 174-177.

Hart, S.K., Moore, M.N., "The relationship Among Organizational climate variables and nurse stability in Critical Care Units" Journal of Professional Nursing, 1989, Vol. 5, No. 3, 124-131.

Hay, D., Oken, D. "The psychological stresses of intensive care unit nursing" In: Burnout in the nursing Profession, 1982.

Hellreigel, D. et White, G.E. "Turnover of professionals in public accounting: A comparative analyses: Personnel Psychology, 1973, 26, 239-249.

Hemminki, K., Kyronen, P., Lindbohn, M.L., "Spontaneous abortions and malformations in the offspring of nurses exposed to anesthetic gases and other potential hazards in hospitals" Journal of Epidemiology and Community Health, 1985, 39, 141-147.

Hendrix, W.H., Ovalle, N.K., Troxler, G.R. "Behavioral and psychological consequences of stress and its antecedent factors" Journal of Applied Psychology, 1985, 70, 188-201.

Hingley, P., Cooper, C.L. Stress and the nurse manager, New York and Chichester: Wiley, 1986.

Hinshaw, A.S., Atwood, J.R. "Nursing staff turnover, stress, and satisfaction: Models, measures, and management". In H.H. Werley & J.J. Fitzpatrick (Eds), Annual review of nursing research, New York: Springer Publishing Co., 1984, (Vol.1), pp. 133-153.

Hinshaw, A.S., Atwood, J.R., "Nursing Staff Turnover, Stress and Satisfaction: Models, Measures, and Management, Chapitre 6, 1987.

Hinshaw, A.S., Smeltzer, C.H., Atwood, J.R. "Innovative retention strategies for nursing staff", Journal of Nursing Administration, 1987, 17 (6), 8-16.

Hom, P.W. et Hulin, C.L. "A competitive test of the prediction of reenlistment by several models." Journal of Applied Psychology, 1981, 66, 23-29.

Huckabay, L.M.D., Jagla, B., "Nurses Stress factors in the intensive care unit", Journal of Nursing Administration, 1979, 9 (2), 21-26.

Hulin, C.L. "Job satisfaction and Turnover in a female clerical population " Journal of Applied psychology, 1966, 50, 280-285.

Hulin, C.L. "Effects of changes in job satisfaction levels on employee Turnover." Journal of Applied Psychology, 1968, 52, 122-126.

Humphrey, J.H., Humphrey, J.N. "Factors which induce stress in teachers" Stress, 1981, 2, 11-15.

Hunt, V. "Work and the Health of Woman". Boca Raton, FL, CRC Press, 1979.

Idson, T.L. Establishment Size Differentials in Internal Mobility, The Review of Economics and Statistics, 1989, 71 (4), 721-724.

Ivancevich, J.M., Matteson, M.T. Stress and Work: A Managerial Perspective, Scott, Foresman, Glenview, 111, 1980.

Ivancevich, J., Matteson, M. McMahon, J.T. "Understanding Professional Job Attitudes" Hospital and Health Services Administration, 1980, 53-68.

Jackson, S.E. "Participation in decision making as a strategy for reducing job-related strain" Journal of Applied Psychology, 1983, 68, 3-19.

Jackson, S.E. "Correction to Participation in Decision making as a strategy for reducing job-related strain" Journal of Applied Psychology, 1984, 69, 546-547.

Jacobson, S.F., McGrath, H.M. "Nurses under stress, New York; Toronto: Wiley & Sons Inc. publishers, 1983, 326 pages.

Jacobson, S.P. "Stressful situations for neonatal intensive care nurses", American Journal of Maternal Child Nursing, 1978, 3, 144-150.

Jacofsky, E.F., Salter, J., Peters, L.H. "Reducing turnover among part-time employee" Personnel, 1986, 41-43.

Jamal, M., "Shift work related to job attitudes, social participation and withdrawal Behavior": A study of nurses and Industrial Workers. Personnel Psychology, 1981, 34, 535-547.

Jamal, M., "Job Stress and Job Performance Controversy: An Emperical Assessment, Organizational Behavior and Human Performance, 1984, 33, 1-21.

Jones J.W., Barge B.N., Steffy, B.D., Fay L.M., Kuntz L.K., Wuebker L.J. "Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention", Journal of Applied Psychology, vol. 73, 727-735, 1988.

Kanter, R. Men and women of the corporation. New York: Basic Books, 1977.

Katzell, M.E. "Expectations and dropouts in School of Nursing" Journal of Applied Psychology, 1968, 52, 154-157.

Keer, W., Koppeemeer, G. et Sullivan, J. "Absenteeism, Turnover and morale in a metals fabrication factory", Occupational Psychology, 1951, 25, 50-55.

Kelly, J.G., Cross, D.G. "Stress, coping behaviors, and recommendations for intensive care and medical-surgical ward registered nurses, Research in Nursing and Health, 1985, 8, 321-328.

Kemery, E.R., Bedeian, A.G., Mossholder, K.W., Touliatos, J. "Outcomes of role stress: A multi-sample constructive replication". Academy of Management Journal, 1985, 28, 363-375.

Kemery, E.R., Mossholder, K.W., Bedeian, A.G. "Role stress, physical symptomatology, and turnover intentions: A causal analysis of three alternative specifications" Journal of Occupational Behavior, 1987, Vol. 8, 11-23.

Koch, J.L., Steers, R.M. "Job attachment, satisfaction, and turnover among public sector employee" Journal of Vocational Behavior, 1978, 12, 119-128.

Kramer, M., Baker, C. "The Exodus: Can We Prevent It?" Journal of Nursing Administration, 1971, 1, 15.

Krau, E. "Turnover analysis and prediction from a career developmental point of view" Personnel Psychology, 1981, 34, 771-790.

Krau, A.I. "Predicting turnover of employees from measured job attitudes" Organizational Behavior and Human Performance, 1975, 13, 233-243.

Kynes, P. "The Hepatitis B vaccine" Journal of Enterostomal Therapy, 1985, 12 (4), 144-146.

Lachman, R., Diamant, E. "Withdrawal and restraining factors in teachers, turnover intention" Journal of Occupational Behaviour, 1987, Vol. 8, 219-232.

La Rocco, J.M., House, J.S., French J.R.P., Social Support, occupational stress and Health, Journal of Health and Social Behavior, 1980, 21, 202-218.

Lindbohn, M.L., Taskinen, H., Heminki, K., "Reproductive health of working women: spontaneous abortions and congenital malformations" Public Health Review, 1985, 13, 55-87.

Locke, E.A. "The nature and causes of job satisfaction". In: Dunnette, M.D. (Ed.) Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Wiley, New York, 1976.

Logan, N., O'Reilly, C.A., Roberts, K.H. "Job Satisfaction among Part-time and Full-time Employees" Journal of Vocational Behavior, 1973, 3, 33-41.

Long, L.H. "The influence of number and ages of children on residential mobility" Demography, 1972, 9: 371-382.

Lortie, D.C. "School Teacher: A Sociological Study, University of Chicago Press, Chicago, 1975.

Maccoby, E., Jacklin, C. "The Psychology of Sex Differences, Oxford University Press, London, 1974.

Macedonia, R.M., "Expectation-pressure and survival". Unpublished doctoral dissertation, Graduate School of Public Administration, New York University, June 1969.

Mac Neil, J.M., Weisz, G.M., "Critical care nursing stress: Another look", Heart and Lung, May 1987, Vol. 16, No. 3, 274-276.

Magill, K.A. "Burnin, burnout and the brightly burning", Nursing Management, 1982, 13 (7), 17-21.

Mahina, J. "Universalism and Particularism in bureaucratized organizations". Administrative Science Quarterly, 1975, 20 (2), 177-190.

Mahnke, F. "Color in medical facilities" Interior design, 1981, 52-256.

Maloney, J.P. "Job stress and its consequences on a group of intensive care nurses compared with non-intensive care nurses" Heart and Lung 1983, 12,-393.

Mangione, T.W. "Turnover-some psychological and demographic correlates". In R.F. Quinn and T.W. Mangione (eds), The 1969-1970 Survey of Working Conditions. Ann Arbor: Final Report to the Employment Standard Administration, U.S. Department of Labor, Survey Research Center, University of Michigan, 1973.

Mansfield, P.K., Yu L.C., Mc Coll W., Vicary, J.R., Packard, J.S., "The Job Context Index; a guide for improving the "fit" between nurses and their work environment", Journal of Advanced Nursing, 1989, 14, 501-508.

Margolis, G.L., Kroes, W.H., Quinn, R.P. "Job Stress: An unlisted occupational hazard", Journal of Occupational Medicine, 1974, 16, 659-661.

Marsh, R.M., Mannari, H. "Organizational commitment and turnover: A prediction study". Administrative Science Quarterly, 1977, 22, (69), 57-75.

Marshall, J. "Stress Amongst Nurses". In White Collar and Professional Stress, C.L. Cooper and J. Marshall (Eds), John Wiley & Sons Ltd., New York, 1980, 15-59.

Maslach, C., Jackson, S.E. "The measurement of experiences burnout" Journal of Occupational Behavior, 1981, 2, 99-113.

McCranie, E., Lambert, V.A., Lambert, C.E., Jr. "Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses", Nursing Research, 1987, Vol. 36, No. 6, 374-378.

Menzies, I.: "Nurses under stress". International Nursing Review, 1960, 1:9.

Michaels, C.E., Spector, P.E., "Causes of employee turnover: A test of the Mobley, Griffeth, Hand, Meglino model". Journal of Applied Psychology, 1982, 67, 53-59.

Milkovich, G.T.; Anderson, J.C.; Greenhalgh, L. Organizational Careers: Environmental, organizational, and individual determinants. In L. Dyer (Ed), Careers in Organizations: Individual planning and Organizational Development. Ithaca: Nyssilr, Cornell University, 1976.

Miller, H.E., Katerberg, R., Hulin, C.L. "Evaluation of the Mobley, Horner, and Hollingsworth model of employee turnover". Journal of Applied Psychology, 1979, 64, 509-517.

Mobley, W.H., Griffeth, R.W., Hand, H.H., Meglino, B.M. "Review and conceptual analysis of the employee turnover process" Psychological Bulletin, 1979, 86, 493-522.

Mobley, W.H., Horner, S.O., Hollingsworth, A.T. "An evaluation of precursors of hospital employee turnover" Journal of Applied Psychology, 1978, 63 (4), 408-414.

Moore, M., Miller, E., Fossum, J. "Predictors of managerial career expectations". Journal of Applied Psychology, 1974, 51 (1), 90-92.

Morris, J.H., Sherman, J.D. "Generalizability of an organizational commitment model". Academy of Management Journal, 1981, 24, 512-526.

Motowildo, S.J., "Predicting sales turnover from pay satisfaction and expectation " Journal of Applied Psychology, 1983, 68, 484-489.

Mowday, R.T., Koberg, C.S., McArthur, A.W. "The psychology of the withdrawal process" Academy of Management Journal, 1984, 27 (1), 79-94.

Mowday, R.T., Steers, R., Porter, L. "The measurement of organizational commitment" Journal of Vocational Behavior, 1979, 14.

Muchinsky, P.M., Morrow, P.C. "A multidisciplinary model of voluntary employee turnover" Journal of Vocational Behavior, 1980, 17, (84), 263-290.

Muchinsky, P.M., Tuttle, M.L. "Employee turnover: An empirical and methodological assessment" Journal of Vocational Behavior, 1979, 14, (85), 43-77.

Murphy, L.R. "Occupational Stress Management: a review and appraisal", Journal of occupational Psychology, 57, 1-15, 1984 (a).

National Commission on Nursing, "Nursing in Transition: Models for Successful Organizational Change". AHA, Août 1982.

Neale, M.S., Singer, J., Schwartz, G.E., and Schartz, J. Conflicting perspectives on stress reduction in occupational settings: a systems approach to their resolution. Report to Niosh on P.O. No 82-1058, Cincinnati, OH.

Newberger, J.S., Harris, J.A., Kundin, W.D., Bischone, A., Chin, T.D.Y. "Incidence of needlestick injuries in hospital personnel: Implications for prevention" American Journal of Injection Control, 1984, 12 (3), 171-176.

Newlin, B. "Stress reduction for the critical care nurse: A stress education program" Occupational Health Nursing, 1984, 315-319.

Newman, J.E. "Predicting absenteeism and turnover: A field comparison of Fisbein's model and traditional job attitude measures" Journal of Applied Psychology, 1974, 59, 610-615.

Nicholson, N., Wall, T.D., Lischeron, J. "The predictability of absence and propensity to leave from employee's job satisfaction and attitudes" Human Relations, 1977, 30, 499-514.

Norbeck, J.S., Types and Sources of Social Support for Managing Job Stress in Critical Care Nursing, July, August, 1985, Vol, 34, No. 4, 225-230.

Numerof, R.E., & Abrams, M.N. "Sources of stress among nurses: An empirical investigation" Journal of Human Stress, 1984, 10 (2), 83-100.

OIIQ, Enquête sur l'exercice de la profession par les infirmières et les infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1981, Mars 1984.

Olsen, M., OR Nurses, Perception of Stress, Mosby Company Publisher, 1982.

Parasuraman, S. "Predicting turnover intentions and turnover behavior: A multivariate analysis". Journal of Vocational Behavior, 1982, 21, 111-121. ✓

Pettman, B.O. "Some factors influencing labour turnover: A review of research literature" Industrial Relations Journal, 1973, 4 (3), 43-61. ✓

Pooyan, A., Eberhardt, B.I., Szigeti E., "Work related Variables and Turnover Intention Among Registered Nurses", Nursing and Health Care, May 1986, 11 (5), 255-258.

Porter, L.W., Crampon, W.I., Smith, F.J. "Organizational Commitment and managerial turnover: A longitudinal study" Organizational Behavior and Human Performance, 1976, 15, 87-98.

Porter, L.W., Steers, R.M. "Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism" Psychological Bulletin, 1973, 80, 151-176.

Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R.T., Boulian, P.V. "Organizational commitment, job satisfaction and turnover, among psychiatric technicians" Journal of Applied Psychology, 1974, 59, 603-609.

Prescott, P., Bowen, S. "Controlling nursing turnover", Nursing Management, 1987, 18 (6), 60-66.

Price, J.L. "The study of turnover". Ames, IA: Iowa State University Press, 1977.

Price, J.L., Mueller, C.W. "A causal model of turnover for nurses" Academy of Management Journal, 1981, 24, (98), 543-545.

Rabin, M., "Medical facility colors reduce patient stress", Contract, 1981, 23-78.

Rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec, produit par le Ministère de la santé et des services sociaux, Mars 1987.

Raynes, N.V., Pratt, M.W. and Roses, S. Organizational Structure and the Care of the Mentally Retarded. Croom Helm, London, 1979.

Razem, J., "Nursing Turnover in special care units" Abstracts of Hospital Management Studies, 1974, 10-335.

Rebitzer, J.B. "Establishment Size and Job Tenure", Industrial Relations, 1986, 25, 292-302.

Reeva, M., "Registered Nurse Turnover in California". A resource paper for the 1979 California Manpower Plan, April 1979.

Revicki, D.A., May H.J., "Organizational Characteristics, Occupational Stress and Mental Health in Nurses", Behavioral Medicine, Spring 1989, 30-36.

Rosch, P. and Pelletier, K. Designing workplace stress management programs, In L.R. Murphy and T.F. Schoenborn (Eds), Stress management in working settings, DHSS (NIOSH) Publication No. 87-111, VS Government Printing Office, Washington, D.C., 1987.

Ross, I.C., Zander, A., "Need satisfaction and employee turnover", Personnel Psychology, 1957, 10, 327-338.

Seybolt, J.W. Pavett, C., Walker, D.D., Turnover among nurses: It can be managed, Journal of Nursing Administration, 1978, 8, 4-9.

Scalzi, C.C., Role Stress in Top-Level Nurse Executives, Western Journal of Nursing Research, 1990, 12 (1), 58-94.

Schein, E.H. The individual, the organization, and the career: A conceptual scheme: Journal of Applied Behavioral Science, 7, 401-426, 1971.

Schuler, R.S. "An integrative transactional process model of stress in organizations" Journal of Occupational Behavior, 1982, 3, 5-19.

Selevan, S.G., Lindbohm, M.L., Hornung, R.W., Hemminki, K. "A study of occupational exposure to antineoplastic drugs and fetal loss in nurses" The New England Journal of Medicine, 1985, 313 (19), 1173-1178.

Sheridan, J.E. "A catastrophe model of employee withdrawal leading to low job performance, high absenteeism, and job turnover during the first year of employment" Academy of Management Journal, 1985, Vol. 28, No. 1, 88-109.

Spoth, R., Konewko, P., "Intensive care staff stressors and life event changes across multiple settings and work units". Hearth and Lung, May 1987, 16, 3, 278-284.

Starbuck, W.H. Organizations and their environments, In M.D. Dunnette, Hand book of industrial and Organizational psychology, Chicago: Rand Mc Nally, 1976.

Steers, R., Mowday, R. "Employee turnover and post decision accomodation process". In: Staw, B. and Cummings, L. (Eds) Research in Organizational Behavior, Vol. 3, J.A.I. Press, Greenwich, 1981.

- Steers, R.M. "Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment" Administrative Science Quarterly, XXII, 1977, 46-56.
- Stumpf, S.A., Hartman, K. "Individual exploration to organizational commitment or withdrawal" Academy of Management Journal, 1984, 308-327.
- Stumpf, S.A., Dawley, P.K. "Predicting voluntary turnover and involuntary turnover using absenteeism and performance indices" Academy of Management Journal, 24, (114), 1981, 148-163.
- Tannenbaum, T.N., Goldberg, R.J., "Exposure to anesthetic gases and reproductive outcome: A review of the epidemiological literature" Journal of Occupational Medicine, 1985, 27 (9), 659-667.
- Taylor, K.E., Weiss, D.J. "Prediction of individual job termination from measured job satisfaction and biographical data" Journal of Vocational Behavior, 1972, 2, 123-132.
- Taylor, S., Covalleski, M., "Predicting nurses turnover and internal transfer behavior" Nursing Research, 1985, 34, 237-241.
- Telly, C.S., French, W.L., Scott, W.G. "The relationship of inequity to turnover among hourly workers" Administrative Science Quarterly, 1971, 16, 164-172.
- Terborg, J.R., Lee, T.W. "A Predictive Study of Organizational Turnover Rates" Academy of Management Journal, XXVII, 1984, 793-810.
- Triolo, P.K., Occupational Health Hazards of Hospital Staff Nurses, Part II, Physical, Chemical, and Biological Stressors, AAOHN Journal, July 1989, vol. 37, No. 7, 274-279.
- Triolo, P.K., Occupational Health Hazards of Hospital Staff Nurses, Part II, Overview and Psychological Stressors, AAOHN Journal, June 1989, Vol. 37, No. 6, 232-237.
- Turner, A.N., Lawrence, P.R. "Industrial jobs and the worker: An investigation of response to task attributes, Boston: Harvard University Press, Division of Research, 1965.
- Van Sell, M., Brief, A.P., Schuler, R.S. "Role conflict and role ambiguity: Integration of the literature and directions for future research, Human Relations, 1981, 34, 43-71.
- Vardi, Y., Hammer, T.H. "Intraorganizational mobility and career perceptions among rank and file employees in different technologies". Academy of Management Journal, 1977, 20, 624-635.

Vardi, Y., "Organizational Career Mobility: An Integrative Model", Academy of Management Review, 1980, 5, No. 3, 341-355.

Vredenburg, D.J., Trinkaus, R.J., An Analysis of Role Stress among Hospital Nurses, Journal of Vocational Behavior, 1983, 23, 82-95.

Wall, T.D. and Clegg, C.W., " A longitudinal study of group work redesign", Journal of Occupational Behavior, 2, 31-49, 1981.

Wallston, A.N., Alagna, S.W., De Vellis, B.M., De Vellis, R.F., "Social Support and Physical Health, Health Psychology, 1987, 2, 367-391.

Wandelt, M.A., Pierce, P.M., Widdowson, R.R. "Why nurses leave nursing and what can be done about it". American Journal of Nursing. 1981, 81:72.

Wanous, J.P. Realistic job previews for organizational recruitment, Personnel, 1975, 52 (1), 50-60-.

Walter, L.K., Roach, D. "Job attitudes a predictors of termination and absenteeism: Consistency over time and across organizational units" Journal of Applied Psychology, 1973, 57, (124), 341-342.

Walter, L.K., Roach, D., Waters, C.W. "Estimates of future tenure, satisfaction, and biographical variables as predictors of termination" Personnel Psychology, 1976, 29, (126), 57-60.

Weitz, J. "Job expectancy and survival" Journal of Applied Psychology, 1956, 40, 245-247.

Wetzel, K.D., Gallagher, D.G., "The Work attitudes of full-time and part-time registered nurses", Health Care Management Review, 1990, 15 (3), 79-85.

White, C.H., "Where have all the nurses gone-and why?" Hospitals, 1980, 54, 9, 221-225.

White, T., Production Workers and Perceptions of Intraorganizational mobility, Sociological Inquiry, Vol. 33 (1974), 121-129.

Williams, A.N., Ware, J.E., Donald, C.A., "A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations", Journal of Health and Social Behavior, 1981, 22, 324-326.

Wolf, G.A., "Nursing Turnover: Some causes and solutions", Nursing Outlook, 1981, 4, 233-236.

Wolfgang, A.P., "Job Stress in the Health Professions: A Study of Physicians, Nurses and Pharmacists, Behavioral Medecine, 1988, Vol. 44, No. 1, 43-47.

Younberg, C.F., "An experimental study of "job satisfaction" and turnover in relation to job expectancies and self expectations", Unpublished doctoral dissertation, New York University, 1963.

ANNEXES

ANNEXE IV - Analyse factorielle des variables à l'étude

<u>Variables à l'étude</u>	<u>Facteur 1</u>	<u>Facteur 2</u>	<u>Facteur 3</u>	<u>Facteur 4</u>	<u>Facteur 5</u>
Désir de changer de profession	0.791	---	---	---	---
Insatisfaction au travail	0.748	---	---	---	---
Ambiguïté de carrière	0.538	---	---	---	---
Qualité de vie hors-travail	-0.528	---	---	---	---
Fréquences des tâches menaçantes	---	0.768	---	---	---
Fréquences des décisions urgentes	---	0.752	---	---	---
Gens et collègues agressifs	---	0.561	---	---	---
Risques de contamination	---	0.477	---	---	---
Travail d'équipe	---	---	0.740	---	---
Environnement physique de travail	---	---	0.663	---	---
Conflits de rôles	---	---	0.567	---	---
Ambiguïté de rôles	---	---	0.508	---	---
Manque de participation	---	---	---	0.758	---
Autonomie restreinte	---	---	---	0.631	---
Sous-utilisation des habiletés	---	---	---	0.587	---
Manque de responsabilité	---	---	---	0.459	---
Surcharge quantitative de travail	---	---	---	---	0.665
Instabilité de la charge	---	---	---	---	0.620
Patients très malades	0.339	0.339	---	---	0.257
Inéquité de la paie	---	---	---	---	0.394
Manque de valorisation	---	---	0.354	0.338	---
Pressions linguistiques	---	---	---	---	---
Insécurité d'emploi	---	---	---	---	---

Note: Les poids inférieurs à 0.25 ont été éliminés afin d'alléger le tableau. Les valeurs ont été remplacées par "---".

NOTE:

Tiré du rapport "Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action", par Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, C., Dolan, S.L., Editions SyGes, Longueuil, 1990., p. 43

Tableau 4 Regroupements de variables effectués entre 1987 et 1988.

<u>Sources regroupées de 1988</u>	<u>Sources de stress 1987</u>
Tâches menaçantes	Fréquence des décisions urgentes Fréquence des tâches menaçantes Gens et collègues agressifs Risques de contamination
Problèmes de rôle	Ambiguïté de rôle Conflits de rôle Ambiguïté de carrière
Contexte de travail	Travail d'équipe Environnement physique de travail
Manque de latitude	Manque de participation Manque de responsabilité Autonomie restreinte Sous-utilisation des habiletés
Charge de travail	Surcharge quantitative de travail Instabilité de la charge
Manque de valorisation	Manque de valorisation
Non retenues en 1988 ¹	Inéquité de la paie Patients très malades Insécurité d'emploi Pressions linguistiques
<u>Conséquences retenues en 1988</u>	<u>Equivalence de 1987</u>
Insatisfaction au travail	Insatisfaction
Désir de changer de profession	Désir de quitter la profession
Qualité de vie hors-travail	Impact social négatif
Pourcentage de jours d'absence	Fréquences des absences
Taux de roulement	Non disponible en 1987
Non retenues en 1988 ¹	Implication Performance

¹ Ces variables n'ont pas été retenues parce que leur profil évolutif 87-88 n'était pas significatif.

NOTE:

Tiré du rapport "Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action", par Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, C., Dolan, S.L., Editions SyGes, Longueuil, 1990., p. 15

LE STRESS EN SALLE D'URGENCE ET EN SOINS INTENSIFS:
UNE RECHERCHE ACTION ET EVALUATIVE

Bonjour,

Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs existe, mais comment contrer ses effets néfastes. Qu'il s'agisse de fatigue ou d'envie d'abandonner ou d'incapacité de "décrocher", pour agir efficacement sur le stress, il faut mesurer l'impact d'une intervention.

Ce projet est une étude contrôlée. Il se peut que vous fassiez partie du groupe témoin ou du groupe intervention. Mais la participation de tous est très importante, puisque le groupe témoin est la base même de toute comparaison.

En remplissant ce questionnaire, vous nous accordez un privilège, celui de partager vos préoccupations avec nous en toute confidentialité.

Choisissez un endroit tranquille où vous pourrez vous concentrer comme il faut, pensez à votre unité de soins, pensez à vous-même et à vos collègues de travail, essayez de ne pas oublier de questions et ne vous gênez pas pour y aller de vos commentaires et suggestions.

Merci de votre disponibilité,

Le groupe de recherche Stress et santé au travail
Université de Montréal

André Arsenault, M.D.
Shimon L. Dolan, Ph.D.
Chercheurs responsables

Marie Reine van Ameringen, Ph.D.
Coordonnatrice
Christine Léonard, M.Sc.
Assistante de recherche

Nous vous suggérons de vous réserver vingt minutes de calme et de solitude pour remplir ce questionnaire. Evitez les distractions et les influences extérieures.

INSTRUCTIONS

1. On peut répondre à la plupart des questions soit en entourant un chiffre 1,2,3,4, soit en cochant un item x . Si vous ne trouvez pas la réponse qui vous convient exactement, choisissez alors celle qui se rapproche le plus de votre situation. Pour certaines questions, vous devrez répondre en utilisant l'espace blanc.
2. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions dans l'ordre.
3. La valeur de l'étude dépend de la spontanéité avec laquelle vous répondrez à ce questionnaire. Vos réponses sont strictement confidentielles.
4. Si vous avez des explications ou des commentaires à faire, ne-vous gênez pas, écrivez-les dans la marge ou à la fin du questionnaire.
5. Ne tenez pas compte des chiffres entre parenthèses (*); ces chiffres seront utilisés plus tard dans les analyses sur ordinateur.

MERCI BEAUCOUP!

Ne rien inscrire
dans cette marge
(1-4)
(5)1

de cas: _____

(6-7)

nom de l'hôpital où vous travaillez: _____

NOUS PARLONS D'ABORD DE VOTRE TRAVAIL

quel poste occupez-vous actuellement?
titre de mon poste est: _____

(8-9)

(V.P. inscrire le titre du poste en lettres moulées)

dans quelle unité de soins occupez-vous ce poste?

(10)

Les soins intensifs L'urgence
1) (2)

depuis quand travaillez-vous dans cette unité de soins?
(Cochez une case)

(11)

moins d'un mois (1) entre un et cinq ans (4)
 de un à six mois (2) entre six et dix ans (5)
 de sept mois à un an (3) plus de dix ans (6)

avez-vous changé de travail ou de poste depuis que vous
travaillez dans cet unité de soins? (Cochez une case)

(12)

Oui (2) Non (1)

Si oui, vous avez changé pour un poste: (cochez une case)

équivalent (1)
 comportant plus de responsabilité (2)
 comportant moins de responsabilité (3)

(13)

Selon vos horaires de travail, êtes-vous? (cochez une case)

Régulier temps plein (1) Régulier temps partiel (2)

Autre _____ (3)
Spécifier

(14)

Ne rien inscrire
dans cette marge

En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine?
Les heures prises pour les repas ne sont pas incluses.

_____ heures par semaine

(15-16)

Au cours du dernier mois, vous avez travaillé pendant...

combien d'heures de temps régulier? _____ heures
combien d'heures de temps supplémentaire? _____ heures

(17-19)
(20-21)

Quel genre d'horaire de travail avez-vous ordinairement?
(Cochez une case)

___ régulier de jour (1)

___ régulier de soir (2)

___ régulier de nuit (3)

___ en rotation (4)

(22)

En considérant l'ensemble des six derniers mois, diriez-vous
que le climat dans votre unité de soins est habituellement

1	2	3	4
Très agréable	Plutôt agréable	Plutôt désagréable	Très désagréable

(23)

Plus récemment, au cours du dernier mois, diriez-vous
que le climat dans votre service est: (cochez une case)

___ comme d'habitude (1)

___ plus agréable que d'habitude (2)

___ moins agréable que d'habitude (3)

(24)

Ne rien inscrire
dans cette marge

MAINTENANT DES ASPECTS DE VOTRE TRAVAIL

Les questions suivantes traitent de différents aspects de votre travail. Veuillez indiquer à quelle fréquence ces aspects se retrouvent dans votre travail. Encerclez un chiffre par item.

	Très souvent	Assez souvent	Quelque-fois	A l'occasion	Rarement	
vos responsabilités sont clairement définies	5	4	3	2	1	(25)
vous pouvez prévoir ce que les autres attendent de vous au travail	5	4	3	2	1	(26)
les objectifs de votre tâche sont clairement définis	5	4	3	2	1	(27)
vous savez exactement ce que les autres attendent de vous au travail...	5	4	3	2	1	(28)

Dans votre travail, vous avez différentes responsabilités. Jusqu'à quel point vous sentez-vous responsable des aspects suivants? Encerclez un chiffre par item?

	Très peu	Un petit peu	Quelque peu	Passablement	Beaucoup	
Responsable de l'avenir d'autres personnes	1	2	3	4	5	(29)
Responsable de la sécurité d'emploi d'autres personnes	1	2	3	4	5	(30)
Responsable du moral des autres	1	2	3	4	5	(31)
Responsable du bien-être et de la vie des autres	1	2	3	4	5	(32)
Responsable de la réputation de l'hôpital dans la communauté	1	2	3	4	5	(33)

Ne rien inscrire
dans cette marge

Veuillez indiquer à quelle fréquence les aspects suivants se retrouvent
dans votre travail. Encerclez un chiffre par item.

	<u>Très souvent</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>A l'occasion</u>	<u>Rarement</u>	
Notre travail exige que vous travailliez très vite	5	4	3	2	1	(34)
Notre travail exige que vous travailliez très fort	5	4	3	2	1	(35)
Notre travail vous laisse peu de temps pour faire ce que vous avez à faire	5	4	3	2	1	(36)
Il y a beaucoup de choses à faire	5	4	3	2	1	(37)
Vous êtes contrarié(e) parce que votre supé- rieur(e) vous donne des ordres dans une autre langue que votre langue maternelle	5	4	3	2	1	(38)
Vous êtes contrarié(é) de devoir communiquer dans votre travail dans une autre langue que votre langue maternelle	5	4	3	2	1	(39)
En général, vous êtes embarrassé(e) par l'usage de plusieurs langues dans votre hôpital	5	4	3	2	1	(40)

Ne rien inscrire
dans cette marge

Très souvent Assez souvent Quelque-
fois A l'occasion Rarement

Le travail implique contact direct avec patients 5 4 3 2 1 (41)

Le travail implique contact direct avec patients en phase finale ou critique 5 4 3 2 1 (42)

Vous assistez personnellement des patients souffrants 5 4 3 2 1 (43)

Indiquez à quelle fréquence vous subissez chacun des changements suivants dans votre travail. Encerclez un chiffre par item.

Rarement ou jamais Quelque-fois Assez souvent Très souvent

l'accroissement requis dans la charge de travail 1 2 3 4 (44)

l'accroissement requis dans le degré de concentration au travail 1 2 3 4 (45)

l'accroissement requis dans la vitesse à laquelle vous faut penser 1 2 3 4 (46)

Ne rien inscrire
dans cette marg.

Veillez indiquer à quelle fréquence vous vous sentez personnellement
ou professionnellement menacé(e) dans chacune des situations suivantes?
Encerclez un chiffre par item.

	Rarement <u>ou jamais</u>	Quelque- <u>fois</u>	Assez <u>souvent</u>	Très <u>souvent</u>	
Quand vos fonctions exigent de vous une participation active dans les urgences	1	2	3	4	(47)
Quand vos fonctions vous obligent à prendre des décisions rapides	1	2	3	4	(48)
Lorsqu'on vous assigne des tâches trop difficiles	1	2	3	4	(49)
Lorsqu'on vous assigne des tâches trop complexes	1	2	3	4	(50)
Lorsque vous avez à travailler avec des patients violents ou agressifs	1	2	3	4	(51)
Lorsque vous avez à travailler avec des collègues ou professionnels agressifs	1	2	3	4	(52)
Lorsque vous avez à travailler avec des parents agressifs	1	2	3	4	(53)
Lorsqu'il y a trop de parents autour	1	2	3	4	(54)
Lorsqu'au travail, vous risquez d'être contaminé(e) par des bactéries	1	2	3	4	(55)
Lorsqu'au travail, vous risquez d'être contaminé(e) par des solvants ou autres produits chimiques	1	2	3	4	(56)

Ne rien inscrire
dans cette marge

Qu'importe quel travail peut comporter des conflits. Par exemple, on vous demande de travailler d'une façon qui, pour vous, n'est pas la meilleure, ou vous pouvez penser qu'il est difficile de satisfaire tout le monde. Vous arrive-t-il fréquemment, au travail, de faire face aux problèmes suivants: Encerclez un chiffre par item.

	<u>Rarement ou jamais</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>	
Les personnes de même niveau d'autorité que vous-même, vous demandent de faire des choses qui entrent en conflit	1	2	3	4	(57)
Des supérieur(e)s vous font faire des choses qui entrent en conflit	1	2	3	4	(58)
Des gens qui sont en mesure de l'exiger, vous demandent de faire des choses qui interfèrent avec votre travail	1	2	3	4	(59)

Voudriez-vous indiquer jusqu'à quel point les aspects suivants se retrouvent dans votre travail? Encerclez un chiffre par item.

	<u>Très peu</u>	<u>Un peu</u>	<u>Jusqu'à un certain point</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Enormément</u>	
Participez-vous à la prise des décisions qui vous affectent?	1	2	3	4	5	(60)
Participez-vous à l'élaboration de la façon de procéder dans votre travail?	1	2	3	4	5	(61)
Décidez-vous de la partie des tâches qui vous revient?	1	2	3	4	5	(62)
Souhaitez-vous participer à l'élaboration de la façon de procéder dans votre travail?	1	2	3	4	5	(63)

Ne rien inscrire
dans cette marge

Si nous parlions maintenant du degré de liberté que vous avez dans les décisions qui concernent votre travail. Vous sentez-vous libre de...
Encerclez un chiffre par item.

	Rarement <u>ou jamais</u>	Quelque- <u>fois</u>	Assez <u>souvent</u>	Très <u>souvent</u>	
Decider quand litter votre travail?	1	2	3	4	(64)
Decider quand prendre les pauses-café?	1	2	3	4	(65)
Decider comment organiser vos acti- vités quotidiennes?	1	2	3	4	(66)

Si nous parlions maintenant de l'utilisation de vos capacités et de votre expérience. A quelle fréquence utilisez-vous les habiletés suivantes? Encerclez un chiffre par item.

	Rarement	Occasion- <u>nellement</u>	Quelque- <u>fois</u>	Assez <u>souvent</u>	Très <u>souvent</u>	
Votre tâche vous permet-elle d'uti- liser les habiletés et les connaissances acquises à l'école?	5	4	3	2	1	(67)
Vous laisse-t-on la chance de travailler dans les domaines où vous excellez?	5	4	3	2	1	(68)
Pouvez-vous mettre en valeur les habiletés acquises par votre expérience et votre formation antérieure?	5	4	3	2	1	(69)

Ne rien inscrire
dans cette marge

Si nous parlions maintenant de la perception qu'ont les autres de votre travail. Encerclez un chiffre par item.

	<u>Très peu</u>	<u>Un peu</u>	<u>Jusqu'à un certain point</u>	<u>Beaucoup</u>	
Jusqu'à quel point croyez-vous que votre travail est vraiment valorisé par vos supérieurs?	1	2	3	4	(70)
Jusqu'à quel point croyez-vous que votre travail est vraiment valorisé par vos collègues?	1	2	3	4	(71)
Jusqu'à quel point croyez-vous que l'administration a tendance à minimiser votre travail?	1	2	3	4	(72)
Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres professionnels ont tendance à minimiser votre travail?	1	2	3	4	(73)
De façon générale, croyez-vous que votre travail reçoit toute l'appréciation qu'il mérite?	1	2	3	4	(74)

Ne rien inscrire
dans cette marg

maintenant que nous avons passé à travers les divers aspects de votre travail, qu'est-ce que vous pensez de votre salaire?

Pour les questions suivantes, encerclez un chiffre sur chaque ligne.

Beaucoup moins que ce que je <u>devrais</u> <u>avoir</u>	Quelque peu moins que ce que je <u>devrais</u> <u>avoir</u>	Un tout petit peu moins que ce que je <u>devrais</u> <u>avoir</u>	A peu près la même chose que ce que je <u>devrais</u> <u>avoir</u>	Plus que ce que je <u>devrais</u> <u>avoir</u>
--	---	---	---	---

En comparaison avec les autres personnes qui font un travail semblable au mien dans l'hôpital, j'obtiens comme-salaire...

1	2	3	4	5	(80)
---	---	---	---	---	------

En comparaison avec d'autres personnes dans l'hôpital qui font un travail différent du mien, j'obtiens comme-salaire...

1	2	3	4	5	(81)
---	---	---	---	---	------

En comparaison avec d'autres personnes qui ne travaillent pas au même endroit que moi, mais qui ont les mêmes compétences que moi, j'obtiens comme-salaire...

1	2	3	4	5	(82)
---	---	---	---	---	------

Ne rien inscrire
dans cette marge

(1-4)
(5)2

NOUS PARLONS DE CE QUE L'AVENIR VOUS RESERVE

Dans l'avenir certains emplois vont changer, tandis que d'autres vont rester les mêmes. Les questions qui suivent portent sur ce changement. Sur chaque question, indiquez votre réponse en encerclant un chiffre.

Avenir très incertain	Avenir un peu incertain	Avenir plus ou moins certain	Avenir assez certain	Avenir très certain
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	----------------------------	---------------------------

En ce qui concerne votre
arrière, quel est votre
degré de certitude quant
à l'avenir?

1	2	3	4	5	(6)
---	---	---	---	---	-----

En ce qui concerne vos
chances de promotion,
d'avancement, quel est
votre degré de certitude
quant à l'avenir?

1	2	3	4	5	(7)
---	---	---	---	---	-----

Quel est votre degré de
certitude quant à ce que
seront vos responsabilités
dans 6 mois d'ici?

1	2	3	4	5	(8)
---	---	---	---	---	-----

Selon vous, est-il plausible que d'ici quelques années, votre travail se fasse par un ordinateur, ou par une autre machine, ou qu'il soit éliminé ou encore confié à d'autres personnes? Encerclez un chiffre.

1 Pas du tout plausible	2 Quelque peu plausible	3 Assez plausible	4 Très plausible
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------

(9)

Vous sera-t-il facile alors, de trouver un autre emploi semblable à celui que vous avez maintenant avec le même revenu et les mêmes avantages sociaux? Encerclez un chiffre.

1 Très facile	2 Assez facile	3 Assez difficile	4 Très difficile
---------------------	----------------------	-------------------------	------------------------

(10)

Est-il certain que votre poste existe encore à l'hôpital dans cinq ans d'ici?

1 Très incertain	2 Incertain	3 Assez certain	4 Très certain
---------------------	----------------	--------------------	-------------------

(11)

Considérant votre mérite et votre expérience de travail (ancienneté), est-il plausible que vous soyez mis-à-pied dans les cinq prochaines années?

1 Pas du tout plausible	2 Quelque peu plausible	3 Assez plausible	4 Très plausible
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------

(12)

Ne rien inscrire
dans cette marge

La performance des gens peut changer de jour en jour à cause de plusieurs raisons. Par exemple, leur humeur, la pression causée par les exigences de travail, etc. À tout considérer, comment vous sentez-vous actuellement en rapport avec ces énoncés concernant vos activités de travail? Encerclez un chiffre par item.

	<u>Extrêmement bonne</u>	<u>Bonne</u>	<u>Ni pauvre ni bonne</u>	<u>Pauvre</u>	<u>Extrêmement pauvre</u>	
Votre performance globale au travail	1	2	3	4	5	(13)
Votre capacité d'analyser les problèmes provenant du travail	1	2	3	4	5	(14)
Votre capacité de prendre des décisions au travail	1	2	3	4	5	(15)
Votre capacité de trouver de meilleures méthodes pour faire le travail	1	2	3	4	5	(16)
Votre initiative au travail	1	2	3	4	5	(17)
Votre capacité de coordonner les activités au travail	1	2	3	4	5	(19)
Votre connaissance du travail	1	2	3	4	5	(19)
Votre attitude au travail	1	2	3	4	5	(20)

Ne rien inscrire
dans cette marge

QUESTION 21. AVANT L'UNITE DE SOINS ET LE TRAVAIL EN GENERAL

La question se rapporte au type d'organisation dans laquelle vous travaillez. Dans l'ensemble, est-ce que cet unité de soins est un bon endroit pour travailler Encerclez un chiffre par item.

	Très bon	Bon	Pauvre	Très pauvre	
point de vue de l'aménagement physique (espace)	1	2	3	4	(21)
point de vue de l'équipement et de l'instrumentation	1	2	3	4	(22)
point de vue de la température ambiante	1	2	3	4	(23)
point de vue du travail d'équipe	1	2	3	4	(24)

22. Nous voudrions que vous réfléchissiez sur le genre de travail que vous faites dans cet unité de soins.

23. Considérant ce que vous savez maintenant, si vous aviez à décider à quel niveau de reprendre ou non le type d'emploi que vous avez actuellement et décideriez-vous?

Je déciderais...

1	2	3	4	(25)
Je ne reprendrais le même type d'emploi sans hésitation	Je garderais le même type d'emploi	D'y réfléchir à nouveau	Définitivement de ne pas reprendre ce type d'emploi	

24. Si un de vos amis vous disait qu'il serait intéressé à travailler dans un emploi comme le vôtre, que lui diriez-vous?

1	2	3	4	(26)
Je lui recommanderais fortement	Je lui recommanderais	J'hésiterais à lui recommander	Je le dissuaderais	

Ne rien inscrire
dans cette marge

Considérant vos habiletés et le niveau d'effort que vous consacrez
au travail, comment diriez-vous être satisfait(e) avec votre
salaire?

1	2	3	4	(27)
Très satisfait	Quelque peu satisfait	Pas trop satisfait	Pas du tout satisfait	

A tout considérer, comment diriez-vous être satisfait(e)...

Encerclez un chiffre par item.

	<u>Très satisfait</u>	<u>Plutôt satisfait</u>	<u>Plutôt insatisfait</u>	<u>Très insatisfait</u>	
de votre emploi?	1	2	3	4	(28)
des personnes avec qui vous travaillez?	1	2	3	4	(29)
de votre supérieur?	1	2	3	4	(30)
de votre unité de soins	1	2	3	4	(31)
de votre évolution dans cet hôpital	1	2	3	4	(32)
de vos chances d'avancement dans cet hôpital dans le futur	1	2	3	4	(33)

Ne rien inscrire
dans cette marge

Pour les items suivants veuillez encercler un chiffre par item.

	Tout à fait <u>d'accord</u>	<u>d'accord</u>	Moyen- nement <u>d'accord</u>	Pas vraiment <u>d'accord</u>	Pas <u>d'accord</u>	Pas du tout <u>d'accord</u>	
Si j'avais à recommencer, je ne choisira pas la même catégorie d'emploi	1	2	3	4	5	6	(34)
Je suis en retard au travail plus souvent que la plupart des gens	1	2	3	4	5	6	(35)
Je songe à chercher un autre emploi similaire d'ici un an	1	2	3	4	5	6	(36)
Je songe à abandonner complètement mon type d'emploi actuel	1	2	3	4	5	6	(37)
Je suis absent au travail plus souvent que la plupart des gens	1	2	3	4	5	6	(38)
Je voudrais trouver un emploi similaire dans un autre hôpital	1	2	3	4	5	6	(39)
Si l'occasion se présentait, j'accepterais un autre poste dans cet hôpital	1	2	3	4	5	6	(40)
Je ne veux pas continuer dans mon domaine d'emploi actuel	1	2	3	4	5	6	(41)
Je regrette de ne pas avoir choisi un autre type de travail	1	2	3	4	5	6	(42)

Ne rien inscrire
dans cette marge

	<u>Tout</u> <u>à fait</u> <u>d'accord</u>	<u>d'accord</u>	<u>Moyen-</u> <u>nement</u> <u>d'accord</u>	<u>Pas</u> <u>vraiment</u> <u>d'accord</u>	<u>Pas</u> <u>d'accord</u>	<u>Pas</u> <u>du tout</u> <u>d'accord</u>	
--	---	-----------------	---	--	-------------------------------	---	--

Comparativement à la
plupart des gens dans
mon domaine, je suis
très impliqué(e) dans
mon travail

1	2	3	4	5	6	(43)
---	---	---	---	---	---	------

Je suis ponctuel(e)
au travail

1	2	3	4	5	6	(44)
---	---	---	---	---	---	------

Je déteste manquer des
journées de travail

1	2	3	4	5	6	(45)
---	---	---	---	---	---	------

J'aimerais changer
d'emploi dans cet
hôpital

1	2	3	4	5	6	(46)
---	---	---	---	---	---	------

Ne rien inscrire
dans cette marge

INFORMATIONS GENERALES

(47-50)

Quel est votre année de naissance? _____

Combien d'années d'études avez-vous? Cochez une case. Ignorez les chiffres entre parenthèses ().

- 1 - 7 ans (1)
- 8 - 11 ans (2)
- 12 ans (3)
- Secondaire complété plus une autre formation (technique ou commerciale ou collégiale) (4)
- Une partie d'études universitaires (5)
- Etudes universitaires terminées avec baccalauréat (6)
- Etudes universitaires terminées avec un diplôme plus avancé ou professionnel (M.A., M.Sc., Ph.D., M.D., etc.) (7)

(51)

Quel est votre sexe.

- Féminin (1)
- Masculin (2)

(52)

Quel est votre état civil?

- Marié(e) ou l'équivalent (1)
- Célibataire (2)
- Séparé(e)/divorcé(e) (3)
- Veuf (veuve) (4)

(53)

Combien d'enfants de moins de 14 ans avez-vous à la maison? _____

(54)

Quel est votre langue maternelle?

- Anglais (1)
- Français (2)
- Autre _____
(Spécifier)

(55)

Généralement parlant, vous considérez-vous:

- Anglophone (1)
- Francophone (2)
- Autre _____
(Spécifier)

(56)

Quel est votre religion?

- | Actif | Inactif | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> (01) | <input type="checkbox"/> (10) | Catholique |
| <input type="checkbox"/> (02) | <input type="checkbox"/> (20) | Protestant |
| <input type="checkbox"/> (03) | <input type="checkbox"/> (30) | Juif |
| <input type="checkbox"/> (04) | <input type="checkbox"/> (40) | Autre (Spécifier) _____ |

(55)

Pas de religion

(57)

Dans une unité de soins, il y a toujours différentes choses à faire. Certaines ont à voir avec la qualité du contact avec le bénéficiaire et sa famille; d'autres ont trait à la qualité des soins comme telle; enfin il y a toutes tâches à caractère administratif. Il y a souvent un écart entre la réalité et l'idéal.

Actuellement, quel est le pourcentage de temps que vous consacrez en moyenne à chacun des aspects suivants?

1. Soins directs au bénéficiaire	_____ %	(58-59)
2. Soutien indirect (moral) au bénéficiaire	_____ %	(60-61)
3. Soutien à la famille du bénéficiaire	_____ %	(62-63)
4. Tâches administratives	_____ %	(64-65)
5. Période de repos ou de décompression	_____ %	(66-67)
Total	100 %	

Idéalement, quel pourcentage du temps devrait être consacré à chacun de ces aspects?

1. Soins directs au bénéficiaire	_____ %	(68-69)
2. Soutien indirect (moral) au bénéficiaire	_____ %	(70-71)
3. Soutien à la famille du bénéficiaire	_____ %	(72-73)
4. Tâches administratives	_____ %	(74-75)
5. Période de repos ou de décompression	_____ %	(76-77)
Total	100 %	

Si nous parlions des ressources humaines disponibles pour accomplir tout le travail à faire.

Actuellement, combien de personnes travaillent dans votre unité de soins?

_____ personnes (78-79)

Idéalement, combien de personnes devraient y travailler?

_____ personnes (80-81)

Vous devez vous occuper de combien de bénéficiaires en moyenne par jour? _____

(82-83)

Ne rien inscrire
dans cette marge

(1-4)

(5)3

Nous venons de couvrir de nombreux aspects qui sont impliqués directement dans votre travail ou qui font partie du contexte dans lequel vous travaillez. Nous vous demandons maintenant de considérer quels sont les problèmes ou situations les plus importants qui devraient être abordés en priorité dans un programme éventuel d'intervention et/ou de prévention.

Indiquez, en encerclant un chiffre, si vous considérez ces situations comme prioritaires. Si vous considérez que c'est très prioritaire, encerclez 4, si ce ne l'est pas, encerclez 1. (0 = ne sais pas)

<u>SITUATIONS OU PROBLEMES</u>	<u>PRIORITAIRES?</u> (1 à 4)					
Qualité des soins	0	1	2	3	4	(6)
Participation aux décisions	0	1	2	3	4	(7)
Fréquence des urgences	0	1	2	3	4	(8)
Risques de contamination	0	1	2	3	4	(9)
Aggressivité	0	1	2	3	4	(10)
Responsabilité	0	1	2	3	4	(11)
Surcharge de travail	0	1	2	3	4	(12)
Tâches difficiles	0	1	2	3	4	(13)
Manque d'autonomie	0	1	2	3	4	(14)
Sous-utilisation des habiletés	0	1	2	3	4	(15)
Incertitude quant à l'avenir	0	1	2	3	4	(16)
Instabilité de la charge	0	1	2	3	4	(17)
Inéquité de la paie	0	1	2	3	4	(18)
Ambiguïté de rôle	0	1	2	3	4	(19)
Communications inadéquates	0	1	2	3	4	(20)
Pressions linguistiques	0	1	2	3	4	(21)
Insécurité d'emploi	0	1	2	3	4	(22)

Pour l'usage des chercheurs seulement

Mois de cueillette	(23-24)
Année de cueillette	(25-26)
Langue du questionnaire	(27)

COMMENTAIRES

Ceci complète la partie structurée du questionnaire. Comme d'habitude dans un questionnaire de ce type, nous ne pouvons avoir une connaissance complète de tout ce qui touche votre travail. Y a-t-il du stress ou des problèmes que nous n'avons pas abordés ou couverts qui seraient importants? S'il vous plaît, veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour nous parler d'eux. Aussi, soyez tout à votre aise si vous désirez donner des commentaires sur le questionnaire en général. Et n'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez des questions.

ANNEXE 4

MATRICE DE CORRÉLATION DES VARIABLES À L'ÉTUDE

Variabes	Manque de va- lorisation	Tâches mena- çantes	Charge de travail	Manque de latitude profes- sionnelle	Problèmes de rôles	Contex- te de travail
Manque de va- lorisation	1.000					
Tâches mena- çantes	0.162	1.000				
Charge de travail	0.192	0.313	1.000			
Manque de la- titude pro- fessionnelle	0.176	- 0.002	- 0.101	1.000		
Problèmes de rôles	0.369	0.275	0.191	0.238	1.000	
Contexte de travail	0.217	0.157	0.204	0.124	0.381	1.000

- Liste des centres hospitaliers participants

Centre hospitalier de Granby
 Centre hospitalier Jefferey Hale
 Centre hospitalier Le Gardeur
 Centre hospitalier de Matane
 Centre hospitalier Pierre Boucher
 Centre hospitalier Rouyn-Noranda
 Centre hospitalier de Sherbrooke
 Centre hospitalier St-Eustache
 Centre hospitalier St-François d'Assise (La Sarre)
 Centre hospitalier St-Vincent-de-Paul (Sherbrooke)
 Centre hospitalier de Valleyfield
 Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
 Centre hospitalier régional de la Beauce
 Centre hospitalier régional du Grand Portage (Rivière-du-Loup)
 Centre hospitalier régional de la Mauricie
 Centre hospitalier régional de Lanaudière
 Centre hospitalier régional de l'Outaouais
 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
 Hôpital Christ-Roi
 Hôpital Jean Talon
 Hôpital Laval (Québec)
 Hôpital Ste-Croix de Drummondville
 Hôpital St-Michel
 Hôpital St-Luc
 Hôpital du St-Sacrement
 Hôpital général de Lachine
 Hôpital général du Lakeshore
 Hôtel-Dieu d'Alma
 Hôtel-Dieu d'Arthabaska
 Hôtel-Dieu de Roberval

NOTE:

Tiré du rapport "Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action", par Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, C., Dolan, S.L., Éditions SyGes, Longueuil, 1990., p. 39

ANNEXE 6

MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

Puisque nous avons travaillé avec la banque de données constituée suite à l'administration du questionnaire en 1987 lors de la première phase de l'étude, nous décrivons la méthode adoptée par les chercheurs lors de cette collecte des données.

Rappelons que l'étude originale de Arsenault et coll. (1990) a pu être réalisée grâce à la collaboration de l'Association en santé et sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS).

La première démarche consistait à contacter une cinquantaine de centres hospitaliers de soins de courte durée, afin de les sensibiliser à l'étude. Des quarante hôpitaux ayant accepté de participer, trente ont été sélectionnés au hasard.

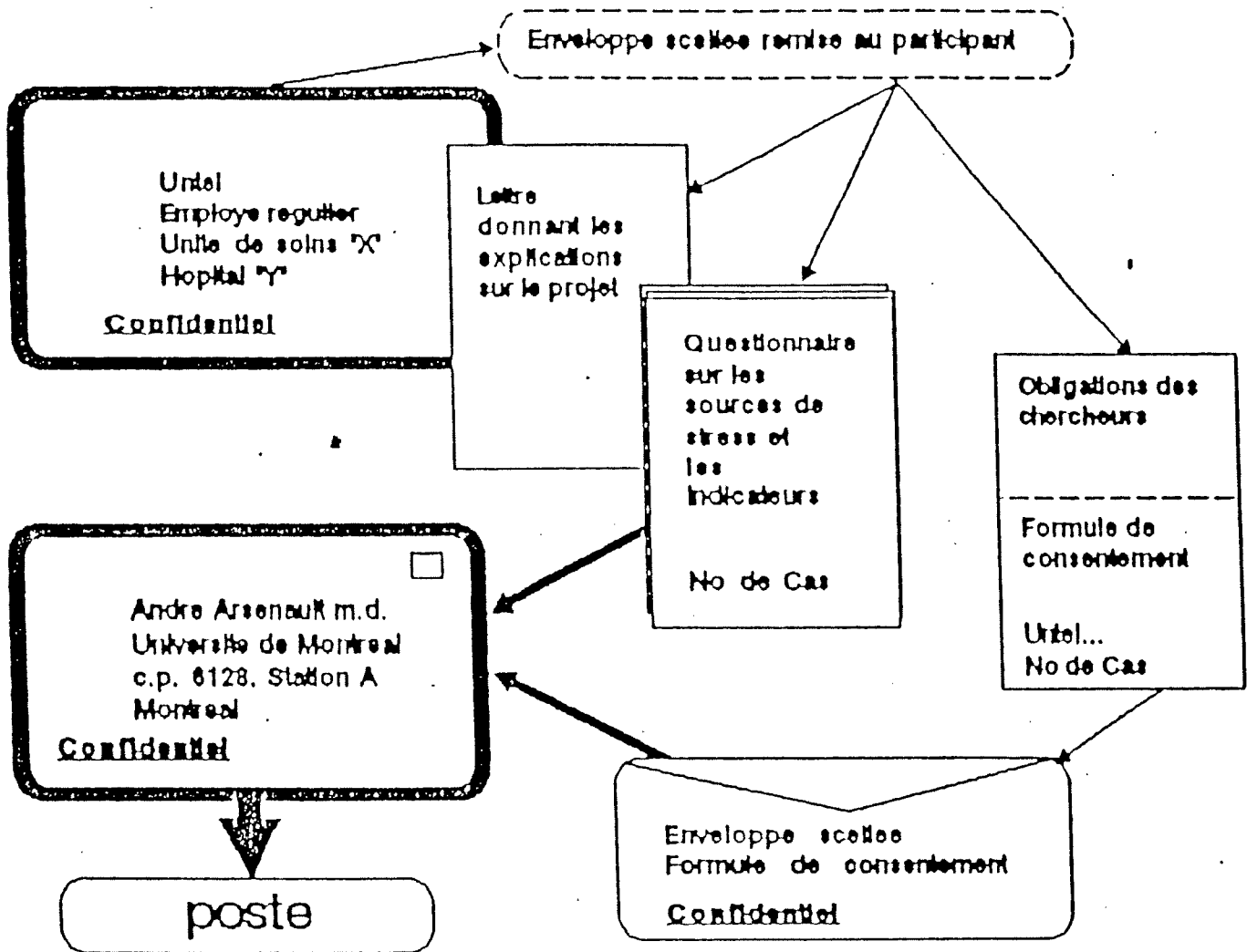
Par la suite, grâce à la collaboration des conseillers aux établissements de l'ASSTAS, un comité paritaire de travail a été constitué au sein de chaque unité, comprenant un nombre égal de responsables d'unité (3 quarts de travail) et de représentants des travailleuses de l'unité. Ce groupe a servi de lien de communication entre les conseillers aux établissements de l'ASSTSAS et l'ensemble des travailleuses de l'unité.

Troisièmement, une séance d'information a été organisée sous la direction des conseillers aux établissements de l'ASSTAS afin d'expliquer le déroulement du projet. Étaient présents, la personne ressource assignée au dossier pour chaque hôpital, le plus souvent la directrice des soins infirmiers (DSI) ou des ressources humaines, l'infirmière-chef de chaque département, des représentants de chaque service et quelquefois, des représentants syndicaux et des membres des comités de santé et sécurité au travail.

Dans la majorité des cas, le questionnaire était remis à cette occasion. Une liste de tout le personnel, régulier temps plein et temps partiel avait été fournie pour chaque établissement. Entre le 15 et le 30 octobre 1987, le questionnaire est parvenu à chaque travailleuse, sous pli confidentiel, par l'intermédiaire soit du conseiller de l'ASSTAS, de la personne ressource, ou par les infirmières-chefs de chaque département. Ce processus de distribution confidentielle des questionnaires, la lettre de bienvenue aux participants de même que la formule de consentement sont reproduits à la fin de la présente annexe.

Un peu moins de 1700 questionnaires ont été distribués. Chaque individu retournait son questionnaire dans une enveloppe préadressée. 1410 questionnaires ont été retournés pour donner un taux de participation de 84%.

Protocole de distribution confidentielle des questionnaires



Le second groupe, par l'intermédiaire du comité paritaire de travail, recevra à l'automne 1987 une session d'information de deux heures sur le profil des sources de stress et des conséquences comparé avec la moyenne générale de tous les hôpitaux participants.

3. Le troisième groupe recevra, en plus du retour d'information identique au groupe II, l'équivalent d'une journée de formation reposant sur la gestion individuelle et organisationnelle du stress. Ces sessions de formation seront prises en charges par des conseillers aux établissements de l'ASSTSAS sous la responsabilité de l'équipe de recherche.

Vous trouverez sur la formule de consentement l'engagement signé des chercheurs et les obligations qu'ils s'imposent dans le cadre de la présente étude. L'ASSTSAS s'est engagée par écrit à faire siens et à défendre les principes énoncés dans cette formule. Seule une autorisation signée de votre part permettrait à un tiers d'accéder à votre dossier individuel. Nous vous recommandons d'utiliser l'enveloppe scellée pour nous retourner votre formule de consentement et de l'insérer avec le questionnaire dans la grande enveloppe affranchie et pré-adressée. De cette façon seuls les chercheurs auront la possibilité de vous identifier.

Finalement, nous vous demandons de nous indiquer un numéro de téléphone qui nous permettra de vous atteindre de façon confidentielle si nous avons besoin d'information supplémentaire.

Quant à nous, vous pouvez nous atteindre au besoin à l'adresse suivante:

Groupe de recherche STRESS ET SANTE AU TRAVAIL
Université de Montréal
Pavillon Mont-Royal
C.P. 6128 A.
Montréal, P.Q.
H3C 3J7 Tel: 845-4043

Merci de votre collaboration et comptez que nous mettrons tout en oeuvre pour faire de ce projet un modèle de recherche action participative.

André Arsenault M.D.
Shimon Dolan Ph.D.
Marie-Reine van Ameringen Ph.D.

OBLIGATIONS DES CHERCHEURS

1. Les parties reconnaissent le caractère confidentiel et professionnel des dossiers individuels recueillis dans le cadre de la présente étude.
2. Les chercheurs s'engagent à en limiter l'accès aux membres autorisés de l'équipe de chercheurs sous la responsabilité du chef de projet.
3. Les chercheurs s'engagent à ne pas utiliser les informations personnalisées recueillies pour d'autres fins que celles décrites ci-haut à moins d'obtenir l'autorisation expresse de chaque individu concerné.
4. Les chercheurs s'engagent à préserver l'identité des institutions participantes dans les communications scientifiques et techniques.
5. Les données abrégées et anonymisées pourront être utilisées par les chercheurs à des fins comparatives dans le cadre d'autres travaux de recherche et de consultation.

Shimon L. Dolan, Ph.D.

André Arsenault, M.D.

Marie Reine van Ameringen, Ph.D.

FORMULE DE CONSENTEMENT

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je comprends que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps et je ne cours aucun risque à le faire.

Il est entendu que toutes ces données sont confidentielles et que l'étude ne porte pas sur moi personnellement mais sur l'unité de soins à laquelle j'appartiens.

En dehors de ce questionnaire et des registres de présence, aucune autre procédure ou test n'est prévu dans ce protocole de recherche.

J'ai lu et je comprends le contenu de cette formule. Je soussigné(e) accepte de participer à ce projet.

Signature du travailleur(euse)

Date

Nom du participant

No. de téléphone (confidentiel)

Nom de l'hôpital:

Questionnaire no.:

No. de l'employé:

Note: L'original de cette formule doit être inséré au dossier de recherche du travailleur(euse) participant qui est un dossier confidentiel.

Tableau 3 Caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	1987		1988	
	n	%	n	%
Service				
Soins intensifs:	645	45.0	397	47.1
Urgence:	781	55.0	446	52.9
Occupation				
Infirmier(e)-chef	80	5.6	56	6.6
Assistant(e) inf.-chef	118	8.3	78	9.3
Infirmier(e)	1021	71.6	595	70.6
Auxiliaire	140	9.8	75	8.9
Technicien(ne)-Secrétaire	67	4.7	39	4.6
Statut				
Régulier temps plein	704	49.4	434	51.5
Régulier temps partiel	651	45.7	375	44.5
Occasionnel	70	4.9	34	4.0
Horaire				
Jour	509	35.7	300	35.6
Soir	399	28.0	239	28.3
Nuit	273	19.2	149	17.7
Rotation	244	17.1	155	18.4
Age				
19-30		33.9		29.9
31-45		57.3		61.4
46-65		8.8		8.7
Sexe				
Féminin	1219	85.5	712	84.5
Masculin	207	14.5	131	15.5
Etat civil				
Marié(e) ou équivalent	930	65.2	550	65.2
Célibataire	359	25.2	217	25.8
Séparé(e)/divorcé(e)	126	8.8	72	8.5
Veuf(ve)	10	0.7	4	0.5
Langue maternelle				
Francophone	1314	92.1	778	92.3
Anglophone	101	7.1	59	7.0
Allophone	11	0.8	6	0.7
Scolarité				
12 ans ou moins	115	8.1	63	7.5
Collégial	783	55.0	474	56.3
Université	419	29.4	242	28.8
Bacc. ou M.Sc.	107	7.5	62	7.4

NOTE:

Tiré du rapport "Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action", par Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, S., Dolan, S.L., Editions SyGesa, Longueuil, 1990., p. 13

Tableau 2 Répartition des participantes en 1987 et 1988

Répartition des effectifs	N	%
Participation en 1987	1,410	100.0
Participation en 1988	880	62.4
Non participation en 1988	530	37.6
Départ de l'hôpital	90	6.4
Départ du département	142	10.1
Congé sans solde	27	1.9
Congé avec solde	23	1.6
Congé de maladie	22	1.6
Congé de maternité	56	4.0
Questionnaires non retournés	170	12.0

Le taux de roulement brut est de 16% mais il faut compter que les divers congés, s'ils doivent être remplacés, constituent un déficit net en main d'oeuvre qui totalise 25.6% en 1988.

NOTE:

Tiré du rapport "Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: sources, conséquences et plan d'action", par Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, C., Dolan, S.L., Editions SyGesa, Longueuil, 1990., p. 12

ANNEXE 9

PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION MÈRE

	Population globale		Quitté l'hôpital		Changé d'unité		Non-abandon du poste	
	Total: 1161		78		128		955	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
<u>Age:</u>								
19 - 30	369	31.8	32	41.0	53	41.4	284	29.8
31 - 45	684	59.0	37	47.5	69	53.9	578	60.6
46 - 65	107	9.2	9	11.5	6	4.7	92	9.6
<u>Sexe:</u>								
Femme	986	84.9	67	85.9	109	85.2	810	84.8
Homme	175	15.1	11	14.1	19	14.8	145	15.2
<u>Statut civil:</u>								
Marié	754	64.9	44	56.4	80	62.5	630	66.0
Célibataire	300	25.8	22	28.2	36	28.1	242	25.3
Divorcé/séparé	98	8.4	9	11.5	12	9.4	77	8.1
Veuf	9	0.8	3	3.8	-	-	6	0.6
<u>Niveau hiérarchique:</u>								
infirmière cadre	185	15.9	12	15.4	18	14.1	155	16.2
infirmière	851	73.3	51	65.4	95	74.2	705	73.8
infirmière auxiliaire	125	10.8	15	19.2	15	11.7	95	9.9
<u>Statut d'emploi:</u>								
Temps plein	602	51.9	36	46.2	69	53.9	497	52.0
Temps partiel	559	48.1	42	53.8	59	46.1	458	48.0
<u>Unité de travail:</u>								
SI	546	47.1	28	35.9	64	50.4	454	47.5
SU	614	52.9	50	64.1	63	49.6	501	52.5

ANNEXE 10

Résultats de l'analyse de chi² entre l'âge et l'intention

Groupes d'intention	ÂGE			
	30 (1)	30-45	45	TOTAL
Faible désir de changer d'unité et de quitter la profession	49 (59.8)	135 (134.9)	35 (24.3)	219
Fort désir de changer d'unité et faible désir de quitter la profession	13 (16.4)	40 (37.0)	7 (6.7)	60
Fort désir de quitter l'unité et la profession	66 (51.9)	114 (117.1)	10 (21.1)	190
TOTAL	128	289	52	469

chi² = 17.386

p = 0.0016

Résultats de l'analyse de chi² entre l'âge et le comportement

Groupes de comportement	ÂGE			
	30	30-45	45	TOTAL
Non-abandon du poste	93 (105.3)	246 (237.9)	47 (42.8)	386
Changement d'unité	12 (6.8)	10 (15.4)	3 (2.8)	25
Départ de l'hôpital	23 (15.8)	33 (35.7)	2 (6.4)	58
TOTAL	128	289	52	469

chi² = 14.493

p = 0.0059

Résultats de l'analyse de chi² entre le sexe et l'intention

Groupes d'intention	SEXE		
	F	H	TOTAL
Faible désir de changer d'unité et de quitter la profession	202 (185.8)	18 (34.2)	220
Fort désir de changer d'unité et faible désir de quitter la profession	50 (50.7)	10 (9.3)	60
Fort désir de quitter l'unité et la profession	145 (160.5)	45 (29.5)	190
TOTAL	397	73	470

chi² = 18.743

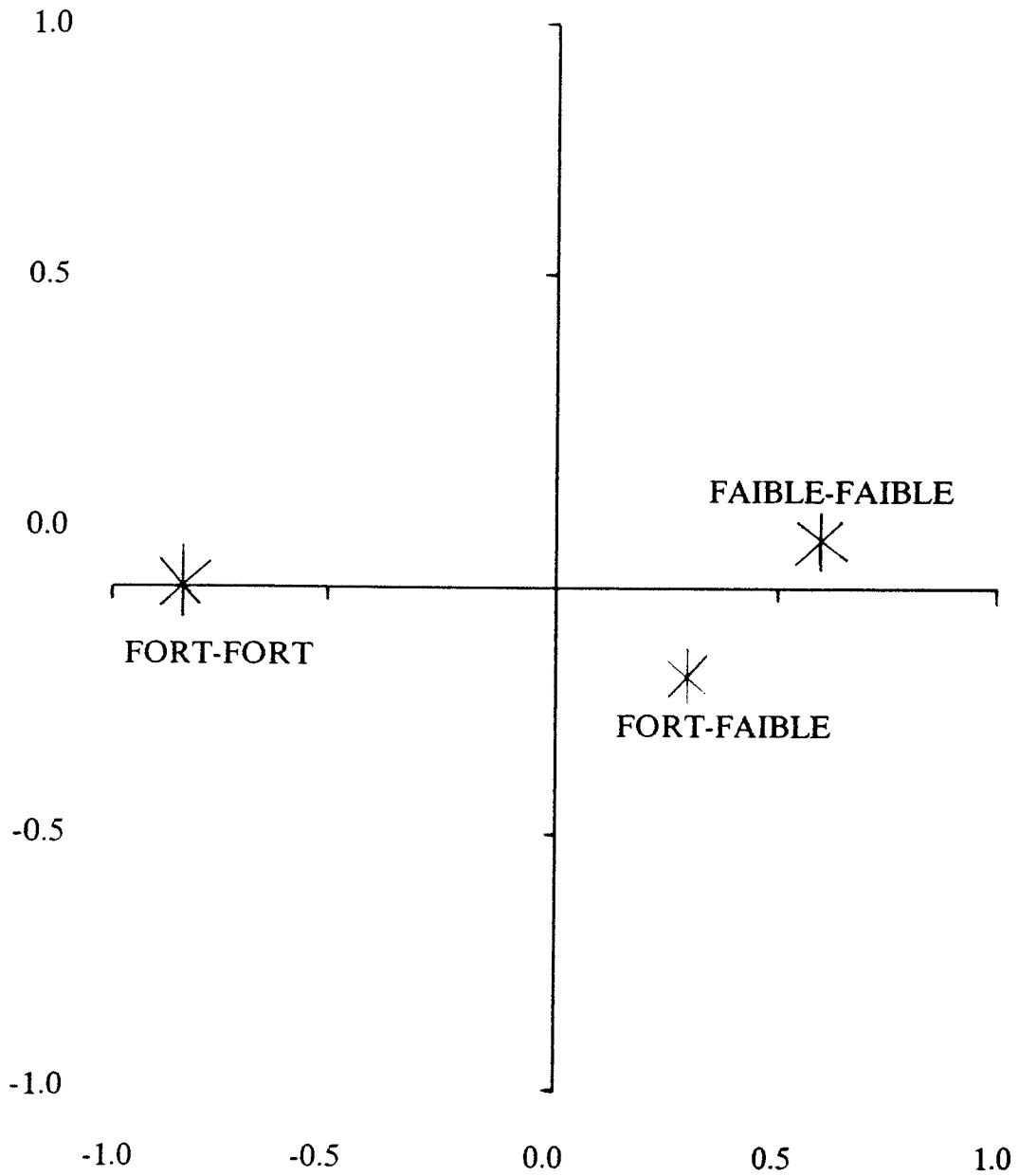
p = 0.0001

(1)

valeur observée (valeur attendue)

ANNEXE 11

REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES ÉCARTS ENTRE
LES GROUPES D'INTENTION



(

(