

A.4  
G  
270

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Le mémoire intitulé:

La prédiction du désir de quitter chez les infirmières de  
l'urgence et des soins intensifs: nouveau regard

Présenté par

Sylvie Corbin

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Jean-Michel Cousineau

Shimon L. Dolan

Louise Lévesque

Marie-Reine van Ameringen

JUIN 1990

©Sylvie Corbin, 1990

Université de Montréal

La prédiction du désir de quitter chez les infirmières  
de l'urgence et des soins intensifs: nouveau regard

par

Sylvie Corbin

École des relations industrielles

Faculté des arts et sciences

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

JUIN 1990

@Sylvie Corbin, 1990

## SOMMAIRE

La présente recherche vise à déterminer dans un premier temps quels sont parmi les facteurs subjectifs de stress au travail et les facteurs objectifs du travail, les meilleurs prédicteurs du désir de quitter la profession chez les infirmières des milieux de l'urgence et des soins intensifs. Dans un deuxième temps, nous cherchons à identifier les différents prédicteurs du désir de quitter la profession pour chacune des caractéristiques individuelles à l'étude.

Notre hypothèse principale de recherche vise à vérifier que les facteurs subjectifs de stress au travail, entre autres: le manque de latitude professionnelle, les exigences cliniques, les difficultés liées aux rôles et les problèmes de surcharge constituent de meilleurs prédicteurs du désir de quitter que les facteurs objectifs du travail, soit: la taille de l'unité, les horaires de travail et le statut d'emploi.

Quant à notre hypothèse secondaire, cette dernière vise à vérifier que les prédicteurs du désir de quitter varient significativement selon chaque caractéristique individuelle, soit: le niveau hiérarchique, l'âge, le statut civil, le sexe et la langue d'origine.

Cette étude porte sur trente hôpitaux de soins de courte durée répartis dans toutes les régions du Québec. La population comprend 1237 sujets qui travaillent dans les milieux de l'urgence et des soins intensifs. Il s'agit d'une étude secondaire effectuée à partir d'une banque de données déjà constituée et qui a déjà fait l'objet d'analyses.

Les résultats obtenus nous permettent de confirmer notre hypothèse principale. En effet, les facteurs subjectifs de stress au travail sont les seuls à pouvoir expliquer significativement le désir de quitter la profession chez les infirmières. Plus précisément, le manque de latitude professionnelle s'avère être le meilleur prédicteur du désir de quitter la profession. Par ordre d'importance, trois autres facteurs contribuent également à expliquer le désir de quitter, soit: les difficultés liés au rôle, les exigences cliniques et la surcharge de travail. Par ailleurs, les facteurs objectifs du travail ne semblent avoir aucun effet significatif sur le désir de quitter la profession.

Les résultats nous ont aussi permis de confirmer partiellement notre hypothèse secondaire. En effet, au plan des caractéristiques individuelles, les prédicteurs

du désir de quitter la profession varient significativement selon le groupe d'âge, le statut civil et le sexe auquel on s'adresse.

Cette recherche est l'une des premières, à notre connaissance, qui évalue, de façon empirique l'impact des facteurs subjectifs de stress, des facteurs objectifs du travail et des caractéristiques individuelles sur le désir de quitter la profession, tout en utilisant un modèle d'analyse multivariée.

La valeur prédictive que possède le désir de quitter (variable proxy) sur le taux de roulement et l'importance des coûts reliés au changement de toute main-d'oeuvre justifient amplement ce genre de recherche.

Enfin, une action décisive de la part de plusieurs niveaux d'interventions dans le milieu de la santé sur les conditions de travail de l'infirmière contribuera à augmenter sa performance et par le fait même à assurer une meilleure qualité des soins à l'ensemble de la population.

## INTRODUCTION

Dans les cinq dernières années, le taux de roulement dans les hôpitaux au Québec a atteint des proportions alarmantes. Les départements de l'urgence et des soins intensifs sont particulièrement concernés. Etant donné les conditions actuelles de l'organisation du travail, ces unités font face présentement à une pénurie de ressources que l'on attribue en partie au taux de roulement, de même qu'à une composition des équipes thérapeutiques très instables (Bilodeau et coll., 1987).

Ce n'est que récemment qu'on se préoccupe de ce problème étant donné son ampleur actuelle et ses répercussions dans l'ensemble des services sociaux. Ainsi à la lueur de l'urgence du problème, le Ministère de la Santé et des Services sociaux avec la collaboration des associations d'établissements ont formé en avril 1986 un Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers ayant comme mandat précis de dresser un portrait statistique de la composition des effectifs oeuvrant dans le domaine des soins infirmiers et d'identifier les principaux facteurs qui l'influencent. Les conclusions du rapport sont claires: parmi les catégories occupationnelles, les infirmières semblent être celle la plus affectée. En effet le taux de roulement, publié par la

Direction Générale des relations de travail, chez les infirmières des centres hospitaliers de soins de courte durée est passé de 20% en 1980 à 29% en 1984, soit une augmentation de 9% en quatre ans seulement. Cette dernière est répartie selon une distribution de 0.5% chez les temps complet réguliers, 4.5% chez les temps partiel réguliers et de 4.0% chez les temps partiel occasionnels. Selon les prévisions du comité, le pourcentage d'emplois occupés à temps partiel devrait avoir doublé depuis cinq ans, c'est donc dire que la croissance annuelle moyenne du taux de roulement devrait normalement être supérieure à 9% et par conséquent que le taux de roulement estimé en 1988-1989 surpasserait 29%. Selon l'Association américaine des infirmières, le taux de roulement national moyen des infirmières atteindrait 40%, taux qu'elle juge comparable à celui du Canada (Broughton, 1986). Au Québec, de 1983 à 1985 le nombre d'infirmières pouvant combler les nouveaux postes était déficitaire soit environ de 7450 sur deux ans (Bilodeau et coll., 1987).

En matière de conditions de travail les infirmières des salles d'urgence et des soins intensifs doivent faire face à plusieurs catégories de stressors organisationnels dont les conséquences ont fait l'objet de plusieurs recherches. Ainsi comme conséquences certains parleront du syndrome d'épuisement ou de "burnout"

(Constable et Russel, 1986; Hay et Oken, 1982), alors que d'autres parlerons plutôt de dévalorisation et de dépression professionnelle ( Firth et coll., 1987). Celles-ci influencent l'infirmière vers deux types de comportements organisationnels: La réduction de la qualité et de la quantité des soins pour les patients (Ivancevich et coll., 1980a; Presthold et coll., 1987), et le départ définitif des infirmières de la profession (Constable et Russel, 1986; Firth et coll., 1987; McCranie et coll., 1987).

Quant à l'organisation, le taux de roulement lui inflige des coûts directs en plus d'une diminution de la qualité des soins qui entraîne une perte de son image. Aux Etats-Unis on estime le coût de remplacement d'une infirmière à environ deux mille dollars américains, incluant les coûts indirects de recrutement et les coûts directs de formation. Bien qu'au Québec les coûts de remplacement n'ont pas fait l'objet d'étude, ils sont normalement comparables à ceux retrouvés aux Etats-Unis, mais toutefois convertis en devise canadienne, ces coûts peuvent aller de \$2500 jusqu'à \$3000 (Presthold et coll., 1987).

L'état de la recherche sur le taux de roulement est plutôt stationnaire depuis dix ans. Si on analyse de près les diverses recherches effectuées dans le domaine, on s'aperçoit rapidement des lacunes existantes tant sur le plan empirique que sur le plan conceptuel. En effet la méthodologie à travers les études est déficiente et discontinue. Cela est souvent dû à la grande difficulté qu'ont les chercheurs à pouvoir mesurer le taux de roulement sur une période assez longue de manière à obtenir des résultats significatifs. De plus l'on intègre rarement les différentes variables dans un modèle d'analyse multivariée qui pourrait améliorer la compréhension du phénomène.

Dernièrement, des chercheurs ont tenté, par le biais d'un modèle d'estimation économétrique, d'expliquer les départs volontaires des travailleurs en tenant compte de plusieurs facteurs (Cousineau, Lacroix, Montmarquette, 1987).

Essentiellement, les auteurs proposent qu'un individu considèrera plusieurs facteurs avant de quitter l'entreprise; la satisfaction (ou les revenus générés) qu'il tire de son emploi actuel, les chances de conserver son emploi, la satisfaction anticipée (ou les revenus anticipés) d'occuper un autre emploi, les chances de

conserver ce nouveau poste et les coûts encourus (salaire et satisfaction) lors d'un changement d'emploi. Les auteurs ajoutent également que la satisfaction que l'individu retire de son emploi est fonction de son salaire, des avantages sociaux qu'il reçoit de même que de son climat de travail. Par conséquent, c'est à partir du moment où l'on voit surgir certains écarts entre l'un ou l'autre de ces facteurs que le travailleur prendra la décision de quitter son emploi.

Nous avons choisi dans notre étude d'utiliser le désir de quitter comme variable proxy du taux de roulement. L'avantage principal d'utiliser cette variable, tel que suggéré par l'étude de Cousineau, Lacroix et Montmarquette (1987), est que contrairement au taux de roulement on peut l'observer plus facilement.

En outre, certaines études ont constaté que le désir de quitter semblerait être un excellent prédicteur du taux de roulement. Plus précisément, les chercheurs ont remarqué que les individus qui expriment un désir de quitter leur emploi le font généralement à l'intérieur d'une période pouvant varier de six mois à un an (Korman, 1971; Nicholson, Wall et Lischeron, 1977; Pettman, 1973).

En résumé, en plus de représenter un intérêt particulier pour les chercheurs, les conséquences du taux de roulement en terme de coûts sociaux ou économiques sont importantes et reflètent souvent la santé de l'organisation (McCain et coll., 1983). D'où vient le besoin de lui accorder une place prépondérante en recherche et par conséquent la pertinence de cette étude.

La présente étude se propose d'utiliser l'approche multivariée, afin d'étudier l'impact des variables organisationnelles (incluant des facteurs subjectifs de stress au travail et des facteurs objectifs du travail) sur le désir de quitter la profession chez les infirmières, en considérant leur influence selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Les objectifs de cette étude sont les suivants:

1. Explorer les relations entre les variables organisationnelles (incluant des facteurs subjectifs et objectifs: variables indépendantes) et le désir de quitter chez les infirmières de l'urgence et des soins intensifs (variable dépendante).
2. Identifier les prédicteurs du désir de quitter chez l'ensemble des variables individuelles.

Plus spécifiquement, la question à laquelle nous désirons répondre est la suivante: Parmi les facteurs subjectifs de stress au travail et les facteurs objectifs du travail, quels sont ceux pouvant être identifiés en tant que meilleurs prédicteurs du désir de quitter?

Enfin, notre question secondaire est la suivante: Quels sont les prédicteurs du désir de quitter si l'on considère chaque groupe auquel on s'adresse (i.e les variables individuelles). La présente recherche renferme cinq chapitres et une conclusion.

Nous présenterons dans le chapitre 1, une revue exhaustive de la littérature concernant le taux de roulement et le désir de quitter et l'impact des variables organisationnelles (subjectives et objectives) et individuelles sur la variable dépendante.

Nous délimiterons dans le chapitre 2, le cadre conceptuel de notre étude, ce dernier découlant à la fois de la littérature et du modèle conditionnel et cognitif du stress au travail élaboré par Arsenault et Dolan (1983). Nous retrouverons ensuite les définitions conceptuelles et opérationnelles des variables retenues dans le cadre de cette étude. Enfin, nous exposerons les hypothèses de recherche soulevées.

Dans le chapitre 3, nous décrivons la méthodologie utilisée dans notre étude: soit, 1) l'échantillon; 2) la méthode de collecte des données; 3) le traitement statistique des données.

Nous présenterons dans le chapitre 4 les résultats de notre étude. Dans un premier temps, nous examinerons l'indépendance relative entre les variables indépendantes. Dans un deuxième temps, nous décrivons les relations simples existant entre la variable dépendante et les variables indépendantes. Dans un troisième temps, nous identifierons les meilleurs prédicteurs du désir de quitter la profession chez les infirmières. Enfin, dans un dernier temps nous présenterons les caractéristiques individuelles qui modifient de façon significative la valeur prédictive du désir de quitter la profession chez les infirmières.

Au chapitre 5, nous discuterons des résultats obtenus. Dans cette partie nous résumerons les principaux résultats obtenus lors de notre étude et nous comparerons nos résultats à ceux des études antérieures réalisées dans le même domaine.

Enfin, la dernière partie constitue la conclusion de notre étude. Dans celle-ci, nous retrouverons les principales conclusions dégagées à la lumière des objectifs poursuivis dans cette recherche. De même, nous formulerons certaines recommandations pour les chercheurs tout en prenant soin d'exposer les principales limites de notre recherche.

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE . . . . .	i
REMERCIEMENTS . . . . .	.xiii
INTRODUCTION . . . . .	1
REVUE DE LITTÉRATURE . . . . .	11
1.1 Les variables organisationnelles . . .	12
1.1.1 Les facteurs subjectifs . .	12
1.1.1.1 Iniquité de la paie . . . . .	13
1.1.1.2 L'opportunité d'avancement . . . . .	13
1.1.1.3 La répétition de la tâche . . . . .	14
1.1.1.4 L'autonomie au travail . . . . .	14
1.1.1.5 La surcharge de travail . . . . .	15
1.1.1.6 L'ambiguïté et le conflit de rôle . . .	16
1.1.2 Les facteurs objectifs . . .	16
1.1.2.1 Les horaires de travail . . . . .	17
1.1.2.2 La taille de l'organisation . . .	19
1.1.2.3 Le statut d'emploi .	20
1.2 Les caractéristiques individuelles . .	22
1.2.1 Les variables socio- démographiques . . . . .	22
1.2.1.1 L'âge . . . . .	22
1.2.1.2 L'ancienneté . . . . .	27

1.2.1.3	Le niveau hiérarchique . . . . .	30
1.2.1.4	La scolarité . . . . .	31
1.2.1.5	Le sexe. . . . .	32
1.2.2	La satisfaction au travail et l'attachement au travail . .	36
CHAPITRE 2		
CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE . . . . .		44
2.1	Description du modèle . . . . .	44
2.2	Définitions conceptuelles et opérationnelles des facteurs . . . . .	50
2.2.1	Facteurs subjectifs de stress au travail . . . . .	50
2.2.2	Facteurs objectifs du travail	55
2.2.3	Caractéristiques individuelles.	56
2.2.4	Conséquence . . . . .	57
2.3	Hypothèses de recherche . . . . .	60
2.3.1	Hypothèse principale . . . . .	60
2.3.2	Sous-hypothèse . . . . .	60
CHAPITRE 3		
MÉTHODOLOGIE . . . . .		63
3.1	Échantillon . . . . .	64
3.2	Méthode de collecte des données . . . . .	70
3.3	Traitement statistique des données . . . . .	72
CHAPITRE 4		
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS . . . . .		75
4.1	Indépendance des échelles et analyses bivariées . . . . .	75

4.1.1	Analyses de variance entre les caractéristiques individuelles et le désir de quitter . . . . .	79
4.2	Analyses multivariées . . . . .	84
4.2.1	Les prédicteurs du désir de quitter. . . . .	84
4.2.2	Les prédicteurs du désir de quitter pour chaque variable individuelle. . . . .	85
CHAPITRE 5		
	ANALYSE DES RÉSULTATS . . . . .	94
5.1	Analyse des liens directs entre les caractéristiques individuelles et le désir de quitter . . . . .	94
5.2	Analyse des prédicteurs du désir de quitter . . . . .	99
5.2.1	Le manque de latitude professionnelle . . . . .	100
5.2.1.1	Autonomie restreinte au travail. . . . .	101
5.2.1.2	La sous-utilisation des habiletés . . . . .	105
5.2.1.3	Le manque de participation aux décisions . . . . .	106
5.2.2	Les difficultés liées aux rôles . . . . .	110
5.2.3	Les exigences cliniques . . . . .	112
5.2.4	Les problèmes de surcharge de travail . . . . .	114
5.3	Analyse des prédicteurs du désir de quitter pour chacune des variables individuelles . . . . .	119

5.3.1	L'âge . . . . .	119
5.3.2	Le statut civil . . . . .	125
5.3.3	Le sexe . . . . .	128
5.4	L'état actuel de la profession d'infirmière et sa remise en question. . . . .	131
5.4.1	Processus de professionnalisation. . . . .	132
5.4.1.1	Formation académique de l'infirmière . . . . .	132
5.4.1.2	Engagement de l'infirmière envers son travail . . . . .	134
5.4.1.3	Reconnaissance sociale du travail de l'infirmière. . . . .	138
5.4.1.4	L'autonomie de l'infirmière dans son travail . . . . .	139
5.4.1.5	Le pouvoir de l'infirmière . . . . .	140
5.4.2	L'infirmière: profession de la femme par excellence. . . . .	141
CHAPITRE 6		
CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS . . . . .		146
6.1	Rappel des objectifs. . . . .	146
6.2	Résultats . . . . .	146
6.3	Recommandations . . . . .	148
6.4	Le mot de la fin. . . . .	151
ANNEXE 1: Résultats d'analyse factorielle sur certaines sources de stress identifiées en milieu hospitalier . . . . .		
		154
ANNEXE 2: Profil des sujets de la population à l'étude . . . . .		
		155

ANNEXE 3: Liste des hôpitaux participants . . .	156
ANNEXE 4: Protocole de distribution confidentielle des questionnaires . . . . .	157
ANNEXE 5: Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs: une recherche-action et évaluative (Informations) . . . . .	158
ANNEXE 6: Formule de consentement . . . . .	159
ANNEXE 7: Questionnaire . . . . .	160
ANNEXE 8: État des perceptions chez les infirmières face aux conditions de travail . . . . .	161
RÉFÉRENCES . . . . .	162

## LISTE DES TABLEAUX

<u>TABLEAU I:</u>	<u>MOYENNES, ÉCARTS-TYPES ET ÉTENDUE DES VARIABLES À L'ÉTUDE.</u> . . . . .	59
<u>TABLEAU II:</u>	<u>RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'OCCUPATION</u> . . . . .	65
<u>TABLEAU III:</u>	<u>RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE STATUT.</u> . . . . .	66
<u>TABLEAU IV:</u>	<u>RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LES HORAIRES DE TRAVAIL.</u> . . . . .	66
<u>TABLEAU V:</u>	<u>RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÂGE.</u> . . . . .	67
<u>TABLEAU VI:</u>	<u>RÉPARTITION DES SUJETS SELON LE SEXE.</u> . . . . .	68
<u>TABLEAU VII:</u>	<u>RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÉTAT CIVIL</u> . . . . .	68
<u>TABLEAU VIII:</u>	<u>RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA LANGUE D'ORIGINE</u> . . . . .	69
<u>TABLEAU IX:</u>	<u>MATRICE DE CORRÉLATION DES VARIABLES À L'ÉTUDE.</u> . . . . .	78
<u>TABLEAU X:</u>	<u>ANALYSE DU DÉSIR DE QUITTER SELON LE NIVEAU HIÉRARCHIQUE.</u> . . . . .	79
<u>TABLEAU XI:</u>	<u>ANALYSE DE VARIANCE DU DÉSIR DE QUITTER SELON L'ÂGE.</u> . . . . .	80
<u>TABLEAU XII:</u>	<u>ANALYSE DE VARIANCE DU DÉSIR DE QUITTER SELON LE STATUT CIVIL.</u> . . . . .	81
<u>TABLEAU XIII:</u>	<u>ANALYSE DE VARIANCE DU DÉSIR DE QUITTER SELON LE SEXE.</u> . . . . .	82
<u>TABLEAU XIV:</u>	<u>RÉGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS DE STRESS AU TRAVAIL ET DES FACTEURS OBJECTIFS DU TRAVAIL AVEC LE DÉSIR DE QUITTER</u> . . . . .	84
<u>TABLEAU XV:</u>	<u>RÉGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS DE STRESS AU TRAVAIL PAR GROUPE D'ÂGE EN FONCTION DU DÉSIR DE QUITTER</u> . . . . .	87

<u>TABLEAU XVI:</u>	<u>RÉGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS</u> <u>DE STRESS SELON LE STATUT CIVIL ET</u> <u>EN FONCTION DU DÉsir DE QUITTER . . .</u>	88
<u>TABLEAU XVII:</u>	<u>RÉGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS</u> <u>DE STRESS AU TRAVAIL PAR SEXE ET EN</u> <u>FONCTION DU DÉsir DE QUITTER . . . .</u>	90

## LISTE DES FIGURES

<u>FIGURE 1:</u>	<u>MODÈLE CONDITIONNEL ET COGNITIF</u> <u>DU STRESS AU TRAVAIL EN MILIEU</u> <u>HOSPITALIER. . . . .</u>	45
<u>FIGURE 2:</u>	<u>MODÈLE CONDITIONNEL, COGNITIF ET</u> <u>OBJECTIF DU STRESS AU TRAVAIL EN</u> <u>MILIEU HOSPITALIER . . . . .</u>	49

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.

Cet ouvrage est dédié à la mémoire de Gaston Corbin  
qui a su développer en moi la persévérance et le désir  
d'aller toujours plus loin...

## REMERCIEMENTS

Je désire ici souligner l'aide précieuse de toutes les personnes 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 Ameringen, et mon co-directeur Monsieur Shimon L. Dolan, pour leurs conseils judicieux et leur encadrement, qui m'ont permis de mener à terme ce projet.

Je tiens aussi à remercier mes proches et amis pour leur soutien, tout spécialement Madame Katherina Stipkovic, pour son oreille attentive et pour le grand dévouement qu'elle a su manifester tout au long de ma maîtrise.

Enfin, je remercie surtout Simon, mon conjoint, pour sa patience, sa collaboration et pour son support incalculable tout au long de ce périple.

CHAPITRE 1

REVUE DE LITTERATURE

## CHAPITRE 1

REVUE DE LITTERATURE

Avant de traiter des différentes approches et variables utilisées par les chercheurs concernant le désir de quitter et le taux de roulement, nous aimerions apporter certaines précisions quant au choix d'appellation des différentes variables et à la présentation des études effectuées par les chercheurs dans le domaine.

Bien que plusieurs études retrouvées dans la littérature utilisent les variables organisationnelles comme facteurs de stress au travail, et qu'elles suggèrent leur lien avec le désir de quitter, (Arsenault et Dolan, 1983a; Campbell et coll., 1970; Grout et coll., 1981; House et Rizzo, 1972; Ivancevich, Matteson & McMahon, 1980b; Keller, 1975; Newlin, 1984; Olsen, 1982; Szilagyi, 1977 Waters et coll., 1976;) afin de faciliter la tâche au lecteur, nous avons regroupé les variables organisationnelles en deux catégories: soit les variables subjectives et les variables objectives. A ces deux catégories de variables vient s'ajouter une troisième, soit les variables auxquelles nous avons attribué le nom de caractéristiques individuelles. Sous cette catégorie nous incluons toutes les variables socio-démographiques

qui ont été traitées dans la littérature de même que la satisfaction et l'attachement au travail en rapport avec le désir de quitter et le taux de roulement.

Dans un premier temps, nous décrirons pour chacune des variables, les recherches qui ont privilégié une approche bivariée. Dans un deuxième temps, nous présenterons pour chacune des variables, les études qui les ont abordées en utilisant un modèle d'analyse multivariée, s'il y a lieu. Enfin en dernier lieu, si d'autre approches particulières se distinguent de celles mentionnées plus haut, nous en ferons part également au lecteur.

## 1.1 Les variables organisationnelles

### 1.1.1 Les facteurs subjectifs

Parmi les facteurs subjectifs (considérés comme facteurs de stress au travail) les plus fréquemment traités dans la littérature en rapport avec le taux de roulement l'on retrouve l'inéquité de la paie, l'opportunité d'avancement, la répétition de la tâche, l'autonomie au travail, la surcharge de travail,

l'ambiguïté et le conflit de rôle. En outre, l'ambiguïté et le conflit de rôle sont les seuls facteurs subjectifs qui ont été traités en fonction du désir de quitter.

#### 1.1.1.1 Iniquité de la paie

L'iniquité de la paie demeure une variable sur laquelle on ne s'entend guère, quant à sa relation avec le taux de roulement. Plusieurs études ont rapporté une relation positive entre l'iniquité de la paie et le taux de roulement (Broughton, 1986; Constable et Russel, 1986; Cotton et Tuttle, 1986; Decker et coll., 1982; Krau, 1981; Porter et Steers, 1973; Price, 1977; Waters et coll., 1976). Cependant d'autres chercheurs n'ont obtenu aucune relation significative, (Brennan, 1985; Mobley et coll., 1979).

#### 1.1.1.2 L'opportunité d'avancement

Quelques auteurs ont trouvé une relation négative et significative entre l'opportunité d'avancement et le taux de roulement (Bluedorn, 1982a; Cotton et Tuttle,

1986; Jackofsky, Salter et Peters, 1986; Krau, 1981; Steers et Mowday, 1981). Cependant d'autres chercheurs n'ont pas obtenu de relation significative (Brennan, 1985; Mobley et coll., 1979; Price, 1977).

#### 1.1.1.3 La répétition de la tâche

La majorité des chercheurs ont observé une relation positive entre la répétition de la tâche et le taux de roulement (Muchinsky et Tuttle, 1979; Muchinsky et Morrow; 1980; Terborg et Lee, 1984). Cependant on ne retrouve pas l'unanimité dans les études en ce qui concerne la force de cette relation. Ainsi, alors que les chercheurs mentionnés précédemment ont conclu à une relation positive qu'ils qualifient de forte ( $r > 0.5$ ), entre la répétition de la tâche et le taux de roulement, les résultats de Porter et Steers (1973) et de Cotton et Tuttle (1986), accusent une relation plutôt modérée ( $r = 0.5$ ), entre les deux facteurs . De plus, Price (1977), est parvenu à observer une relation plutôt faible ( $r < 0.5$ ), entre la répétition de la tâche et le taux de roulement.

#### 1.1.1.4 L'autonomie au travail

Très peu de chercheurs ont consacré leurs recherches à l'autonomie au travail comme facteur pouvant avoir un impact direct sur le taux de roulement. On associe souvent ce facteur à titre de composante de l'ambiguïté de rôle, cette dernière agissant sur le taux de roulement à travers la satisfaction au travail.

Les chercheurs qui ont étudié l'autonomie au travail comme facteur ayant un effet direct sur le taux de roulement s'entendent pour dire qu'il existe une corrélation négative entre l'autonomie au travail et le taux de roulement (Constable et Russel, 1986; Lachman et Diamant, 1987).

#### 1.1.1.5 La surcharge de travail

On retrouve l'unanimité chez les chercheurs quant à l'existence d'une relation positive entre la surcharge de travail et le taux de roulement ( Constable et Russel, 1986; Coughan, 1969; D'Arienzo et coll., 1982; Deronde, 1984; Gray-Toft et Anderson, 1981; Hay et Oken, 1982; Hinshaw et Atwood, 1984; Humphrey et Humphrey, 1981;

Lachman et Diamant, 1987; McCranie et coll., 1987; Marshall, 1980; Maslach et Jackson, 1981; Numerof et Abrams, 1984; Sheridan, 1985; Terborg et Lee, 1984).

#### 1.1.1.6 L'ambiguïté et le conflit de rôle

Quelques chercheurs ont observé l'impact direct de l'ambiguïté et du conflit de rôle sur le taux de roulement de même que sur le désir de quitter. Ainsi, ils ont constaté une relation positive et significative aussi bien entre l'ambiguïté et le taux de roulement qu'entre le conflit de rôle et le taux de roulement. De plus, le même genre de relation a été rapporté pour les deux facteurs avec le désir de quitter (Bedeian et Armenakis, 1981; Constable et Russel, 1986; Cotton et Tuttle, 1986; Firth, McKeown et coll., 1987; Hay et Oken, 1982; Raynes et coll., 1979).

#### 1.1.2 Les facteurs objectifs

Les facteurs objectifs qui seront traités ici sont au nombre de trois: les horaires de travail, la taille de l'unité et le statut d'emploi.

### 1.1.2.1 Les horaires de travail

Approximativement 25-26% de la main-d'oeuvre au Canada et aux Etats-Unis travaille sur des quarts de travail (Jamal, 1981). Malgré l'ampleur qu'a pris ce phénomène dans les dernières années, on sait très peu de choses concernant l'effet des horaires sur le comportement du travailleur et sur le taux de roulement (Tasto et Colligan, 1977).

Certaines études se sont concentrées sur la réaction du travailleur qui subit une variation d'heures de travail distribuées sur un cycle de vingt-quatre heures, et les relations obtenues entre les différents quarts de travail et les caractéristiques des individus au travail et hors-travail (Frost et Jamal, 1979; Malaviya et Ganesh, 1976; Nicholson et coll., 1978) .

D'autres chercheurs se sont attardé plutôt sur la façon de réagir du travailleur à une variation d'heures de travail distribuées sur une semaine normale de travail type, soit quarante heures/semaine. A l'intérieur de cette même semaine de travail les chercheurs traitent majoritairement d'horaires flexibles de travail

comprenant un quart de travail obligatoire et des heures d'entrées et de sorties flexibles (Decker et coll., 1982; Evans, 1976; Mahoney et coll., 1975; Nord et Costigan, 1973).

En dépit des différences dans les études l'ensemble des résultats révèlent que les individus qui travaillent selon un horaire fixe manifestent une plus grande satisfaction au travail, un meilleur bien-être émotionnel et psychologique de même qu'un attachement plus marqué face à l'organisation. De plus, ces mêmes individus présentent généralement un niveau d'absentéisme inférieur et un désir plus élevé de demeurer chez leur employeur. Jamal (1981) est le seul chercheur à avoir étudié les horaires de travail en rapport avec le taux de roulement en utilisant l'approche multivariée.

A partir d'études effectuées chez 440 infirmières dans deux hôpitaux, et chez 383 travailleurs industriels, Jamal (1981) confirme les résultats des études antérieures, et rapporte trois variables susceptibles d'influencer la relation entre l'horaire de travail et le désir de quitter: le sexe, l'âge et la culture. En effet il semblerait que le travailleur plus jeune qui travaille selon un horaire fixe exprime une participation volontaire supérieure, et par conséquent

il serait moins désireux de quitter son emploi comparativement au travailleur plus âgé , à qui l'on inflige un horaire fixe ou rotatif (i.e. facteur). De plus, les francophones qui travaillent sur un horaire fixe ont un moins grand désir de quitter l'entreprise que les anglophones qui doivent travailler autant sur un horaire fixe que variable. Enfin, l'homme et la femme placés sur un horaire fixe présentent sensiblement des niveaux comparables de désir de quitter l'entreprise, alors que la femme assignée à un horaire variable exprime un moins grand désir de quitter son emploi.

#### 1.1.2.2 La taille de l'organisation

Certains chercheurs ont observés que le taux de roulement est généralement moins élevé dans les grandes organisations. Ces dernières offrent plus de possibilité de mobilité interne (i.e. transferts) et par conséquent cela diminue le besoin ressenti chez l'individu de quitter l'organisation pour parvenir à cette mobilité d'emploi (Cole, 1971; Kasarda, 1973; March et Simon, 1958).

D'autres auteurs ont observé l'inverse. Lorsque l'organisation grossit celle-ci devient plus impersonnelle et elle diminue la cohésion entre les

individus ce qui pourrait augmenter le taux de roulement ( Burton et Parker, 1969; Kovach, 1978).

L'état de la recherche demeure peu concluant sur cette question (Mobley et coll., 1979; Pettman, 1973; Porter et Steers, 1973; Price, 1977). On attribue ce phénomène, entre autre, à l'absence de variables contrôles afin d'identifier clairement l'effet de la taille de l'organisation sur le taux de roulement. Par exemple, on tente de mesurer l'effet de la taille de deux organisations distinctes sans tenir compte des différences retrouvées au niveau de leur population et de leur conditions de travail.

#### 1.1.2.3 Le statut d'emploi

Entre les années 1965 et 1980, le nombre d'employées à temps partiel a presque doublé. Cette tendance est attribuable en partie par le désir manifesté chez les femmes de vouloir atteindre un meilleur équilibre entre la famille et la carrière. Cela est dû aussi au nombre grandissant de retraités qui sentent le besoin d'occuper un emploi à temps partiel. Enfin les entreprises aux prises avec les mauvaises conditions économiques doivent aussi avoir recours aux emplois à temps partiel afin de permettre aux travailleurs de conserver leur emploi.

individus ce qui pourrait augmenter le taux de roulement (Burton et Parker, 1969; Kovach, 1978).

L'état de la recherche demeure peu concluant sur cette question (Mobley et coll., 1979; Pettman, 1973; Porter et Steers, 1973; Price, 1977). On attribue ce phénomène, entre autre, à l'absence de variables contrôles afin d'identifier clairement l'effet de la taille de l'organisation sur le taux de roulement. Par exemple, on tente de mesurer l'effet de la taille de deux organisations distinctes sans tenir compte des différences retrouvées au niveau de leur population et de leurs conditions de travail.

#### 1.1.2.3 Le statut d'emploi

Entre les années 1965 et 1980, le nombre d'employées à temps partiel a presque doublé. Cette tendance est attribuable en partie par le désir manifesté chez les femmes de vouloir atteindre un meilleur équilibre entre la famille et la carrière. Cela est dû aussi au nombre grandissant de retraités qui sentent le besoin d'occuper un emploi à temps partiel. Enfin les entreprises aux prises avec les mauvaises conditions économiques doivent aussi avoir recours aux emplois à temps partiel afin de permettre aux travailleurs de conserver leur emploi.

Quoiqu'il en soit, selon Jackofsky et coll., (1986), à mesure que le pourcentage des travailleurs à temps partiel s'accroît, le problème du taux de roulement s'intensifie. De plus, les employés à temps plein quitteraient leur emploi pour des raisons fort différentes des employés à temps partiel.

En effet, les employés à temps plein semblent quitter l'organisation pour des raisons liées au travail, telles que les mauvaises conditions physiques de travail, le manque d'opportunité d'avancement, l'iniquité de la paie, les relations tendues avec les supérieurs. A l'inverse, les employés à temps partiel quittent généralement pour des raisons qui n'ont aucun lien direct avec le travail; retour aux études, augmentations de responsabilités autres que celles liées au travail, conflit avec un autre emploi, problèmes de transport, problèmes de relocalisation ainsi que pour des facteurs généraux d'horaires tels que le nombre d'heures assignées et le choix des heures distribuées (i.e. quart de jour ou de nuit).

Par conséquent, les chercheurs insistent sur l'importance d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer chaque groupe distinct d'employés (temps partiel, temps plein) à quitter l'organisation. Cette

démarche est fondamentale pour le gestionnaire qui désire mettre sur pied des programmes efficaces visant à réduire le taux de roulement.

## 1.2 Les caractéristique individuelles

### 1.2.1 Les variables socio-démographiques

Parmi les variables socio-démographiques l'âge et l'ancienneté sont celles qui ont fait l'objet du plus grand nombre de recherches. Viennent ensuite au second plan, le statut professionnel, la scolarité, suivi au dernier plan par le sexe, variable sur laquelle, en effet, peu d'études ont été réalisées.

#### 1.2.1.1 L'âge

Si l'on considère ici les résultats des études qui ont observé l'effet de l'âge sur le taux de roulement et sur le désir de quitter en utilisant l'approche bivariée, elles nous incite à croire que l'âge est l'un des facteurs explicatifs du taux de roulement les plus constants. Les auteurs s'entendent sur l'existence d'une forte corrélation négative entre l'âge et le taux de roulement chez une population hétérogène. (Cotton et Tuttle, 1986; Friss, 1982; Mobley et coll., 1978; Mobley,

1982; Muchinsky et Tuttle, 1979; Price, 1977; Price et Mueller, 1981; Steers et Mowday, 1981; Terborg et Lee, 1984). De plus certains auteurs ont aussi rapporté ce même type de relation avec le désir de quitter, (Friss, 1982; Mobley et coll., 1978; Muchinsky et Tuttle, 1979; Price et Mueller, 1981).

Parmi les auteurs qui se sont intéressés à la relation de l'âge avec le taux de roulement et avec le désir de quitter, en utilisant l'approche multivariée, certains d'entre eux ont soulevé le fait que la corrélation entre cette variable et le taux de roulement et le désir de quitter, ne parvenait pas à elle seule à expliquer les liens négatifs existants entre ces deux variables. Les auteurs suggèrent plutôt de s'en remettre à certaines variables organisationnelles ou contextuelles qui selon eux pourraient mieux expliquer le désir de quitter, parce qu'elles agiraient directement sur cette variable. Quant à l'âge, elle serait plutôt perçue comme une variable intermédiaire et donc qui agirait indirectement sur le taux de roulement et sur le désir de quitter (Price et Mueller, 1981).

Sachant que la majorité des études ont été réalisées sur des populations hétérogènes, d'autres chercheurs ont étudié la relation entre l'âge et le taux de roulement,

en utilisant l'âge comme variable indépendante et en contrôlant les différents niveaux hiérarchiques d'une même occupation. (Cotton et Tuttle, 1986; Krau, 1981; Sheridan, 1985). A ce propos, Pfeffer et O'Reilly (1987), à partir de leur recherches effectuées sur trente-deux départements académiques, ont critiqué les recherches effectuées par Terborg et Lee (1984). Ces derniers ont étudié une population issue de soixante-cinq départements, totalisant l'ensemble du personnel de vente et des administrateurs d'un même magasin au détail. Après une analyse en profondeur des résultats de cette étude, Pfeffer et O'Reilly ont remarqué que le personnel de vente présentait un taux de roulement supérieur à celui mesuré chez les administrateurs, résultats dont les chercheurs n'ont jamais souligné l'existence. La critique majeure de Pfeffer et O'Reilly porte sur le fait qu'on a pas cherché à contrôler les effets de certaines variables organisationnelles du personnel de vente et des administrateurs, ni de leur niveau hiérarchique, de même que leur occupation qui peuvent influencer la relation entre l'âge et le taux de roulement. Une fois ces variables isolées, les chercheurs nous font part que dans certains cas l'on obtient une corrélation négative plus élevée entre l'âge et le taux de roulement (Pfeffer et O'Reilly, 1987).

Certains auteurs ont observé un âge critique chez les infirmières où on les considère plus à risque de vouloir quitter l'entreprise ( Krau, 1981; Lachman et Diamant, 1987). Krau (1981), par son étude longitudinale a constaté que ce sont les infirmières âgées de moins de vingt-cinq ans qui doivent être considérées les plus sérieusement, puisqu'elles présentent un taux de roulement significativement plus élevé que toute autre catégorie d'infirmière. Le chercheur associe ce comportement à une période où l'infirmière se trouve à un stade d'exploration sur le plan de sa carrière, ce qui la pousse souvent à changer d'emploi.

D'autres auteurs, nous parlent d'une "norme informelle" acceptée par les membres d'une profession qui suggère à l'employé le moment opportun pour lui de changer de poste afin de pouvoir avancer dans son cheminement de carrière. Ainsi on parlera d'une période allant généralement de deux à trois ans, variant selon le type de profession, à partir de laquelle l'employé envisagera sérieusement la possibilité d'occuper un poste supérieur à celui qu'il occupait auparavant, et par conséquent à changer d'emploi (Burke, 1976; Crites, 1976; Super, 1977). Ivancevich et coll., (1980b), avec son étude effectuée sur une population composée de 687 infirmières de trois hôpitaux, a observé comment la perception

positive et négative de l'infirmière vis-à-vis ses tâches de travail agit subséquemment sur le climat de travail des employés pour affecter le taux de roulement de manière significative. Selon ce dernier l'âge d'une personne, sa position hiérarchique au sein de l'organisation et son expérience de travail, sont toutes des variables intermédiaires qui modifieraient significativement la relation entre la perception de l'infirmière et le taux de roulement.

Au contraire, d'autres auteurs ont remarqué que le désir de quitter l'entreprise ne survient pas automatiquement à un âge particulier mais en vertu d'autres variables reposant sur la vocation, la maturité et la réalisation de carrière. Par conséquent on suppose que la relation entre l'âge et le taux de roulement serait modérée par la présence de certaines variables, dont l'influence est positive, telles que l'expérience de vie et de travail, de même que les responsabilités familiales qui accélèrent le processus de maturité face à la profession choisie et provoque une stabilité d'emploi (Heath, 1976; Munley, 1977; Sheppard, 1971).

#### 1.2.1.2 L'ancienneté

On retrouve parmi les chercheurs qui ont tenté d'observer la relation entre l'ancienneté et le taux de roulement ou avec le désir de quitter, en utilisant le modèle d'analyse bivariée, un consensus en ce qui a trait à la relation négative entre l'ancienneté et le taux de roulement. Cette relation est hautement significative ( $p < .005$ ). En d'autres mots, plus un employé aura passé de temps au sein d'une même entreprise, moins il sera tenté de quitter son emploi (Cotton et Tuttle, 1986; Marsh et Mannari, 1977; Mobley et coll., 1978; Olsen, 1982; Pfeffer et O'Reilly, 1987; Porter et Steers, 1973; Porter et coll., 1976; Price et Mueller, 1981; Sloan, 1975; Waters et Roach, 1973). Quelques études ont révélé ce même type de relation entre la durée de service et le désir de quitter (Lachman et Diamant, 1987; Lortie, 1975; Mobley et coll., 1978; Price et Mueller, 1981; Steers and Mowday, 1981 ).

Certains chercheurs ont observé, chez des travailleurs cléricaux, que l'ancienneté dans un emploi précédent était un excellent prédicteur de la stabilité dans un autre emploi (Knowles, 1964; Robinson, 1972; Shott et coll., 1963). Si l'on considère maintenant les chercheurs qui ont tenté d'identifier le type de relation

entre l'ancienneté et le taux de roulement, de même qu'avec le désir de quitter, en utilisant le modèle d'analyse multivariée, Olsen (1982) est l'un de ceux qui a étudié le rôle de l'ancienneté, comme variable intermédiaire sur la perception du stress chez les infirmières. Le chercheur postule que l'ancienneté influence positivement l'individu en diminuant son niveau de stress, et par conséquent il a moins tendance à quitter son emploi. Il explique ce phénomène par le fait que l'infirmière plus expérimentée connaît d'autant plus son milieu de travail et ses difficultés et par conséquent elle développe plusieurs comportements pour y faire face.

Krau (1981) a réussi à mettre en évidence que l'ancienneté favorise une certaine stabilité d'emploi chez le travailleur. Après avoir contrôlé l'âge (i.e la catégorie des vingt-cinq ans et moins), il estime qu'en effet un minimum de deux ou trois années d'expérience au travail sont requises pour les personnes âgées de moins de vingt-cinq ans afin de prédire si un employé désire ou non quitter l'entreprise. Il ajoute que d'autres variables tels que le sexe et les responsabilités familiales peuvent affecter la relation entre l'ancienneté et le taux de roulement, déplorant le fait que ces variables sont rarement étudiées.

Enfin, Lachman et Diamant (1987) ont tenté d'identifier l'influence des variables telles que l'âge, l'ancienneté, de même que certaines variables organisationnelles, sur le désir de quitter, en utilisant le sexe comme variable intermédiaire. Selon leurs résultats, les femmes plus jeunes ayant moins d'ancienneté, manifestent un plus grand désir de quitter l'entreprise. Sheridan (1985) a observé comment l'ancienneté pouvait modifier la relation entre certains facteurs de stress au travail et le taux de roulement, en isolant le groupe de travailleurs les plus anciens de celui des nouveaux travailleurs. Ses résultats nous indiquent que le groupe des travailleurs les plus anciens présente un taux de roulement significativement plus élevé s'il est soumis à certains facteurs de stress au travail tels que l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de travail. Le groupe des travailleurs embauchés le plus récemment connaîtrait plutôt un plus grand taux de roulement lorsqu'il fait face à un manque de support social au travail (i.e. de la part de leurs collègues de travail et de leurs supérieurs). L'auteur encourage fortement les chercheurs à déployer leurs efforts de recherches sur des populations homogènes, possédant un

même niveau d'ancienneté et qui se situent au même stade de carrière, plutôt que de perpétuer des études transversales sur des populations hétérogènes tirées de l'ensemble d'une même organisation.

#### 1.2.1.3 Le niveau hiérarchique

Par niveau hiérarchique nous entendons ici la position relative occupée par un employé au sein d'une même organisation. Si on regarde le niveau hiérarchique comme facteur déterminant du taux de roulement, les opinions sont plutôt partagées.

Un bon nombre de chercheurs sont d'accord, sans toutefois apporter de support empirique très rigide, pour dire qu'une position plus élevée dans l'entreprise, résulte en un taux de roulement plus élevé (Blau, 1973; Caplow et McGee, 1958; Carlson, 1962; Flango et Brumbaugh, 1974; Kramer et Baker, 1971). Toutefois nous constatons que la grande majorité des études qui s'entendent sur la relation entre le niveau hiérarchique et le taux de roulement ont été réalisées auprès des professeurs de collège.

C'est pourquoi certains auteurs se sont interrogé à savoir si cette relation pouvait être applicable chez les infirmières dans les hôpitaux, (Price et Mueller, 1981).

Ces derniers recommandent d'orienter les recherches vers l'identification de facteurs liés au niveau hiérarchique qui pourraient être responsables du taux de roulement, notion qu'ils jugent très ambiguë dans les études effectuées jusqu'ici. Les auteurs recommandent de considérer la profession d'infirmière comme population cible. L'identification à l'entreprise pourrait être un des facteurs liés au niveau hiérarchique pouvant affecter le taux de roulement. 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.

#### 1.2.1.4 La scolarité

Comme déterminant du taux de roulement, l'éducation demeure également un facteur controversé. Certaines études reconnaissent que le taux de roulement augmente avec le niveau d'éducation (Cotton et Tuttle, 1986; Irzinski et Hylbect, 1970; Morse, 1953; Shenk et Wilbourn, 1971). D'autres ont infirmé cette hypothèse, (Kasarda, 1973; Mangione, 1971; March et Simon, 1958; Price, 1977; Tollen, 1960). Parmi les auteurs qui l'ont

refutée, Price et Mueller (1981) nous fournissent l'explication que les candidats plus instruits sont normalement plus informés quant à la nature de l'emploi et peuvent généralement s'adapter plus facilement aux difficultés susceptibles de surgir dans leur fonctions. Federico et coll., (1976) à l'aide d'un modèle multivariée, ont cherché à vérifier l'influence de l'éducation sur le taux de roulement dans le milieu syndical, en utilisant le niveau hiérarchique comme variable médiatrice. Leurs résultats nous révèlent que les femmes, qui occupent des postes de direction et qui possèdent un niveau d'éducation plus élevé, présentent un taux de roulement plus élevé.

#### 1.2.1.5 Le sexe

Malgré le fait que certaines études semblent attribuer le désir de quitter l'organisation chez l'homme et chez la femme à leurs différences d'attitudes face au travail (Mowday et coll., 1984), la majorité des études effectuées sur le taux de roulement et sur le désir de quitter omettent souvent de préciser les pourcentages relatif du nombre d'hommes et de femmes qui constituent la population étudiée (Cotton et Tuttle, 1986).

A partir des résultats obtenus lors de leur étude bivariée, Cotton et Tuttle (1986) affirment que les femmes affichent une tendance à quitter l'entreprise significativement plus élevée ( $p < 0.005$ ), que les hommes. Une autre étude a suggéré qu'il existait une corrélation significativement plus élevée chez les infirmières uniquement pendant les premiers douze mois après leur embauche (Koch et Rhodes, 1981). A l'inverse, quelques chercheurs ont constaté une tendance à quitter, significativement plus élevée chez les hommes que celle retrouvée chez les femmes (Stumpf et Dawley, 1981). L'importance de la carrière pourrait refléter ces différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le taux de roulement et le désir de quitter l'entreprise (Maccoby et Jacklin, 1974).

Comay (1972), Leslie et Richardson (1961), Long (1972), Lortie (1975), Miller et coll., (1979) rejoignent l'idée des auteurs précédents en énonçant que la majorité des femmes placent leur profession au second plan, le premier étant réservé à leur rôle traditionnel de mère de famille. Nécessairement cela implique que le choix et le maintien de leur emploi est intimement lié à l'aspect pécunier, ce dernier permettant à la femme de rencontrer ses obligations familiales. L'homme au contraire, place sa profession au premier plan. Sa conception du travail

s'arrête sur l'importance non seulement de l'élément pécunier mais également ( et même prioritairement dans certains cas) sur le facteur mobilité d'emploi. D'où le fait qu'on lui attribue généralement un taux de roulement plus élevé. L'auteur suggère par conséquent, que la seule façon pour les chercheurs de pouvoir identifier l'effet du sexe sur le taux de roulement et le désir de quitter, repose d'abord et avant tout sur la reconnaissance des "processus psychologiques de retraits" respectifs et distincts chez l'homme et la femme, comme étant un des facteurs agissant sur leur décision de quitter l'entreprise.

Regardons maintenant les études qui utilisent un modèle d'analyse multivariée. Tel que nous l'avons mentionné lorsque nous avons traité de l'ancienneté, Lachman et Diamant (1987) ont mesuré l'influence de certains facteurs de stress au travail et de certaines variables socio-démographiques (l'âge et l'ancienneté) sur le désir de quitter en utilisant le sexe comme variable modératrice. Leurs résultats nous permettent de constater que l'homme et la femme manifestent un désir de quitter l'entreprise pour des raisons qui sont fort différentes. En effet alors que la femme manifeste un plus grand désir de quitter son emploi parce qu'elle est plus jeune et qu'elle possède généralement moins

d'ancienneté, l'homme apparemment démontre un plus grand désir de quitter s'il perçoit une surcharge de travail et s'il évalue ses relations interpersonnelles au travail comme étant médiocres.

Krau (1981) a tenté d'identifier l'effet du nombre d'enfants à charge sur la relation entre le statut civil et le taux de roulement. Il semblerait selon ses résultats que ce sont les femmes mariées et possédant au moins un enfant à charge qui présentent le taux de roulement le moins élevé. Les responsabilités familiales pécuniaires pourraient grandement contribuer au maintien de la femme dans son emploi (Porter et Steers, 1973).

Enfin, certains auteurs ont investigué le facteur sexe en rapport avec d'autres variables organisationnelles plutôt objectives. Jamal (1981) révèle que les femmes qui travaillent sur des horaires fixes expriment beaucoup plus le désir de quitter l'organisation, que celles destinées à travailler sur des horaires rotatifs. Toutefois, ces résultats sont basés sur une étude n'impliquant que six individus et ne peuvent donc faire l'objet d'aucune généralisation. En plus des variables socio-démographiques abordées précédemment, la satisfaction au travail et l'attachement au travail font aussi partie des variables

individuelles qui ont été traitées dans la littérature en rapport avec le taux de roulement et avec le désir de quitter l'entreprise. Nous nous tournons ici vers les études qui s'en sont préoccupées.

#### 1.2.2 La satisfaction au travail et l'attachement au travail

Il semble exister une certaine ambiguïté concernant le rôle joué par la satisfaction et l'attachement au travail sur le taux de roulement. En effet, alors que certains chercheurs attribuent à la satisfaction et à l'attachement au travail un rôle direct sur le taux de roulement (Arnold et Feldman, 1982; Kraut, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Newman, 1974; Nicholson et coll., 1977; Price, 1977; Steers, 1977; Waters et coll., 1976), d'autres leur confèrent un rôle plutôt modérateur sur la variable dépendante (Beehr et Newman, 1978; Bluedorn, 1982a; Bluedorn, 1979; Cotton et Tuttle, 1986; Fisbein, 1967; Jackson, 1983; Kemery et coll., 1985; Locke, 1976; Martin, 1979; Michaels et Spector, 1982; Price et Mueller, 1981; Schuler, 1982). De plus quelques chercheurs traitent plutôt les deux variables dans une séquence où dans certains cas l'attachement au travail chez l'individu entraînerait sa satisfaction et par conséquent influencerait son désir de quitter, alors que

dans d'autres cas la séquence serait inversée (Clegg, 1983; Koch et Steers, 1978; Miller et coll., 1979; Mobley et coll., 1978; Mobley, 1977, 1982; Mowday et coll., 1979; Mowday et coll., 1979; Muchinsky et Morrow, 1980; Stumpf et Hartman, 1984).

La majorité des études révèlent une relation significative et négative entre l'attachement au travail et le taux de roulement, (Beehr et Gupta, 1978; Koch et Steers 1978; Parasuraman, 1982; Rabinowitz et Hall, 1977; Siegel et Ruh, 1973), de même qu'avec le désir de quitter (Beusse, 1980; Brief et Aldag, 1977; Morris et Snyder, 1979; Parasuraman, 1982).

Une relation significative négative a été également trouvée en ce qui a trait à la satisfaction au travail, avec l'intention de quitter (Broughton, 1986; Hallas, 1980; Mobley, 1977; Mobley et coll., 1978; Muchinsky et Tuttle, 1979; Parasuraman, 1982; Stumpf et Hartman, 1984; Waters et Roach, 1971, 1973), et une relation significative positive entre l'insatisfaction au travail et le taux de roulement (Campbell et coll., 1970; Porter et Steers, 1973).

Certains chercheurs se sont interrogé sur la fiabilité et la validité des échelles de satisfaction au travail (Nicholson et coll., 1977; Pettman, 1973). La majorité des critiques concerne les mesures globales de satisfaction. Certains chercheurs revendiquent des mesures de satisfaction plus détaillées qui leur permettraient d'identifier plus facilement les dimensions distinctes qui sont reliées au taux de roulement et au désir de quitter (Nicholson et coll., 1977; Waters et Roach, 1971, 1973).

Certains auteurs soutiennent que les corrélations obtenues entre la satisfaction au travail et le taux de roulement sont généralement très faibles ( $r < .40$ ) (Waters et coll., 1976). D'autres auteurs suggèrent fortement d'utiliser l'attachement au travail qui semble présenter une plus grande corrélation avec le taux de roulement que toute autre mesure de satisfaction au travail (Porter et coll., 1974; Porter et coll., 1976; Steers, 1977). Enfin, certaines des études sur la satisfaction au travail ont observé que le désir de quitter semblerait un meilleur prédicteur du taux de roulement (Friss, 1982; Kemery et coll., 1987; Kraut, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Newman, 1974).

Il ne semble pas exister de consensus quant à un effet modérateur exercé soit par la satisfaction au travail et/ou l'attachement au travail sur les relations entre les variables organisationnelles, le taux de roulement et le désir de quitter. Plusieurs études rapportent de fortes corrélations entre la satisfaction au travail et certaines variables organisationnelles (Decker et coll., 1982; Hallas, 1980; March et Simon, 1958; Stumpf et Hartman, 1984) particulièrement l'ambiguïté de rôle, l'autonomie au travail et le conflit de rôle, qui seraient sans doute susceptible d'influencer l'impact de la satisfaction au travail sur le taux de roulement et sur le désir de quitter (Bedeian et Armenakis, 1981; Beehr et Newman, 1978; Hammer et Tosi, 1974; Hendrix et coll., 1985; House et Rizzo, 1972; Jackson, 1983, 1984; Keller, 1975; Locke, 1976; Martin, 1979; Mobley et coll., 1979; Price et Mueller, 1981; Schuler, 1982; Szilagyi, 1977).

L'attachement au travail, quoique moins utilisé par rapport à la satisfaction au travail, a aussi été observée comme variable modératrice des conditions de travail et qui agirait subséquemment sur le taux de roulement, (Morris et Sherman, 1981; Steers, 1977; Stevens et coll., 1978).

À la lueur de cette revue de littérature, se dégage un portrait très ambigu du phénomène du taux de roulement. Dans un premier temps, on remarque que la majorité des recherches utilisent le modèle d'analyse bivariée pour étudier la relation entre plusieurs variables organisationnelles (subjectives et objectives) et le taux de roulement de même qu'avec le désir de quitter.

Certains chercheurs recommandent plutôt le modèle d'analyse multivariée pour parvenir à une plus grande compréhension du phénomène (Jackofsky et coll., 1986; Krau, 1981; Price et Mueller, 1981; Sheridan, 1985).

Dans un deuxième temps, plusieurs chercheurs suggèrent d'effectuer un contrôle sur les variables organisationnelles (i.e subjectives et objectives) qui peuvent influencer l'effet de certaines variables individuelles sur le taux de roulement (Comay, 1972; Cotton et Tuttle, 1986; Jackofsky et coll., 1986; Leslie et Richardson, 1961; Long, 1972; Lortie, 1975; Miller, 1976; Mobley et coll., 1979; Pettman, 1973; Porter et Steers, 1973; Price et Mueller, 1981; Price, 1977; Sheridan, 1985).

Dans le même ordre d'idée, ces derniers reconnaissent aussi l'importance de tenir compte dans les prochaines études de certaines variables individuelles, tels que le niveau hiérarchique, l'âge et le sexe des sujets, qui selon eux pourraient venir modifier le taux de roulement.

Enfin, dans un dernier temps, on constate qu'un bon nombre d'études sur le taux de roulement utilise la satisfaction et/ou l'attachement au travail comme variable indépendante ou modératrice. A cet effet, plusieurs chercheurs ont questionné la validité des échelles de satisfaction au travail. C'est pourquoi, certains d'entre eux recommandent plutôt d'utiliser le désir de quitter qu'ils considèrent être un meilleur prédicteur du taux de roulement (Korman, 1971; Nicholson et coll., 1977; Pettman, 1973).

Tel que nous l'avons déjà mentionné, la présente recherche a pour but d'étudier le désir de quitter (variable proxy du taux de roulement) selon un modèle d'analyse multivariée. Elle vise à utiliser trois catégories de variables susceptibles d'influencer le désir de quitter: les facteurs subjectifs de stress au travail; tels que les exigences cliniques, les problèmes de surcharge de travail, le manque de latitude professionnelle

et les problèmes de rôle; les facteurs objectifs du travail; comprenant la grandeur de l'unité, les horaires de travail et le statut d'emploi; et les caractéristiques individuelles; telles que le niveau hiérarchique, l'âge, le statut civil, le sexe et la langue d'origine.

Nous tenterons dans un premier temps d'explorer les relations entre les variables individuelles, les facteurs subjectifs et objectifs avec le désir de quitter. Dans un deuxième temps, nous essaierons d'identifier parmi les facteurs subjectifs et objectifs les prédicteurs du désir de quitter de même que pour chacune des caractéristiques individuelles à l'étude. Dans le chapitre suivant, nous définirons les variables retenues dans notre étude et nous aborderons les hypothèses de recherche soulevées concernant les relations existant entre le désir de quitter et les variables indépendantes.

**CHAPITRE 2**  
**CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE**

## CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE

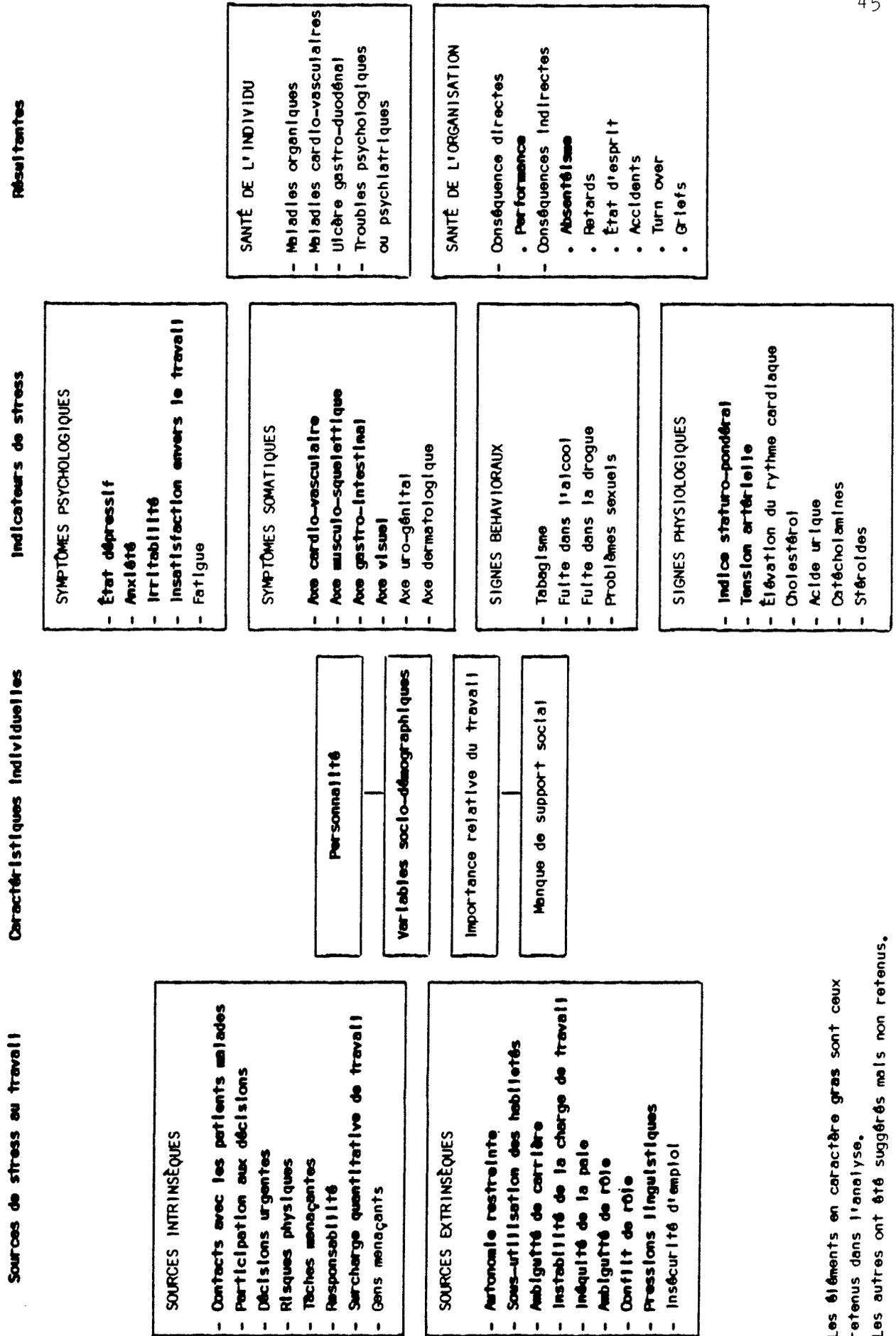
La première partie du présent chapitre vise à décrire le modèle conditionnel et cognitif du stress proposé par Arsenault et Dolan (1983), pour ensuite exposer notre modèle qui en découle. La deuxième partie du chapitre porte sur les définitions conceptuelles et opérationnelles de la variable dépendante et des variables indépendantes. La troisième partie présentera les hypothèses de recherche.

2.1 Description du modèle

La présente recherche s'inspire de l'étude réalisée par Arsenault et Dolan (1983), portant sur l'impact des variables individuelles et organisationnelles du stress au travail en contexte hospitalier. Les auteurs ont développé un modèle conditionnel et cognitif du stress au travail. La figure 1 illustre ce modèle.

Leur modèle comporte quatre groupes d'éléments. Le premier renferme les différentes variables de stress reliées au contexte de la tâche (i.e. extrinsèques), et

TABLEAU 1.2 : Modèle conditionnel et cognitif du stress au travail en milieu hospitalier



Les éléments en caractère gras sont ceux retenus dans l'analyse.  
 Les autres ont été suggérés mais non retenus.

au contenu de la tâche (i.e intrinsèques). Le deuxième groupe est constitué des caractéristiques individuelles, que l'individu apporte à son milieu de travail, parmi lesquelles on retrouve la personnalité, l'importance relative du travail, le manque de support social et les variables socio-démographiques. Le troisième groupe concerne les indicateurs de stress, comprenant une série de symptômes psychologiques, somatiques, physiologiques ainsi que des signes comportementaux. Enfin, le quatrième groupe est constitué des conséquences à plus long terme des facteurs de stress sur le plan individuel et sur le plan organisationnel.

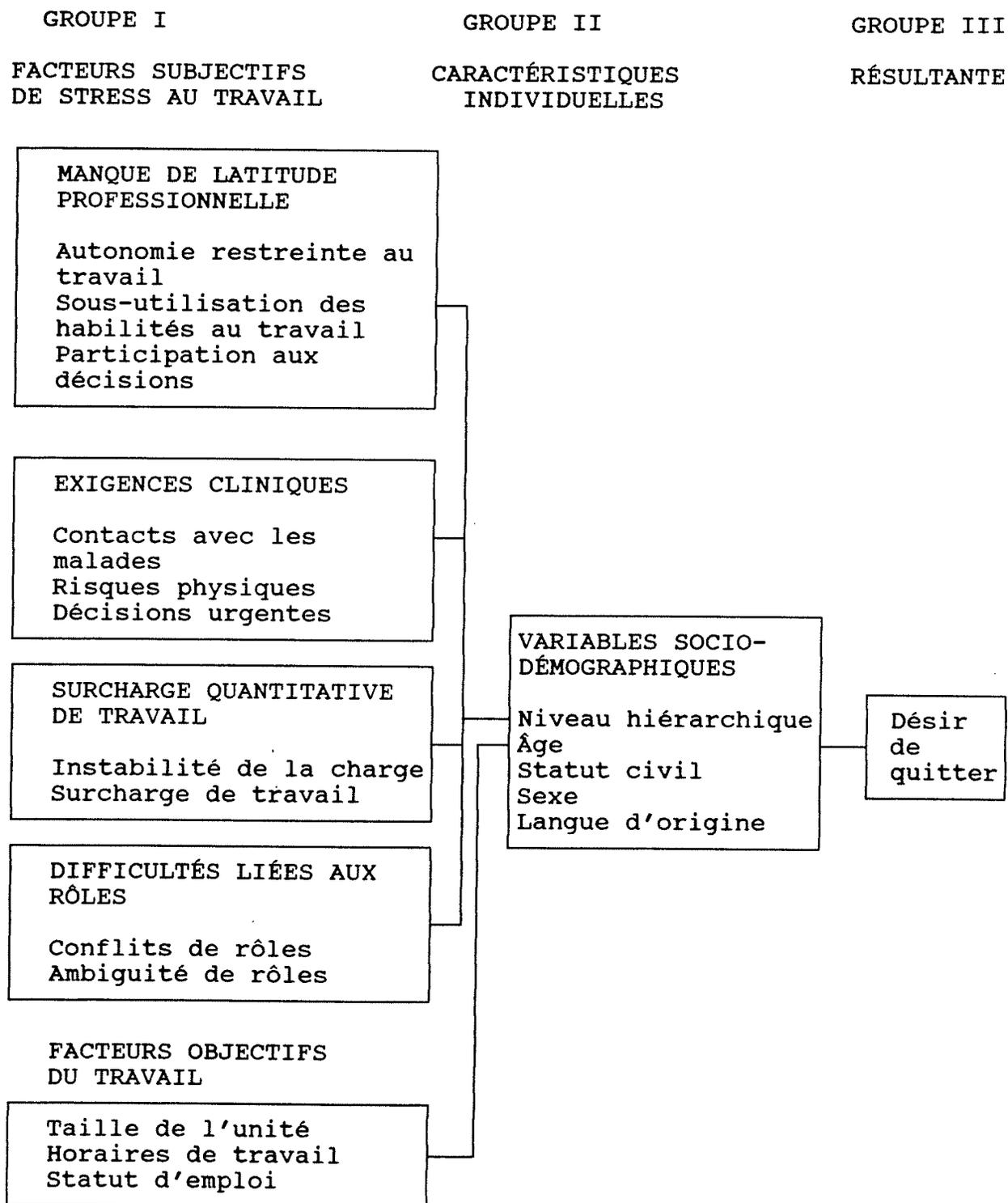
Leur modèle est d'une part cognitif parce qu'il relève de la perception individuelle face aux différentes caractéristiques du travail, en tant que facteurs de stress. D'autre part, il est conditionnel étant donné que les indicateurs de stress émergent du degré de discordance résultant de l'interaction dynamique entre les caractéristiques de l'individu et de l'environnement subjectif de travail.

Pour notre étude nous utiliserons 10 variables de stress au travail pertinentes au milieu hospitalier. Toutes ces mesures (échelles de types Likert) ont été validées et décrites 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 sur 14 échelles de variables de stress au travail a été réalisée (Arsenault, Dolan et van Ameringen, 1990) et les résultats sont disponibles en annexe 1. En l'absence de critères statistiques strictes, les éléments retenus dans cette analyse sont ceux dont le degré de saturation sur le facteur (i.e. "factor loading") est égal ou supérieur à 0.5 (critère arbitraire relativement conservateur). L'addition linéaire des échelles à l'intérieur de chacun de ces facteurs a permis d'identifier quatre nouveaux indices de stress au travail: la participation aux décisions a été inversée et ajoutée à l'autonomie restreinte au travail et à la sous-utilisation des habiletés au travail. Ces variables sont désignées par le **Manque de Latitude Professionnelle**; les contacts avec les patients très malades, les risques physiques et des décisions urgentes sont identifiées sous le nom d'**Exigences Cliniques**; l'instabilité de la charge et la surcharge de travail sont désignées par les **Problèmes de Surcharge**; et en dernier lieu, les conflits de rôles et les ambiguïtés de rôles portent le nom de **Difficultés Liées aux Rôles**.

Ces quatre indices constituent pour notre modèle, la première catégorie de facteurs de stress au travail, que nous avons qualifiés comme étant "subjectifs". La deuxième catégorie est représentée par les facteurs du travail que nous avons identifiés comme étant "objectifs": soit, la taille de l'unité, les horaires de travail, et le statut d'emploi. Comme troisième catégorie, nous avons identifié les caractéristiques "individuelles": telles que le niveau hiérarchique, l'âge, le statut civil, le sexe et la langue d'origine de l'employé. Ces caractéristiques seront surtout utilisées comme variables modératrices de l'impact des facteurs subjectifs de stress au travail et des facteurs objectifs du travail sur le désir de quitter. Enfin, nous avons identifié le désir de quitter (variable proxy du taux de roulement) comme variable dépendante, pour toutes les raisons que nous avons mentionnées précédemment. Le coefficient de fidélité de cette échelle est de ( $\alpha = 0.68$ ). La figure 2 illustre notre modèle.

FIGURE 2: MODÈLE CONDITIONNEL, COGNITIF ET OBJECTIF DU STRESS AU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER



## 2.2 Définitions conceptuelles et opérationnelles des facteurs

Dans cette section, en plus de décrire les définitions conceptuelles de chacun des facteurs proposés dans notre modèle, nous prendrons soins aussi de les définir opérationnellement. Les échelles de mesure utilisées pour chacun des facteurs sont présentés dans le questionnaire en annexe 7. Les échelles et les indices de stress utilisés dans le cadre de cette recherche ont déjà été validés et publiés dans d'autres études (Arsenault et Dolan, 1983a, 1983b).

### 2.2.1 Facteurs subjectifs de stress au travail

#### MANQUE DE LATITUDE PROFESSIONNELLE

##### Définition conceptuelle:

Le manque de latitude professionnelle implique la perception du travailleur quant à son manque de participation aux décisions, à la faible utilisation de son expérience et de ses compétences, ainsi que du manque d'autonomie dont il dispose pour l'organisation de son travail.

Définition opérationnelle:

Il provient de l'addition linéaire de trois échelles validées de types Likert qui mesurent respectivement les facteurs de stress mentionnés ci-haut, en tant que composantes de la latitude professionnelle.

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 <sup>1</sup>.

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 <sup>2</sup>.

L'échelle de manque de participation mesure jusqu'à quel point l'individu ne participe pas aux décisions concernant son travail <sup>3</sup>. Cette échelle est inversée et a été ajoutée aux deux échelles précédentes.

---

<sup>1</sup> Arsenault, A., Dolan, S.L., Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation. Notes, rapports scientifiques et techniques, Montréal, IRSST, 1983.

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid

## DIFFICULTÉS LIÉES AUX RÔLES

### Définition conceptuelle:

Les difficultés liées aux rôles représentent l'ensemble des situations où les responsabilités, les objectifs et les tâches sont ambiguës ou contradictoires.

### Définition opérationnelle:

Cet indice est constitué de deux échelles validées de type Likert qui correspondent aux deux facteurs de stress mentionnés plus haut.

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 <sup>4</sup>.

L'échelle d'ambiguïté de rôle mesure les situations où les responsabilités et les objectifs sont vaguement définis et où les attentes sont imprévisibles et inconnues <sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Ibid

<sup>5</sup> Ibid

## PROBLÈMES DE SURCHARGE DE TRAVAIL

### Définition conceptuelle:

Les problèmes de surcharge représentent l'ensemble des problèmes liés à la charge de travail 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 surcharge quantitative de travail, énumérées plus-haut.

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 <sup>6</sup>.

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 <sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Ibid

<sup>7</sup> Ibid

## EXIGENCES CLINIQUES

### Définition conceptuelle:

Les exigences cliniques représentent l'ensemble des soins qui concerne le contact avec les patients très malades, l'engagement dans les situations d'urgence et les risques de contamination.

### Définition opérationnelle:

L'indice est constitué de trois échelles validées de type Likert, qui correspondent aux trois composantes de ce facteur.

L'échelle de contacts avec les patients très malades mesure la fréquence des contacts avec des patients mourants ou en phase terminale <sup>8</sup>.

L'échelle de risques physiques mesure la fréquence des risques de contaminations bactériennes ou chimiques <sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Ibid

<sup>9</sup> Ibid

L'échelle de décisions urgentes mesure la fréquence des implications lors de situations d'urgence <sup>10</sup>.

### 2.2.2 Facteurs objectifs du travail

Les facteurs objectifs du travail utilisés sont au nombre de trois: les horaires de travail, la taille de l'unité et le statut d'emploi. Les horaires de travail sont représentés par deux catégories: soit l'horaire fixe, incluant les employés de jour et de nuit, et l'horaire de rotation.

La grandeur de l'unité représente le nombre de personnes qui participent à l'étude pour les unités de l'urgence et des soins intensifs.

Enfin, le statut d'emploi est représenté par deux catégories: les réguliers temps pleins et les réguliers temps partiels. Les temps pleins représentent les employés qui effectuent entre 30 et 37 1/2 heures par semaine, alors que les temps partiels sont les employés qui travaillent généralement moins de vingt-cinq heures par semaine. Ces mesures font partie du profil de l'ensemble des sujets de la population à l'étude, illustré en annexe 2.

---

<sup>10</sup> Ibid

### 2.2.3 Caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles utilisées sont au nombre de cinq: le niveau hiérarchique, l'âge, le statut civil, le sexe et la langue d'origine.

Le niveau hiérarchique est divisé en trois sous-groupes: soit les infirmières cadres, les infirmières et les auxiliaires. L'âge est répartie en trois catégories: soit les 19 à 30 ans, les 31 à 45 ans et les 46 à 65 ans.

Le statut civil est représenté par trois catégories: selon que le sujet est marié, célibataire, divorcé ou séparé.

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

Enfin, la langue d'origine est représentée par deux catégories de sujets: soit les francophones et les anglophones. Vous trouverez la distribution de la population selon les différentes catégories en annexe 2.

#### 2.2.4 Conséquence

##### DÉSIR DE QUITTER LA PROFESSION

##### Définition conceptuelle:

Le désir de quitter la profession en tant que variable dépendante sera utilisée comme variable proxy du taux de roulement. Outre le fait que plusieurs chercheurs (Friss, 1982; Kemery et coll., 1987; Kraut, 1975; Marsh et Mannari, 1977; Newman, 1974) ont observé que le désir de quitter, était l'un des meilleurs prédicteurs du taux de roulement, plusieurs raisons justifient l'utilisation de cette variable proxy.

Au niveau méthodologique elle permet aux chercheurs d'effectuer des mesures à des intervalles plus fréquents. En effet, un employé manifeste plus souvent le désir de quitter la profession alors que la décision de quitter son emploi est plus rare. Nous avons déjà mentionné que plusieurs chercheurs mesurent le taux de roulement d'une façon ponctuelle dans l'année, raison pour laquelle les résultats des études diffèrent et sont souvent non significatifs. Donc le désir de quitter la profession élimine les études longitudinales requises et souvent

trop coûteuses pour évaluer le taux de roulement, les difficultés liées au calcul du taux de roulement de même que les biais causés par l'aggrégation du nombre de départs dans l'entreprise.

Enfin le deuxième avantage d'utiliser cette variable proxy concerne l'aspect préventif. En effet, lorsque l'employé manifeste le désir de quitter son emploi, le gestionnaire peut encore réagir pour éviter son départ éventuel. Au contraire lorsque l'employé quitte, l'employeur est aux prises avec un poste vacant sans savoir souvent les motifs qui ont poussé l'employé à agir ainsi.

Définition opérationnelle:

Le désir de quitter la profession est constitué d'une seule échelle, validée de type Likert.

L'échelle du désir de quitter la profession mesure la volonté qu'a l'individu de changer de type d'emploi. Elle a été traduite récemment à partir de celle proposée par Beehr et King<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Beehr & King dans: Kim, J.S. & 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.

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

TABLEAU I

MOYENNES, ECART-TYPES ET ETENDUE DES VARIABLES A L'ETUDE

<u>VARIABLES</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>ÉCART TYPE</u>	<u>VALEUR MIN</u>	<u>OBSERVÉE MAX</u>
Manque de latitude professionnelle	26.943	6.304	10.00	42.00
Exigences cliniques	20.720	3.904	8.00	31.00
Problèmes de surcharge de travail	26.515	4.010	11.00	32.00
Difficultés liées aux rôles	13.501	4.023	7.00	32.00
Taille de l'unité	25.749	12.188	6.00	55.00
Horaires de travail	2.162	1.071	1.00	4.00
Statut d'emploi	1.489	0.500	1.00	2.00
Niveau hiérarchique	1.950	0.510	1.00	3.00
Âge	34.567	7.777	20.00	65.00
Statut civil	1.421	0.640	0.00	3.00
Sexe	1.148	0.357	1.00	3.00
Langue d'origine	1.935	0.265	1.00	5.00
Désir de quitter la profession	12.200	5.337	4.00	24.00

## 2.3 Hypothèses de recherche

Même si la revue de la littérature que nous venons de réaliser ne nous permet pas de cerner d'hypothèses spécifiques, plusieurs études réalisées par les chercheurs dans le domaine du stress au travail nous permettent d'émettre quelques hypothèses de recherches concernant les relations existant entre les variables indépendantes et le désir de quitter, de même que celles existant entre les variables individuelles et le désir de quitter.

### 2.3.1 Hypothèse principale

Notre hypothèse fondamentale concerne la relation entre les facteurs subjectifs de stress au travail et les facteurs objectifs du travail avec le désir de quitter et se formule comme suit:

Les facteurs subjectifs de stress au travail sont de meilleurs prédicteurs du désir de quitter que les facteurs objectifs du travail.

### 2.3.2 Sous-hypothèse

Notre sous-hypothèse concerne le rôle des caractéristiques individuelles sur les facteurs subjectifs de stress au travail et les facteurs objectifs du travail avec le désir de quitter:

Les prédicteurs du désir de quitter varient selon chaque variable individuelle concernée.

Dans le chapitre suivant, nous décrirons la méthodologie adoptée dans le cadre de notre étude.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

## CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

L'objectif de ce chapitre est de présenter la méthodologie utilisée au cours de cette étude. Premièrement, nous décrirons l'échantillon que nous avons retenu. Deuxièmement, nous décrirons la méthode de collecte de données employée. Troisièmement, nous décrirons les tests statistiques qui nous permettront de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche.

Nous tenons à mentionner qu'il s'agit d'une étude secondaire effectuée à partir d'une banque de données déjà constituée et qui a déjà fait l'objet d'analyses (Arsenault et coll., 1989; Arsenault et coll., 1988; Arsenault et coll., 1990).

Pour les fins de la présente étude, nous avons dû éliminer certains cas de l'échantillon original, notamment les candidats qui occupaient le poste de technicien ou secrétaire. La raison qui motive ce choix vient du fait que nous avons cherché à respecter l'homogénéité des sujets, c'est-à-dire celui de partager le métier d'infir-

mière. Ajoutons également que la majorité des études sur le désir de quitter ont utilisé des populations hétérogènes, ce qui affectait grandement les résultats.

Par ailleurs, nous avons dû également supprimer les sujets allophones et les veufs, étant donné leur nombre trop restreint pour que nous puissions les soumettre par la suite à certaines analyses statistiques.

### 3.1 Échantillon

Notre étude vise trente hôpitaux de soins de courte durée répartis dans toutes les régions du Québec. La population comprend 1237 sujets qui travaillent dans les milieux de l'urgence et des soins intensifs. Par conséquent, l'inférence devra se limiter à ces deux groupes.

Le taux de participation moyen à l'étude a été de 84%. La répartition des participantes entre les deux unités de soins est bien balancée. En effet, alors que 45% des sujets proviennent des soins intensifs, 55% des effectifs appartiennent à l'unité d'urgence.

La distribution des participantes selon l'occupation, le statut, l'horaire de travail, l'âge, le sexe, l'état civil, la langue d'origine est présentée dans les tableaux II à VIII.

Le tableau II représente la distribution des participantes selon leur occupation.

TABLEAU II  
REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'OCCUPATION

<u>Occupation</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
1. Infirmière	913	73.8
2. Infirmière-cadre	193	15.6
3. Infirmière-auxiliaire	131	10.6
TOTAL	1237	100.0

Les infirmières occupent la plus importante catégorie avec 74% des effectifs. Les infirmières-cadres représentent 16% des sujets, suivies par les infirmières-auxiliaires qui constituent seulement 11% des effectifs.

Le tableau III indique la répartition des sujets selon leur statut.

TABLEAU III  
REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE STATUT

<u>Statut</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
1. Régulier temps plein	632	51.1
2. Régulier temps partiel	605	48.9
TOTAL	1237	100.0

L'on retrouve un pourcentage de travailleurs à temps plein et à temps partiel à peu près équivalent, soit respectivement de 51% et de 49%.

La distribution des sujets selon les horaires de travail est donnée au tableau IV.

TABLEAU IV  
REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LES HORAIRES DE TRAVAIL

<u>Horaire</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
1. Régulier jour	433	35.0
soir	361	29.2
nuit	251	20.3
2. Rotation	191	15.5
TOTAL	1236	100.0

Cette distribution est bien représentative, puisque 35% des sujets sont réguliers de jour, 29% des répondants sont réguliers de soir et 20% des sujets sont réguliers de nuit. Egalement, 16% des effectifs occupent un poste en rotation.

Le tableau V illustre la répartition des participantes retenues selon les catégories d'âges.

TABLEAU V  
REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE

<u>Age</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
19-30	411	33.2
31-45	722	58.4
46-65	104	8.4
Total	1237	100.0

33% des sujets se situent entre 19 et 30 ans. 58% ont entre 31 et 45 ans. Finalement, 8% des effectifs ont entre 46 et 65 ans.

La distribution des sujets selon leur sexe est représentée au tableau VI.

TABLEAU VI  
REPARTITION DES SUJETS SELON LE SEXE

<u>Sexe</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Femme	1055	85.3
Homme	182	14.7
Total	1237	100.0

La très grande majorité des participantes sont des femmes. Ces dernières représentent 85% des effectifs.

Le tableau VII indique la répartition des sujets selon leur état civil.

TABLEAU VII  
REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'ETAT CIVIL

<u>Etat civil</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Mariée ou équivalent	815	65.9
Célibataire	320	25.9
Séparée/divorcée	101	8.2
TOTAL	1236	100.0

Les deux-tiers des effectifs sont mariées (65%), alors que 26% d'entre eux sont célibataires. Enfin, 8% des sujets sont séparées ou divorcées.

La distribution des sujets selon leur langue d'origine est donnée au tableau VIII.

TABLEAU VIII  
REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LA LANGUE  
D'ORIGINE

<u>Langue</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Francophone	1153	93.2
Anglophone	83	6.7
TOTAL	1236	99.9

93% des effectifs sont francophones alors que 7% des sujets sont anglophones.

### 3.2 Méthode de collecte des données

Nous décrivons ici la collecte de données effectuée par Léonard et van Améringen (1988). Dans un premier temps, nous devons souligner que l'étude originale a pu être réalisée grâce à une volonté paritaire exprimée par le conseil d'administration de l'Association en santé et sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS).

Leur première démarche a été de contacter 55 centres hospitaliers de soins de courte durée, afin de les sensibiliser à notre étude. 40 hôpitaux ont répondu à l'appel. Parmi ce nombre, 30 hôpitaux ont été sélectionnés au hasard. Vous trouverez la liste de ces hôpitaux à l'annexe 3.

Deuxièmement, grâce à la collaboration des conseillers aux établissements de l'ASSTAS, un comité paritaire de travail a été constitué au sein de chaque unité, qui comprend 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'informations a été organisée sous la direction des conseillers aux établissements de l'ASSTAS afin d'expliquer le déroulement du projet. Etaient présents, la personne ressource assignée au dossier pour chaque hôpital, le plus souvent la (le) directrice (teur) des soins infirmiers (DSI) ou des ressources humaines, l'infirmière-chef de chaque département, des représentants de chaque service et quelques fois 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 respectivement dans les annexes 4 à 6.

### 3.3 Traitement statistique des données

Nous avons utilisé le programme BMDP (version 88) pour l'ensemble de nos analyses statistiques.

Afin de mesurer le lien entre l'ensemble des variables indépendantes entre elles et avec le désir de quitter, nous avons retenu le coefficient de corrélation de Pearson.

Le coefficient de corrélation nous permet également de vérifier l'indépendance relative des variables indépendantes.

Nous avons choisi l'analyse de variance afin de déterminer le lien qui existe entre les facteurs de stress au travail et le désir de quitter. Cette méthode nous permet également de vérifier s'il existe des différences entre les groupes (selon l'âge, le sexe, le statut civil et le niveau hiérarchique) sur le désir de quitter.

L'analyse de régression logistique a été retenue afin de pouvoir identifier quels sont les facteurs de stress qui s'avèrent être les meilleurs prédicteurs du désir de quitter.

Enfin, l'analyse de régression entre les groupes et pour chacun des groupes permet d'évaluer les effets des facteurs de stress au travail sur le désir de quitter, pour chaque variable individuelle.

Dans le prochain chapitre, nous présenterons les résultats des analyses bivariées et multivariées effectuées sur l'ensemble des variables à l'étude.

CHAPITRE 4

PRESENTATION DES RESULTATS

## CHAPITRE 4

PRESENTATION DES RESULTATS

Ce chapitre est divisé en deux sections: (1) l'indépendance relative entre les variables indépendantes et l'analyse des relations bivariées entre les variables retenues dans notre modèle, et 2) les analyses multivariées qui comprennent: l'identification des meilleurs prédicteurs du désir de quitter la profession et l'impact des variables individuelles sur la valeur prédictive du désir de quitter.

4.1 Indépendance des échelles et analyses bivariées

Nous avons d'abord vérifié l'indépendance relative entre chacune de nos variables indépendantes.

Vous trouverez dans le tableau IX la matrice de corrélation de toutes les variables à l'étude.

Le tableau IX indique que les facteurs subjectifs de stress au travail (le manque de latitude profes-

sionnelle, les exigences cliniques, les problèmes de surcharge de travail et les difficultés liées aux rôles) sont faiblement reliés entre eux ( $r = 0.07$  à  $r = 0.31$ ).

La matrice de corrélation nous permet de constater que les facteurs subjectifs de stress au travail (le manque de latitude professionnelle, les exigences cliniques, les problèmes de surcharge de travail et les difficultés liées aux rôles) sont corrélés positivement avec le désir de quitter la profession ( $r = 0.18$  à  $r = 0.31$ ).

Egalement, le manque de latitude professionnelle demeure le facteur subjectif de stress au travail qui présente le coefficient de corrélation le plus élevé avec le désir de quitter la profession ( $r = 0.31$ ).

La matrice de corrélation illustrée au tableau IX nous indique à l'inverse que les facteurs objectifs du travail (la taille de l'unité, les horaires de travail et le statut d'emploi) ne sont pas reliés au désir de quitter la profession ( $r = - 0.02$  à  $r = 0.07$ ).

Egalement, la taille de l'unité, les horaires de travail et le statut d'emploi ne sont pas liés entre eux ( $r = -0.07$  à  $r = 0.06$ ).

Finalement, les coefficients de corrélation que l'on retrouve au tableau IX nous suggèrent que les variables individuelles sont également très faiblement reliées au désir de quitter la profession, les coefficients allant de  $r = 0.02$  à  $r = 0.16$ ).

De même, il ne semble exister aucun lien entre les facteurs de stress et les facteurs objectifs du travail.

TABLEAU IX: MATRICE DE CORRELATION DES VARIABLES A L'ETUDE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Manque de latitude professionnelle	1												
Exigences cliniques	2	0.08											
Surcharge quantitative	3	0.07	0.29										
Difficultés liés aux rôles	4	0.31	0.20	0.24									
Taille de l'unité	5	0.18	0.01	0.05	0.04								
Horaires de travail	6	0.08	0.13	-0.08	-0.04	-0.07							
Statut d'emploi	7	0.09	0.09	-0.11	-0.07	0.05	0.06						
Niveau hiérarchique	8	0.30	0.04	-0.12	-0.05	0.10	0.12	0.12					
Age	9	-0.03	-0.20	0.09	-0.06	-0.15	-0.24	-0.11	-0.08				
Statut civil	10	-0.03	-0.04	-0.02	-0.01	0.10	-0.01	-0.19	-0.05	0.04			
Sexe	11	0.10	-0.05	-0.09	0.03	-0.03	0.02	-0.23	0.15	-0.08	-0.02		
Langue d'origine	12	0.07	0.01	0.02	0.05	0.14	-0.07	-0.04	0.04	-0.17	-0.00	0.10	
Désir de quitter	13	0.31	0.21	0.18	0.28	0.07	0.02	-0.02	0.06	-0.16	0.09	0.11	0.02

4.1.1 Analyses de variance entre les caractéristiques individuelles et le désir de quitter

Le tableau X nous permet d'observer que les infirmières (12.42) expriment un désir de quitter beaucoup plus élevé que les infirmières-cadres (11.18) ( $p = 0.0033$ ).

TABLEAU X  
ANALYSE DU DESIR DE QUITTER SELON LE NIVEAU  
HIERARCHIQUE

<u>NIVEAU HIERARCHIQUE</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>NOMBRE</u>
Infirmière-cadre	11.18	193
Infirmière	12.42	913
Infirmière-auxiliaire	12.18	131
<u>ANALYSE DE VARIANCE</u>	<u>DEGRE DE LIBERTE</u>	<u>CARRES MOYENS</u>
Inter-groupes	2	122.95 F= 4.3
Intra-groupes	1235	28.33 P=0.0132
Total	1237	

L'analyse de variance nous permet de constater que la relation niveau hiérarchique-désir de quitter est significative ( $F = 4.3$ ,  $p = 0.0132$ ). Toutefois,

il ne semble pas exister de différence significative entre les infirmières-auxiliaires et les deux autres groupes.

Il existe un lien significatif entre le désir de quitter et l'âge, le désir étant plus marqué chez les jeunes travailleurs ( $p=0.000$ ). De plus, la relation avec l'âge semble être inversement proportionnel (tableau XI). En effet, plus l'infirmière vieillit, moins grand est son désir de quitter (13.0 pour les 19-30 ans, 12.1, pour les 31-45 ans et 9.8 pour les 46-65 ans).

TABLEAU XI  
ANALYSE DE VARIANCE DU DESIR DE QUITTER SELON L'AGE

<u>AGE</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>NOMBRE</u>
19-30 ans	12.99	411
31-45 ans	12.09	722
46-65 ans	9.84	104
<u>ANALYSE DE VARIANCE</u>	<u>DEGRE DE LIBERTE</u>	<u>CARRES MOYENS</u>
Inter-groupes	2	421.83 F= 15.15
Intra-groupes	1234	27.85 P= 0.000
Total	1236	

Les résultats de l'analyse du F test rapportés dans le tableaux XII nous permettent d'affirmer qu'il existe des différences importantes entre et pour chacun des groupes selon le statut civil concerné et en fonction du désir de quitter la profession ( $F= 7.29$ ,  $P= 0.0007$ ).

L'analyse de variance du désir de quitter selon le statut civil nous permet de constater que les infirmières célibataires expriment un désir de quitter la profession significativement plus élevé (13.08) que les infirmières mariées (11.79) ( $p=0.0003$ ).

TABLEAU XII

ANALYSE DE VARIANCE DU DESIR DE QUITTER SELON LE STATUT CIVIL

<u>STATUT CIVIL</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>NOMBRE</u>
Célibataire	13.08	320
Mariée ou équivalent	11.79	815
Séparée/divorcée	12.73	101
<u>ANALYSE DE VARIANCE</u>	<u>DEGRE DE LIBERTE</u>	<u>CARRES MOYENS</u>
Inter-groupes	2	205.68 $F= 7.29$
Intra-groupes	1233	28.22 $P= 0.0007$
Total	1235	

L'analyse de variance par le sexe du désir de quitter présentée au tableau XIII, nous fournit des résultats intéressants dans la mesure où l'on constate que les hommes (13.6) expriment un désir de quitter la profession significativement plus élevé que les femmes (11.95).

TABLEAU XIII

ANALYSE DE VARIANCE DU DESIR DE QUITTER SELON LE SEXE

<u>SEXE</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>NOMBRE</u>
Féminin	11.95	1055
Masculin	13.60	181
<u>ANALYSE DE VARIANCE</u>	<u>DEGRE DE LIBERTE</u>	<u>CARRES MOYENS</u>
Inter-groupes	1	417.51 F= 14.81
Intra-groupes	1234	28.19 P= 0.0001
Total	1235	

Enfin, il n'existe aucun lien entre la caractéristique individuelle la langue d'origine et le désir de quitter la profession.

A titre de conclusion, seuls les facteurs subjectifs de stress au travail sont modérément liés avec le désir de quitter la profession. Parmi ces facteurs, le manque de latitude professionnelle suivit des exigences cliniques et des difficultés liées aux rôles sont les plus liés avec le désir de quitter la profession.

Les facteurs objectifs du travail de même que les caractéristiques individuelles apparaissent comme étant faiblement reliés au désir de quitter la profession.

Toutefois, les résultats des analyses de variance nous permettent d'observer que le niveau hiérarchique, l'âge, le statut civil et le sexe sont significativement liés au désir de quitter la profession. Les relations observées entre la langue d'origine, les facteurs objectifs du travail et le désir de quitter ne sont pas significatifs.

## 4.2 Analyses multivariées

### 4.2.1 Les prédicteurs du désir de quitter

Le tableau XIV présente les résultats de l'analyse de régression logistique du désir de quitter sur chacun des facteurs subjectifs de stress au travail et des facteurs objectifs du travail.

TABLEAU XIV  
REGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS DE  
STRESS AU TRAVAIL ET DES FACTEURS OBJECTIFS DU TRAVAIL  
AVEC LE DESIR DE QUITTER

<u>ETAPE</u>	<u>VARIABLE</u> <u>INDEPENDANTE</u>	<u>CONTRIBUTION</u> <u>AU R<sup>2</sup></u>	<u>R<sup>2</sup> TOTAL</u>
1	Manque de latitude professionnelle	0.09	0.09
2	Difficultés liées aux rôles	0.04	0.13
3	Exigences cliniques	0.02	0.15
4	Problèmes de surcharge de travail	0.01	0.16

A la lumière de ce tableau nous pouvons remarquer que le facteur subjectif de stress "**le manque de latitude professionnelle**", parvient à lui seul à expliquer 9% de la variance du désir de quitter: (F=128.96 et  $p<0.01$ ).

Comme deuxième facteur de stress "**les difficultés liées aux rôles**" augmente significativement la valeur prédictive: le  $R^2$  passant de 0.09 à 0.13 soit, une augmentation de 0.04 ( $p<0.01$ ) à F=92.75.

"**Les exigences cliniques**", et les "**problèmes de surcharge de travail**" expliquent une proportion plus faible, mais significative, de la variance du désir de quitter: leur contribution respective au  $R^2$  étant de .02 ( $p<0.01$ ) et de .01 ( $p<0.01$ ) à F=74.00 et à F=58.61 respectivement. Les facteurs objectifs du travail se sont révélés comme étant non significatifs par cette régression.

#### 4.2.2 Les prédicteurs du désir de quitter pour chaque variable individuelle

Puisqu'il existait une différence entre les groupes lors des analyses de variance, nous avons effectué des régressions multiples par groupe et entre les groupes

pour chacune des caractéristiques individuelles afin d'être en mesure d'évaluer quels étaient les meilleurs prédicteurs du désir de quitter pour chaque groupe.

Nous tenons à préciser que les liens observés entre le niveau hiérarchique et la langue d'origine avec le désir de quitter ne sont pas significatifs. C'est pourquoi, ces résultats ne seront pas présentés ici.

Le tableau XV présente les résultats d'une régression multiple en groupes des facteurs subjectifs de stress au travail par groupe d'âge en fonction du désir de quitter. Après l'étude de ce tableau nous constatons que les prédicteurs du désir de quitter varient selon le groupe d'âge auquel on s'adresse.

TABLEAU XV

REGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS DE STRESS AU TRAVAIL  
PAR GROUPE D'AGE EN FONCTION DU DESIR DE QUITTER

<u>Facteurs de stress</u>	<u>Coefficient de régression standardisé</u>			
	<u>Tous</u>	<u>19-30</u>	<u>31-45</u>	<u>46-65</u>
1. Manque de latitude professionnelle	0.24**	0.28**	0.23**	0.13
2. Exigences cliniques	0.13**	0.09*	0.13**	-0.10
3. Problèmes de surcharge de travail	0.09**	0.09	0.12**	0.21
4. Difficultés liées aux rôles	0.15**	0.13**	0.16**	0.19
Intercept	-2.89	-2.22	-4.32	0.85
Inter-groupes	F= 3.49**			
* P <.05				
** P <.01				

En effet, alors que chez les jeunes (19-30 ans) ce sont "Le manque de latitude professionnelle", "Les exigences cliniques" "Les difficultés liées aux rôles" qui jouent un rôle significatif ( $p < .05$ ) dans leur désir de quitter, chez les infirmières âgées entre 31 et 45 ans l'on retrouve l'ensemble des facteurs subjectifs de stress au travail qui influencent leur prise de décision ( $p < 0.01$ ). Quant aux infirmières âgées entre 46 et 65 ans, aucun de ces facteurs semble pouvoir expliquer significativement leur désir de quitter.

Le tableau XVI nous permet de constater que les facteurs de stress qui incitent l'infirmière à quitter, varient également selon le statut civil auquel on s'adresse. Ainsi, "le manque de latitude professionnelle" et "les problèmes de surcharge de travail" seraient ceux qui influencent davantage le désir de quitter que l'on retrouve chez les infirmières séparées ou mariées.

TABLEAU XVI

REGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS DE STRESS SELON LE STATUT CIVIL ET EN FONCTION DU DESIR DE QUITTER

<u>Facteurs de stress</u>	<u>Coefficient de régression standardisé</u>			
	<u>Tous</u>	<u>Mariée</u>	<u>Célibataire</u>	<u>Séparée Divorcée</u>
1. Manque de latitude professionnelle	0.24**	0.19**	0.37**	0.24*
2. Exigences cliniques	0.13**	0.12**	0.15**	0.05
3. Problèmes de surcharge de travail	0.09**	0.11**	0.02	0.23*
4. Difficultés liées aux rôles	0.15**	0.21**	0.05	0.15
Intercept	-2.90	-3.004	-2.49	-5.29
Inter-groupes	F= 3.76****			
*	p <.05			
**	P <.01			
****	P <.0001			

Chez les infirmières célibataires, "le manque de latitude professionnelle" et "les exigences cliniques" seraient les seuls facteurs subjectifs de stress capables d'expliquer significativement leur désir de quitter.

Enfin, contrairement aux deux autres groupes, celui des infirmières mariées serait significativement influencé par les quatre facteurs subjectifs de stress au travail dans leur désir de quitter la profession.

Au tableau XVII, nous constatons que l'homme et la femme expriment un désir de quitter pour des raisons forts différentes.

TABLEAU XVII  
REGRESSION DES FACTEURS SUBJECTIFS DE STRESS AU  
TRAVAIL PAR SEXE ET EN FONCTION DU DESIR DE QUITTER

<u>Facteurs de stress</u>	<u>Coefficient de régression standardisé</u>		
	<u>Tous</u>	<u>Féminin</u>	<u>Masculin</u>
1. Manque de latitude professionnelle	0.24**	0.22**	0.30**
2. Exigences cliniques	0.13**	0.13**	0.12
3. Problèmes de surcharge de travail	0.09**	0.09**	0.17*
4. Difficultés liées aux rôles	0.15**	0.16**	0.12
Intercept	-2.90	-2.67	-4.76
Inter-groupes	F= 3.30**		
* P <.05			
** P <.01			

En effet, alors que chez la femme l'ensemble des facteurs subjectifs de stress au travail influencent significativement ( $P < .01$ ) son désir de quitter, chez l'homme seulement le "**Manque de latitude professionnelle**"

et les "**Problèmes de surcharge de travail**" joueraient un rôle significatif ( $P < .05$ ) dans le désir de quitter la profession.

A la lumière des résultats obtenus lors des analyses multivariées, quatre facteurs subjectifs de stress au travail ont été identifiés comme étant les meilleurs prédicteurs du désir de quitter, par ordre d'importance: "**Le manque de latitude professionnelle**" expliquant le plus gros pourcentage de la variance (9%), suivit par "**Les difficultés liées aux rôles**" (4%), "**Les exigences cliniques**" (2%) et enfin "**Les problèmes de surcharge de travail**" (1%) qui contribuent plus faiblement mais significativement à expliquer la variance du désir de quitter la la profession.

Quant aux facteurs objectifs du travail, aucun ne s'est révélé être un prédicteur du désir de quitter.

Les résultats du F test nous permettent de constater qu'en ce qui concerne les caractéristiques individuelles, l'âge, le statut civil et le sexe influenceraient significativement ( $P < .05$ ) les facteurs subjectifs de stress au travail.

Dans le chapitre qui suit, nous analyserons les résultats et nous les comparerons aux résultats obtenus dans la littérature.

CHAPITRE 5

ANALYSE DES RESULTATS

## CHAPITRE 5

### ANALYSE DES RESULTATS

L'objectif de ce chapitre est d'analyser les résultats présentés au chapitre 4 et de les comparer à ceux obtenus dans les études antérieures. Il comprend quatre parties: (1) L'analyse des liens directs entre les caractéristiques individuelles et le désir de quitter; (2) L'analyse des prédicteurs du désir de quitter;(3) L'analyse de l'effet des caractéristiques individuelles dans la relation entre les facteurs de stress et le le désir de quitter et (4) L'état actuel de la profession d'infirmière et sa remise en question.

#### 5.1 Analyse des liens directs entre les caractéristiques individuelles et le désir de quitter

Les résultats des analyses de variance des caractéristiques individuelles face au désir de quitter sont en grande partie en accord avec ceux révélés antérieurement par les chercheurs. Rappelons ici au lecteur que ces analyses de variances visaient à identifier dans quelle mesure les sous-groupes formés se comportaient différemment (i.e en moyenne) sur le désir de quitter.

Nos résultats qui portent sur les variables individuelles indiquent que l'âge est inversement corrélé avec le désir de quitter. On remarque en effet que ce sont les infirmières âgées de moins de trente ans qui expriment un désir de quitter plus élevé que tout autre groupe. A cet effet, nous partageons l'opinion de Krau (1981), et Lachman et Diamant (1987), qui basés sur les résultats de leur étude longitudinale associent le désir de quitter la profession à une période critique chez l'infirmière âgée de moins de trente ans où elle se trouve généralement plus mobile en matière d'emploi, et où cette dernière a tendance à manifester plus facilement le désir de quitter son emploi, surtout lorsqu'elle subit certaines contraintes organisationnelles.

Toutefois, nous devons demeurer vigilantes dans l'interprétation de ces résultats puisque d'autres chercheurs affirment que la relation entre l'âge et le désir de quitter serait modérée par la présence d'autres facteurs, tels que les responsabilités familiales et l'expérience de vie, sur lesquelles nous ne nous sommes pas attardé dans cette recherche (Heath, 1976; Munley, 1977; Sheppard, 1971).

Le lien obtenu entre le désir de quitter et le statut civil confirme celui des études antérieures, c'est-à-dire que l'infirmière célibataire exprime un désir de quitter significativement plus élevé que l'infirmière mariée. Basés sur les résultats obtenus dans leur étude, Porter et Steers (1973), ont suggéré que le statut civil "célibataire" pourrait favoriser une certaine mobilité pour le travailleur en matière d'emploi, alors que le statut civil "marié" servirait plutôt à stabiliser le travailleur dans son emploi.

Encore ici, nous devons demeurer prudentes quant à l'interprétation de ces résultats puisque le sexe de l'individu et les responsabilités familiales, notamment le nombre d'enfants à charge semblent avoir une influence considérable sur la relation qui existe entre le statut civil et le désir de quitter (Krau, 1981; Porter et Steers, 1973).

Bien qu'il n'existe pas actuellement de consensus parmi les chercheurs quant à la relation entre le sexe et le désir de quitter, nos résultats semblent indiquer que l'homme exprime un désir de quitter significativement plus élevé que la femme. Ces résultats soutiennent ceux qui ont été rapportés par quelques chercheurs dans le domaine, et qui attribuent ce phénomène au fait que

l'homme possède une vision distincte de la femme face à son emploi et placerait ainsi son cheminement de carrière et la mobilité d'emploi au premier plan. C'est pourquoi l'on retrouverait un désir de quitter supérieur chez l'homme (Long, 1972; Lortie, 1975; Maccoby et Jacklin, 1974; Miller et coll., 1979; Stumpf et Dawley, 1981).

Néanmoins, nos conclusions face à ces résultats doivent être interprétées modestement puisqu'encore ici ces mêmes auteurs nous mentionnent plusieurs facteurs qui peuvent modifier la relation qu'on observe entre le sexe et le désir de quitter dont, les processus psychologiques, les stéréotypes ou les valeurs sociétales, la personnalité et les variables organisationnelles à l'intérieur desquelles l'individu opère.

Quoiqu'il en soit, à partir des résultats observés et ceux révélés par les recherches antérieures, l'infirmier semblerait vouloir quitter la profession pour des raisons qui paraissent distinctes de celles manifestées par l'infirmière.

Dans un tout autre ordre d'idée, les résultats de l'analyse de variance selon le niveau hiérarchique

s'opposent à ceux de la littérature; contrairement à ce que l'on pourrait s'attendre les infirmières expriment un désir de quitter significativement plus élevé que les infirmières-cadres.

En effet, les résultats de l'étude de Price et Mueller (1981) réalisée auprès des infirmières, qui rejoignent ceux révélés dans d'autres recherches conduites sur d'autres populations, soutiennent que plus un travailleur occupe un poste élevé dans la hiérarchie d'une entreprise, plus il s'identifie à ses propres capacités et plus il exprime un désir élevé de quitter l'entreprise. A l'inverse, un employé qui appartient à un niveau inférieur de la hiérarchie d'une entreprise s'identifierait davantage à son entreprise et par conséquent exprimerait un désir inférieur de quitter.

Il se peut fort bien, par contre, que les infirmières qui ont participé à notre étude aient atteint un seuil de tolérance où les facteurs de stress au travail, vu leur proportion, prédomineraient sur les facteurs d'identification à l'entreprise, ce qui inciterait davantage l'infirmière à quitter son emploi. Ce phénomène servirait à justifier le fait d'avoir constaté un désir de quitter significativement plus élevé chez les infirmières. On pourrait également supposer

que certaines conditions de travail, notamment l'autonomie au travail et certains avantages sociaux ou monétaires, inhérents à la position qu'occupent les infirmières-cadres peuvent avoir favorisé leur identification à l'entreprise plutôt qu'à leur propres capacités, ce qui pourrait expliquer pourquoi elles expriment un désir de quitter moins élevé. Certaines études ont confirmé cette hypothèse (Mobley et coll., 1978; Mowday et coll., 1984; Price et Muller, 1981; Steers et Mowday, 1981).

Enfin, nous n'avons mesuré aucun lien entre le désir de quitter et la langue d'origine. Il n'existe pas, au meilleur de notre connaissance, d'étude qui se soit penchée sur la relation existant entre cette caractéristique individuelle et le désir de quitter.

## 5.2 Analyse des prédicteurs du désir de quitter

Notre hypothèse principale à l'effet que les facteurs subjectifs de stress au travail sont de meilleurs prédicteurs du désir de quitter que les facteurs objectifs du travail est vérifiée.

### 5.2.1 Le manque de latitude professionnelle

Les résultats présentés au tableau XIV du chapitre quatre ont montré que le manque de latitude professionnelle constitue le meilleur prédicteur du désir de quitter. Ce dernier comme on l'a vu réussit à expliquer à lui seul 9% de la variance du désir de quitter. Ces résultats sont d'abord très révélateurs, surtout si l'on se fit à l'ensemble des médias qui tout récemment (i.e la période précédent la signature d'une nouvelle convention collective entre l'état québécois et les infirmières) ont fait grand étalage des conditions d'exercice de la profession d'infirmière, en insistant davantage sur les piètres salaires, les horaires et la surcharge de travail.

Au meilleur de notre connaissance, il n'existe pas d'étude qui se soit adressée directement au manque de latitude professionnelle. Toutefois, ses composantes (i.e autonomie restreinte au travail, sous-utilisation des habiletés au travail et le manque de participation aux décisions) ont fait l'objet de plusieurs études.

#### 5.2.1.1 Autonomie restreinte au travail

L'autonomie au travail est la dimension du manque de latitude professionnelle qui a été le fondement du plus grand nombre d'études réalisées auprès des infirmières. Les résultats des chercheurs sont unanimes en ce qui concerne la relation négative qui existe entre l'autonomie au travail et le taux de roulement (Constable et Russel, 1986; Lachman et Diamant, 1987).

Récemment (juin 88), un sondage réalisé par la firme Lavalin, pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, révélait l'état des perceptions chez les infirmières face à leur conditions de travail. Les infirmières ont exprimé leur insatisfaction au travail sur trois facteurs principaux: le manque d'autonomie dans leur travail, la surcharge de travail et le manque de clarté dans la définition de leur tâches. Il est intéressant de noter que le manque d'autonomie au travail est le facteur sur lequel les infirmières ont exprimé leur plus grand mécontentement. Ces résultats (disponibles en annexe 8) viennent soutenir nos propres conclusions.

Chez l'infirmière comme chez tout autre profession, l'autonomie professionnelle est celle qui procure à l'individu la liberté de décider de l'organisation de son travail. Or, trois facteurs liés à la structure organisationnelle peuvent contribuer à réduire l'autonomie de l'infirmière dans son travail: (1) L'incompatibilité entre les buts visés et les normes prescrites par l'organisation et ceux imposés par la profession; (2) Une supervision étroite et (3) Le travail en groupe.

- (1) L'incompatibilité entre les buts visés et les normes prescrites par l'organisation et ceux imposés par la profession

Les coupures budgétaires qu'ont connu les hôpitaux du Québec depuis cinq ans de même que l'alourdissement de la clientèle qu'on a pu constater au fil des années peuvent contribuer à restreindre considérablement les choix du gestionnaire en ce qui a trait à la qualité des soins versus les coûts qu'engendrent ces soins. L'infirmière subit donc quotidiennement les conséquences de telles contraintes. Ainsi, l'infirmière est appelée à assumer une charge de travail additionnelle tout en rencontrant le mieux possible les besoins du patient mais selon des standards qui sont souvent bien inférieurs à ceux prescrits par la profession. Il se crée alors chez elle un sentiment de culpabilité face à son patient.

En outre, les standards ou les normes prescrites par la profession diffèrent souvent de ceux adoptés par l'organisation. Cela a pour effet de rendre le système de valeurs interne de l'infirmière en conflit direct avec celui que prône l'employeur, et donc d'agir à titre de facteur de stress chez l'infirmière. Par exemple, certaines politiques de l'entreprise peuvent parfois restreindre considérablement l'étendue des soins que peut procurer l'infirmière à son patient, lesquels lui ont été inculqués tout au long de sa formation.

## (2) Supervision étroite

Même si en vertu de son statut la professionnelle est responsable et doit répondre de ses propres actions, l'infirmière est supervisée directement par l'infirmière-chef et indirectement par les médecins et l'administration (Jacobson et McGrath, 1983).

Plusieurs infirmières se sont plaintes du fait de ne pas être appréciées suffisamment par leurs superviseurs ou par les médecins, qui deviennent de plus en plus exigeants envers elles. Cet extrait du rapport du comité d'étude réalisée en 1987 sur la main-d'oeuvre en

soins infirmiers (issue du Ministère de la Santé des services sociaux et des associations d'établissements) nous révèle la gravité de la situation actuelle dans les hôpitaux au Québec:

<<Aux Etats-Unis, l'arrivée des infirmières assistantes-médecins ("nurse-practitioners") et des infirmières responsables des "soins intégraux" ("primary nurse") a modifié les rapports entre les médecins et les infirmières en augmentant l'autonomie professionnelle de ces dernières. Au Québec, on semble assister à une tendance inverse avec la Loi 27 et l'attribution aux médecins d'un pouvoir accru sur l'utilisation des ressources des établissements... On note par ailleurs que les moyens envisagés à date pour accroître la sensibilité des médecins aux conséquences économiques de leur activité (Loi 27) risquent de freiner le mouvement vers un élargissement de l'autonomie et de la responsabilité des infirmières.>> (P. xi)

### (3) Le travail en groupe

Le travail en groupe, facteur auquel on s'adresse rarement, accentue chez l'infirmière son manque d'autonomie au travail. En effet, l'affectation de l'infirmière à un poste quelconque n'est que partielle. Dès qu'un quart de travail est terminé une autre infirmière assure la relève afin d'apporter les soins à un groupe de patients et ainsi de suite. Par conséquent, le rétablissement et le bien-être d'un groupe X de patients est attribuable dans la majorité des cas non seulement au travail d'une seule infirmière mais aux

efforts fournis par le groupe. Etant donné un tel système les mécanismes pour reconnaître la qualité de la performance individuelle et l'autonomie de l'infirmière sont plutôt rarissimes (Jacobson et McGrath, 1983; Menzies, 1960).

#### 5.2.1.2 La sous-utilisation des habiletés

La sous-utilisation des habiletés est une deuxième composante du manque de latitude professionnelle que nous avons mesurée. Bien que de prime abord elle puisse paraître plutôt secondaire, elle demeure néanmoins intimement liée à l'autonomie restreinte au travail (Canfield et Smuckler, 1979; Reeva, 1979).

La formation, l'expérience et le contexte actuel font que les infirmières sont appelées à jouer un plus grand rôle et donc à assumer de nouvelles responsabilités dans les établissements de santé. Par contre, il demeure tout un "ensemble" de tâches et de décisions pour lesquelles on ne leur laisse aucune latitude, afin de préserver l'image stéréotypée et traditionnelle de l'infirmière: celle d'une personne dépourvue de pouvoir, d'autorité et d'autonomie et qui est donc soumise aux

directives du médecin (Canfield et Smuckler, 1979; Menzies, 1960; Reeva, 1979; Scott, 1966; Wandelt et coll., 1981; White, 1980).

Or, paradoxalement, étant donné le nombre de coupures budgétaires dans les hôpitaux depuis cinq ans, les infirmières ont dû prendre part à plusieurs fonctions, qui jadis relevaient de la compétence du médecin, mais qui maintenant leur sont déléguées. Ainsi par exemple, on attend de l'infirmière de l'unité des soins coronariens, confrontée à un patient en danger de mort, qu'elle soit capable non seulement de diagnostiquer des problèmes d'arythmie cardiaque, mais également de débiter, selon certaines règles de routine, le traitement avec les drogues appropriées. Pourtant l'on se refuse de permettre à l'infirmière de poser des diagnostics médicaux. En effet le code de la profession ne lui donne le droit que de poser un diagnostic infirmier. La profession d'infirmière est donc imprégnée du sentiment d'impuissance!...

#### 5.2.1.3 Le manque de participation aux décisions

Le manque de participation aux décisions est la dernière composante du manque de latitude professionnelle. Cette dimension se situe dans le prolongement

de la sous-utilisation des habiletés au travail. En effet, même si l'infirmière se trouve souvent la mieux placée pour identifier les besoins du patient et pour reconnaître les changements dans sa condition, elle ne possède pas d'autorité pour instituer un nouveau traitement au patient ou pour pouvoir effectuer des changements dans les soins qui lui sont prescrits (Jacobson et McGrath, 1983; Menzies, 1960). Dans plusieurs cas, l'infirmière qui émet certaines suggestions relatives au patient est perçue comme celle qui défie l'autorité du médecin. Donc, les politiques institutionnelles confèrent uniquement au médecin le pouvoir de prendre les décisions professionnelles en ce qui concerne le patient (Aiken, 1981; Lesnik et Anderson, 1955).

En général, afin d'éviter les situations problématiques, l'infirmière et le médecin occupent un rôle important dans ce que Stein (1968), a identifié sous le nom de "physician-nurse game" qu'il décrit ainsi:

"<< The object of the game is as follows: The nurse is to be bold, have initiative and be responsible for making significant recommendations, while at the same time she must appear passive. This must be done in such a manner so as to make her recommendations appear to be initiated by the physician.>>" (P.101)

Cela revient donc à dire que la contribution énorme de l'infirmière dans les soins du patient n'est jamais reconnue.

De manière à compliquer davantage le tableau, l'autorité qu'on accorde à l'infirmière est souvent confinée à certaines périodes de la journée. Ainsi, durant les heures normales de travail, le médecin fait sentir son pouvoir autoritaire et prend la plupart des décisions. Toutefois, lorsque vient la nuit, cette même autorité et prise de décision sont déléguées en grande partie à l'infirmière, pouvoirs qui lui seront retirés dès le lever du soleil pour être dévolus au médecin.

Au niveau institutionnel, l'infirmière est rarement impliquée lorsqu'il s'agit des prises de décisions qui concernent les nouvelles politiques qui risquent d'affecter les soins futurs du patient et les pratiques en nursing. Même lorsque des comités sont formés dans le but d'établir des nouveaux standards pour la profession, les décisions qui en ressortent doivent souvent être approuvées d'abord par le corps médical avant d'être implantées (Grissom et Spengler, 1976).

Une étude réalisée en 1979, par un comité de Main-d'oeuvre et Immigration Canada auprès des Canadiens s'est penché sur ce qu'ils estimaient important dans leur emploi et également sur la mesure dans laquelle leur emploi actuel répondait à leurs aspirations. Les résultats de cette étude nous révèlent d'abord que l'élément le plus important dans l'esprit des Canadiens, est que le travail soit intéressant. Les travailleurs ont identifié trois (3) facteurs pour définir ce que signifiait un travail intéressant:

"<< ...avoir la possibilité de mettre en valeur ses talents particuliers; avoir la chance de faire ce que l'on fait le mieux; avoir beaucoup de latitude quant à la façon de faire son travail>>". (P.31)

Lorsque l'on a interrogé les travailleurs à savoir quelles seraient les composantes de l'emploi idéal selon eux, les caractéristiques les plus souvent soulignées étaient les suivantes: un travail intéressant, les renseignements et l'autorité suffisante pour accomplir la tâche et la possibilité de faire valoir leurs talents particuliers. Les travailleurs ont attribué moins d'importance à la sécurité d'emploi, aux questions de promotion, à la rémunération, aux heures de travail et aux avantages sociaux.

Par ailleurs, plusieurs études ont cherché à cerner l'expérience moyenne de travail du salarié (canadien ou d'autres origines). Les résultats de ces études sont unanimes en ce qui concerne les dimensions qui rendent le travail insatisfaisant: le manque d'autonomie (Shepard et Herick, 1972) le manque de participation aux prises de décisions et l'absence de possibilités chez le travailleur de développer ses talents et d'utiliser son jugement (Burststein, et coll. 1975; De Virieu, 1975).

C'est donc dire que le manque de latitude professionnelle et ses composantes (une autonomie restreinte au travail, la sous-utilisation des habiletés au travail et le manque de participation aux décisions) semble faire partie des grandes préoccupations de plusieurs travailleurs, quelque soit leur rang et la profession qu'ils occupent.

#### 5.2.2 Les difficultés liées aux rôles

Le deuxième facteur qui contribue à augmenter la valeur prédictive du désir de quitter de 4% est celui des difficultés liées aux rôles.

Les deux composantes de ce facteur, l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle ont été abordés dans quelques

études. La majorité des chercheurs rapportent le fait d'avoir observé une relation positive et significative entre l'ambiguïté de rôle et le désir de quitter et entre le conflit de rôle et le désir de quitter (Bedeian et Armenakis, 1981; Constable et Russel, 1986; Cotton et Tuttle, 1986; Firth et coll., 1987; Hay et Oken, 1982; Jackson, 1983; Kemery et coll., 1987; Locke, 1976; Miller et coll., 1979; Raynes et coll., 1979).

Notre définition du facteur "les difficultés liées aux rôles" (Voir chapitre 2, page 52), implique l'ensemble des situations ou les responsabilités, les objectifs et où les tâches sont ambiguës ou contradictoires. Or, comme nous l'avons mentionné auparavant, certains facteurs liés à la structure organisationnelle, notamment l'incompatibilité des buts et des normes prescrites par l'organisation avec ceux imposées par la profession, peuvent contribuer non seulement à diminuer considérablement l'autonomie de l'infirmière mais également à ce qu'elle éprouve des difficultés liées aux rôles. Ces dernières peuvent survenir d'une part, dans des situations où un superviseur, un collègue de travail ou un médecin demande à l'infirmière de faire des choses contradictoires. D'autre part, elles peuvent être

présentes lorsque les responsabilités et les objectifs sont mal définis et/ou les attentes sont imprévisibles et ignorées par l'infirmière.

Egalement, la faible marge de manoeuvre et d'autorité qu'on confère à l'infirmière sont d'autres facteurs qui peuvent venir accentuer les difficultés ressenties et attribuables aux rôles qu'elle est appelée à jouer au sein de l'organisation.

### 5.2.3 Les exigences cliniques

Le troisième meilleur prédicteur du désir de quitter est celui des exigences cliniques. Rappelons-le, ce facteur parvient à expliquer 2% de la variance du désir de quitter.

Au meilleur de notre connaissance, il n'existe pas d'étude qui se soit intéressée à découvrir l'impact de ce facteur sur le désir de quitter la profession. Toutefois, nombreuses sont les études qui classifient ce facteur parmi les facteurs de stress les plus dommageables à la santé de l'infirmière (Claus et Bailey, 1980; Greenberg, 1980; Hunt, 1979; Jacobson et McGrath, 1983; Newlin, 1984; Vreeland et Ellis, 1969).

Les exigences cliniques représentent l'ensemble des soins, particulièrement le contact avec les patients très malades, l'implication dans les situations d'urgence et les risques de contamination.

L'infirmière des milieux des soins intensifs et de l'urgence se trouvent en contact quotidiennement avec des patients très malades. Certains auteurs mentionnent, en outre, que le département des soins intensifs, est celui où l'infirmière manifeste un niveau de détresse psychologique parmi les plus élevés (Bailey et coll. 1980; Barstow, 1980; Gentry et coll., 1972; Grout, 1980).

En plus d'être confrontée à la mort régulièrement, les infirmières qui appartiennent à ces deux départements doivent être en mesure de soigner et de rassurer les patients dans les situations parfois les plus difficiles et les plus exigeantes, moralement et physiquement. De plus, elles doivent communiquer à la famille des patients, la condition dans laquelle ils se trouvent.

Toute cette réalité quotidienne éveille chez l'infirmière plusieurs sentiments dévastateurs. C'est ainsi, que s'emparent d'elle une agressivité, une anxiété qui semble liée à la peur de faire des erreurs de jugement en ce qui a trait aux actes qu'elle devra poser

avec sûreté et rapidité, afin de maintenir le patient en vie (Bailey et coll. 1980; Barstow, 1980; Spoth et Konewko, 1987).

Enfin, les chercheurs ont remarqué le sentiment de vide qui habite parfois certaines infirmières et qui semble résulter d'une exposition à la mort sur une période trop longue et répétitive (Michaels, 1971; Macneil et Weisz, 1987; Spoth et Konewko, 1987). Ces mêmes auteurs rapportent que certaines infirmières des soins intensifs deviennent après un certain temps incapables d'apporter un réconfort quelconque au malade ou à la famille, puisqu'elles présentent elles-mêmes une carence marquée dans ce domaine.

#### 5.2.4 Les problèmes de surcharge de travail

Enfin, le dernier prédicteur du désir de quitter sont les problèmes de surcharge de travail. La contribution de ce facteur à la valeur prédictive du désir de quitter est de 1%.

Ce facteur de stress a été largement débattu dans les médias et l'opinion publique. Inutile de mentionner

à quel point les coupures budgétaires établies dans les centres hospitaliers ont contribué à accentuer la charge de travail de l'infirmière.

De plus, l'alourdissement des clientèles et la complexité des soins apparue avec les progrès technologiques ne font qu'augmenter la charge de travail de l'infirmière (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987).

Finalement, on retrouve l'unanimité chez les chercheurs en ce qui a trait à l'existence d'une relation positive entre la surcharge de travail et le taux de roulement (Constable et Russel, 1986; Coughan, 1969; D'Arienzo et coll., 1982; Decker et coll., 1982; Deronde, 1984; Gray-Toft et Anderson, 1981; Hay et Oken, 1982; Hinshaw et Atwood, 1984; Humphrey et Humphrey, 1981; Lachman et Diamant, 1987; McCranie et coll., 1987; Marshall, 1980; Maslach et Jackson, 1981; Numerof et Abrams, 1984; Sheridan, 1985; Terborg et Lee, 1984).

Puisque les facteurs subjectifs de stress se sont avérés être les meilleurs prédicteurs du désir de quitter la profession, ils offrent, au gestionnaire, en raison même de leur caractère subjectif, l'opportunité d'intervenir positivement dans le milieu de travail de

l'infirmière afin de la maintenir à son poste. De plus, contrairement aux facteurs objectifs du travail (horaire, statut, taille) qui demeurent très difficiles à modifier, les facteurs subjectifs de stress au travail sont par définition intimement liés à la perception individuelle de l'infirmière. Certains chercheurs iront même jusqu'à dire que la perception qu'a l'infirmière de son travail est beaucoup plus importante que la situation elle-même (Grout et coll., 1981; Newlin, 1984). Il n'en tient donc qu'au gestionnaire de modifier les conditions de travail les plus susceptibles d'influencer favorablement l'attitude de l'infirmière à l'égard de son travail. Toutefois, en contrepartie, nos conclusions doivent être interprétées à la lumière de plusieurs limites.

Premièrement, l'échantillon de notre étude est formé d'infirmières qui proviennent uniquement des départements de l'urgence et des soins intensifs. Lors de nos analyses, nous n'avons fait aucune distinction particulière entre ces deux groupes. Même si certaines fonctions sont partagées par l'ensemble de la profession, d'autres fonctions sont nettement spécifiques aux infirmières de l'urgence et des soins intensifs. Par conséquent, nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population infirmière. Néanmoins, les résultats de plusieurs études et l'état actuel de la

profession suggèrent fortement que les facteurs subjectifs de stress au travail sont les prédicteurs importants du désir de quitter la profession que l'on constate chez la main-d'oeuvre infirmière en général, peu importe le département auquel elle est affectée.

Deuxièmement, par définition, les facteurs subjectifs de stress au travail sont basés sur la perception que possède l'infirmière face aux conditions de son travail. Il est donc possible, que cette subjectivité ait influencé nos résultats. En effet, contrairement aux facteurs objectifs du travail et à leur caractère fixe qui laisse peu de place au jugement des répondants, (ex: statut d'emploi et horaire de travail) les facteurs subjectifs de stress au travail sont ceux sur lesquels l'infirmière peut exercer une certaine influence, notamment en ce qui concerne l'attitude qu'elle peut avoir envers eux.

Egalement, notre étude porte sur trente hôpitaux répartis dans toutes les régions du Québec. Or, chaque hôpital possède une culture qui lui est propre et par laquelle il est possible de constater des variations dans le contenu des tâches et des conditions de travail des

infirmières d'un établissement à l'autre. En effet, les niveaux de stress étaient significativement différents d'un hôpital à l'autre (Arsenault et coll., 1988). Cependant, nous n'avons pas cherché à contrôler ces facteurs; nous avons plutôt présumé que ces différences étaient distribuées au hasard dans notre échantillon et qu'elles étaient représentatives de la variété des emplois et des conditions de travail en milieu hospitalier.

Enfin, mentionnons comme dernière limite l'absence de facteurs économiques que nous n'avons pas cherché à mesurer. Par contre, nous sommes conscients que l'infirmière pourra considérer plusieurs éléments avant de choisir de quitter son emploi, tels que la satisfaction qu'elle tire (ou les revenus générés) de son emploi actuel, les chances de conserver son emploi, la satisfaction anticipée (ou les revenus anticipés) d'occuper un autre emploi, les chances de conserver ce nouveau poste et les coûts encourus (salaire et satisfaction) lors d'un changement d'emploi et les avantages sociaux qu'elle reçoit de même que son climat de travail.

Malgré les limites qui doivent être considérées dans l'interprétation de ces résultats, le manque de latitude professionnelle représente un malaise profond qui semble exister à l'intérieur de la profession. En effet, si les conditions objectives du travail n'influencent pas l'infirmière dans son désir de quitter la profession, une simple amélioration de son salaire ou un réaménagement des horaires de travail ne parviendront pas à long terme à diminuer le taux de roulement ou à contrecarrer l'exode que connaît la profession actuellement. Au contraire, assistons-nous plutôt à une profession en voie de disparition qui devra faire l'objet des grandes préoccupations futures des intervenants dans le secteur de la santé? Nous aurons l'occasion de nous adresser à ces questions après avoir abordé l'effet des caractéristiques individuelles dans la relation entre les facteurs subjectifs de stress et le désir de quitter.

### 5.3 Analyse des prédicteurs du désir de quitter pour chacune des variables individuelles

#### 5.3.1 L'âge

Ce sont surtout les jeunes infirmières (19-30 ans) qui semblent influencées par le manque de latitude professionnelle dans leur décision de quitter la profession. Ce résultat rejoint l'opinion de plusieurs chercheurs en ce qui a trait à la période, (généralement

chercheurs en ce qui a trait à la période, (généralement avant trente ans) où on considère l'infirmière plus mobile en matière d'emploi et où elle semble valoriser davantage une certaine latitude dans son travail et la possibilité d'utiliser pleinement son potentiel. De plus, ce phénomène semble s'atténuer avec l'âge (Burke, 1976; Crites, 1976; Krau, 1981; Lachman et Diamant, 1987; Super, 1977).

Les exigences cliniques semblent avoir également de l'emprise sur ce groupe d'âge. Il se peut que de par son manque d'expérience, l'infirmière plus jeune se sente insécure et menacée lorsqu'elle se trouve confrontée quotidiennement à des malades mourants et auprès desquels elle doit agir rapidement et efficacement.

Par contre, on remarque que les exigences cliniques influencent davantage les infirmières d'âge moyen (31-45 ans) dans leur désir de quitter. Il est plausible que contrairement à l'infirmière plus jeune et plutôt inexpérimentée, on confie à l'infirmière plus âgée les soins des patients dont l'état est plus critique et qui présentent des risques plus élevés de décès (ex: patients en phase terminale). Ces situations exigent de sa part un plus grand dévouement au plan émotif et physique.

En second lieu, le groupe des 31-45 ans semble être le seul à être affecté significativement par les problèmes de surcharge de travail dans son désir de quitter la profession. Intuitivement, il nous apparaît évident que contrairement à l'infirmière plus jeune, celle qui vieillit peut voir sa forme physique diminuer, et peut éprouver une moins grande facilité dans l'exécution d'une plus grande charge de travail.

Enfin, les difficultés liées aux rôles représentent un poids plus élevé dans la décision de quitter la profession chez ce groupe comparativement à celui des 19-30 ans. En outre, ce facteur ne présente aucune influence sur l'infirmière âgée de 46-65 ans. L'infirmière qui accumule des années de service, devient plus en mesure d'évaluer les situations où les demandes qui lui sont adressées sont contradictoires et où les responsabilités et objectifs sont mal définis. Contrairement à la jeune infirmière qui débute sa profession et qui cherche plutôt à être guidée. Celle-ci devient plutôt dépendante des directives de son supérieur et par conséquent elle est souvent mal placée pour questionner le bien fondé des demandes de son infirmière-chef. De même, par son manque d'expérience, elle peut éprouver de la difficulté à juger les situations où on lui a mal défini les objectifs visés par son travail.

Chez les infirmières du groupe de 46-65 ans, aucun de nos facteurs de stress ne semble avoir influencé leur désir de quitter la profession. Il nous est impossible d'expliquer ces résultats puisque la proportion d'infirmières de plus de 45 ans est relativement faible dans notre échantillon spécialisé. D'autre part, nous n'avons pas cherché à mesurer le facteur de mortalité et donc nous ne sommes pas en mesure d'affirmer si ce faible pourcentage peut être lié de quelque façon au fait que plusieurs infirmières auraient déjà quitté la profession après avoir atteint un seuil de tolérance au delà duquel elles ne parvenaient plus à faire face aux facteurs de stress que nous avons mesurés.

Toutefois, en ce qui concerne les infirmières de ce groupe, il est possible également, qu'avec les années accumulées l'infirmière ait acquis des privilèges, tels que la sécurité d'emploi et un salaire plus élevé, qui peuvent représenter un poids considérable et même avoir prédominance sur tout autre facteur dans la décision de vouloir maintenir son emploi. (Cousineau et coll., 1987)

En conclusion, il nous est possible d'avancer que comparativement aux deux autres groupes, le désir de quitter chez les jeunes (19-30 ans) est influencé par le manque de latitude professionnelle dans son travail. Par

ailleurs, les problèmes de surcharge de travail ne semblent jouer aucun rôle significatif dans son désir de quitter la profession. Le groupe d'âge moyen (31-45 ans) serait davantage influencé par les exigences cliniques, les problèmes de surcharge et les difficultés liées aux rôles. Enfin, le groupe d'infirmières le plus âgé (46-65 ans), ne semble pas affecté dans son désir de quitter par aucun de ces facteurs. Tel que nous l'avons mentionné, d'autres facteurs liés au travail (conditions salariales ou selon l'ancienneté), pourraient être considérés dans le désir de quitter la profession de l'infirmière plus âgée. De plus, puisque nous n'avons pas cherché à mesurer le facteur mortalité, nous devons demeurer prudents dans l'interprétation de ces résultats.

Sur le plan pratique, ces résultats viennent suggérer au gestionnaire les éléments sur lesquels il aurait plutôt intérêt à miser, s'il désire rencontrer à la fois les besoins des travailleurs et ceux de l'organisation dans une perspective à long terme. En outre, pour le gestionnaire qui désirerait satisfaire et maintenir à son service une main-d'oeuvre plus jeune, ces résultats viennent tout simplement lui souligner l'importance de lui assigner des tâches particulières à l'intérieur desquelles cette même main-d'oeuvre sera en mesure de réaliser pleinement son potentiel. Cette

dernière en retour compensera largement cet investissement, puisque elle serait plus apte à faire face à une charge de travail considérable sans pour autant en négliger la qualité.

Par ailleurs, nous encourageons fortement le gestionnaire qui cherche à satisfaire et maintenir sa main-d'oeuvre d'âge moyen (31-45 ans) à reconnaître l'expérience de cette dernière et de valoriser davantage son jugement dans les situations plutôt ambiguës que l'on retrouve dans les milieux de l'urgence et des soins intensifs. De plus, ces infirmières peuvent s'avérer pour le gestionnaire très utiles dans la formation des jeunes recrues qui lors de leur entrée dans la profession nécessitent d'être guidées dans leur fonctions.

Enfin, le gestionnaire dont le but est de recruter et/ou de conserver le plus longtemps possible sa main-d'oeuvre infirmière plus âgée (46-65 ans), devra chercher à identifier les dimensions précises des facteurs susceptibles de pouvoir l'influencer dans son désir de demeurer dans la profession. Car en effet, les résultats de notre étude indiquent que ce groupe d'infirmières ne semble pas soumis aux effets des facteurs subjectifs de stress au travail en ce qui concerne ces conséquences.

### 5.3.2 Le statut civil

Les résultats présentés au tableau XVIII du chapitre 4 nous permettent de constater que, comparativement aux deux autres groupes, celui des infirmières célibataires semble être le plus influencé par le manque de latitude professionnelle dans son désir de quitter la profession. Il est possible que l'infirmière célibataire attache plus d'importance à sa vie professionnelle, car c'est l'aspect qui prend généralement le plus de place dans sa vie et par conséquent c'est souvent le lieu où elle peut se sentir le plus valorisée (si on la compare toujours à l'infirmière mariée ou celle qui est divorcée/séparée).

Egalement, les exigences cliniques semblent affecter davantage ce groupe dans son désir de quitter la profession que tout autre groupe. Il nous est difficile d'expliquer ce résultat. Toutefois, ce résultat peut suggérer qu'étant donné son statut, l'infirmière célibataire étant généralement plus laissée à elle-même, elle est plus susceptible de s'impliquer davantage dans la relation avec son patient. Egalement, un manque de support social pourrait la rendre plus vulnérable. Il reste maintenant à déterminer si un plus grand dévouement de sa part entraîne nécessairement chez elle, comme nous en avons discuté plutôt, des sentiments à un tel point

dévastateurs (culpabilité, peur, anxiété etc...) qu'elle ne dispose d'aucun autre choix que celui de quitter la profession.

Le groupe des infirmières mariées se trouve également affecté par les exigences cliniques mais à un moindre degré que pour les infirmières célibataires. Nous ne pouvons facilement expliquer cette relation. D'autres facteurs pourraient être impliqués, notamment le fait d'avoir à assumer certaines responsabilités familiales et que celles-ci jumelées à un trop grand dévouement envers son patient pourrait être perçu chez elle comme un fardeau qu'un jour ou l'autre elle ne parviendrait plus à le supporter.

Finalement, le groupe des infirmières mariées est le seul à considérer les difficultés liées aux rôles dans sa décision de quitter la profession. Nous ne sommes pas parvenu à expliquer ce résultat.

Le manque de latitude professionnelle semble influencer le groupe des infirmières divorcées ou séparées, mais à un niveau moins élevé que chez les infirmières célibataires. Il se peut qu'au même titre que l'infirmière célibataire, l'infirmière divorcée ou séparée, accorde une place prépondérante à son travail,

ce qui peut s'avérer chez elle, comme pour plusieurs personnes d'ailleurs, un bon moyen de combler un certain "vide affectif".

Enfin, les problèmes de surcharge de travail sont plus considérés par l'infirmière divorcée (séparée) que par l'infirmière mariée. Nous pouvons difficilement expliquer ce résultat, puisque si l'on considère que ce sont les infirmières mariées qui généralement dispose du moins de temps, on s'explique mal le fait que ce facteur puisse jouer un rôle moins important chez ce groupe que chez celui des infirmières divorcées ou séparées. Toutefois, le nombre d'enfants à charge constitue un facteur que nous n'avons pas mesuré dans notre étude qui aurait peut-être pu nous éclairer davantage sur ce résultat.

En guise de conclusion, nous pouvons affirmer que le désir de quitter chez l'infirmière mariée est significativement influencé par les quatre facteurs subjectifs de stress au travail (voir tableau XVIII). De plus, ce groupe s'avère être le seul affecté par les difficultés liées aux rôles dans son désir de quitter la profession. Le groupe des infirmières célibataires semble être affecté particulièrement par le manque de latitude professionnelle et les exigences cliniques alors que les

infirmières séparées/divorcées sont plus vulnérables au manque de latitude professionnelle et à la surcharge de travail.

Ces résultats suggèrent encore une fois au gestionnaire certaines dimensions du travail sur lesquelles il peut agir en tenant compte des caractéristiques de sa main-d'oeuvre actuelle et en vertu des besoins de son établissement. Tout cela afin de conserver sa main-d'oeuvre ou dans le but d'en attirer une nouvelle.

### 5.3.3 Le sexe

Les résultats présentés au tableau XIX indiquent que le désir de quitter la profession chez le sexe féminin est influencé par les quatre facteurs subjectifs de stress au travail. Par ailleurs, seulement deux facteurs importent dans le désir de quitter chez le sexe masculin, soit le manque de latitude professionnelle et les problèmes de surcharge de travail. En outre, l'importance de ces deux facteurs est supérieure chez le sexe masculin.

Pour des raisons culturelles il se peut que l'infirmier soit moins prêt (étant donné son sexe) comparativement à l'infirmière, à tolérer dans son travail un manque d'autonomie, l'absence de prise de

décision et l'impossibilité de réaliser son potentiel. Cela pourrait expliquer l'importance qu'il accorde à ces facteurs dans son désir de quitter la profession.

En ce qui concerne le facteur de surcharge de travail dans le désir de quitter la profession, les hommes semblent plus vulnérables. Même s'il est généralement admis que la longévité de la femme est supérieure à celle de l'homme et que le sexe féminin s'avère plus tenace dans les mêmes circonstances, nous devons quand même demeurer prudents dans l'interprétation de ces résultats. Toutefois, il se peut que des facteurs culturels y soient à l'origine.

Enfin, les mêmes raisons culturelles peuvent parvenir à justifier pourquoi les exigences cliniques et les difficultés liées aux rôles ne semblent jouer aucun rôle significatif dans le désir de quitter la profession chez l'infirmier. En effet, l'homme peut présenter une forme différente de dévouement face aux patients.

De même, l'infirmier se refuse peut-être à accepter les situations où il existe des demandes contradictoires et où les objectifs sont mal définis. Peut-être ces fonctions sont-elles réservées uniquement aux infirmières, afin de préserver leur image de femme soumise aux

directives de leurs collègues de travail. Toutefois, encore ici nous tenons à mentionner que ce ne sont que des tentatives de notre part d'expliquer ces résultats, c'est pourquoi nous les exprimons sous toute réserve. De plus, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population infirmière.

En résumé, trois variables individuelles modifient la relation entre les facteurs subjectifs de stress au travail et le désir de quitter la profession: l'âge, le statut civil et le sexe.

Le gestionnaire qui parvient à identifier les caractéristiques socio-démographiques de sa main-d'oeuvre et les besoins de son entreprise peut par la suite intervenir sur les dimensions du travail que nous avons mentionnées ci-haut dans le but de satisfaire sa main-d'oeuvre, de la rendre productive et surtout dans le but de prévenir une augmentation de son taux de roulement.

Toutefois, les résultats des variables modératrices du désir de quitter doivent être interprétés avec prudence. En effet, notre étude fait abstraction de plusieurs variables, lesquels pourraient modifier les relations observées entre les facteurs subjectifs de stress au travail et le désir de quitter. A titre

d'exemple, l'influence des responsabilités familiales et les valeurs sociétales sont deux éléments qui pourraient exercer une grande influence sur l'effet des variables modératrices du désir de quitter.

#### 5.4 L'état actuel de la profession d'infirmière et sa remise en question

Nous tentons ici d'explorer quelques-uns des motifs qui pourraient avoir mené en quelque sorte à l'état que la profession connaît actuellement. En effet, les résultats indiquant que ce sont les facteurs subjectifs de stress au travail qui sont devenus les principaux prédicteurs de l'exode massive des infirmières soulèvent plusieurs questions.

Historiquement, nous retrouvons deux grands thèmes à l'intérieur de la profession d'où origine les problèmes de l'infirmière et qui en quelque sorte pourraient avoir provoqué sa condition actuelle. Le premier thème est que l'infirmière se trouve encore dans un processus de "professionnalisation". Le deuxième thème est que le statut de l'infirmière est directement associé à son statut en tant que femme dans la société. Ces deux thèmes seront traités ici individuellement.

#### 5.4.1 Processus de professionnalisation

D'abord, deux problèmes fondamentaux peuvent justifier pourquoi l'infirmière n'est pas encore parvenue au statut que connaissent d'autres professions. Le premier, est l'absence d'une idéologie commune ou de consensus à travers les infirmières concernant plusieurs aspects de la profession. Le deuxième concerne l'écart qui existe entre ce que l'infirmière croit que la profession doit être et ce qu'elle est réellement.

Or, il existe cinq dimensions grâce auxquelles il nous est possible d'évaluer le niveau de "professionnalisation" que connaît l'infirmière actuellement: (1) sa formation académique qui lui permet d'accéder à la profession, (2) son dévouement au travail, (3) la reconnaissance sociétale de son travail, (4) son autonomie au travail et (5) le pouvoir de l'infirmière.

##### 5.4.1.1 Formation académique de l'infirmière

Un des problèmes de base de la profession, est sans aucun doute toute la question du niveau de formation académique requis pour entrer dans la pratique.

Il existe au Québec deux voies d'accès à la profession d'infirmière. Au niveau universitaire, le baccalauréat en sciences infirmières permet l'accès à la profession, sous condition de réussite aux examens de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Au niveau du Cégep, le DEC en techniques infirmières conduit, par la réussite des examens de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, également à la pratique de la profession. Même si les programmes diffèrent en longueur et dans leurs objectifs, tous deux conduisent au même diplôme. Déjà à cette étape, il se crée une confusion dans l'esprit de plusieurs intervenants (médecins, infirmières, gestionnaires) de la santé ainsi que dans l'opinion publique.

En outre, ce problème de formation est des plus épineux puisqu'il affecte directement l'identité de l'infirmière en tant que professionnelle. Il semble exister en effet un problème de reconnaissance des qualifications entre les deux types de diplôme, particulièrement de la part des collègues de travail.

L'éclatement des connaissances dans le domaine médical incite les professionnels de la santé à se spécialiser davantage. L'infirmière ne fait pas exception, elle a reconnu ce besoin et c'est ainsi

qu'elle est devenue plus spécialisée. Toutefois, dès qu'elle obtient son certificat ou diplôme de formation additionnelle l'infirmière ne reçoit souvent que très peu d'estime ou de renforcement monétaire de la part de ses confrères de travail et de l'administration, avantages qui s'appliquent pourtant normalement à la spécialisation dans d'autres domaines (Jacobson et McGrath, 1983).

De plus, contrairement aux spécialistes de la médecine, l'infirmière spécialiste en cardiologie peut se voir désaffectée de son poste pour se retrouver, par exemple en obstétrique (particulièrement en contexte de coupures budgétaires). Pourtant, on imagine plutôt mal le même scénario parmi les médecins spécialistes!...

#### 5.4.1.2 Engagement de l'infirmière envers son travail

Le terme engagement ou dévouement signifie que le professionnel perçoit son occupation comme un choix de carrière à long terme et en tant que partie intégrale de

son identité. Or, la profession d'infirmière est fréquemment perçue en tant qu'emploi temporaire et non en tant que carrière chez la femme. Les jeunes femmes

"dont le premier objectif de vie est le mariage et la procréation choisissent souvent le nursing parce qu'elles considèrent que la profession peut leur procurer certaines habiletés qui peuvent s'avérer utiles dans leur mariage"<sup>12</sup>.

Pour ces individus, le nursing est un moyen de survivre à court terme qui leur permettra d'accéder par la suite aux buts qu'elles poursuivent.

Une étude réalisée aux Etats-Unis en 1977 par la Division de Nursing U.S. Public Health Service, vient confirmer ce phénomène. En effet, les résultats de cette recherche ont rapporté trois raisons principales qui expliqueraient pourquoi les infirmières quittent la pratique de la profession, par ordre d'importance: (1) La présence de jeunes enfants à la maison; (2) L'opposition du mari au retour au travail et (3) La préférence des tâches ménagères.

Dans un autre ordre d'idée, l'organisation du système de la santé n'encourage guère l'infirmière qui désirerait s'impliquer davantage dans son travail et à long terme. Wandelt et ses collègues (1981), ont

---

<sup>12</sup> McGrath et Jacobson. Trad. ad lib. p.116

constaté une différence dans la rémunération annuelle de \$4,100 (US) entre l'infirmière qui possèdent cinq ans d'expérience et celle, qui bénéficie de quarante ans d'expérience. Donovan (1980) révèle que plus de la moitié des infirmières aux Etats-Unis qui possèdent un nombre d'années d'expérience égal ou supérieur à quinze ans se voient attribuer le même salaire que celui touché par la plupart des jeunes graduées. Au Québec, on rapporte que contrairement aux Etats-Unis, l'écart salarial a diminué et que comparativement aux infirmières, ce sont les infirmières-auxiliaires qui sont les plus désavantagées sur ce plan (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987).

Toutefois, les opportunités d'avancement au Québec sont plutôt rares. En fait, on ne peut parler véritablement de plan de carrière puisque le travail est le même après plusieurs années d'expérience ou malgré une formation additionnelle (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987).

De plus, la situation québécoise est distincte du reste des provinces canadiennes précisément compte tenu de deux aspects essentiels: la façon de rémunérer la formation supplémentaire à la formation de base et

l'application d'une seule échelle de salaire à toutes les infirmières (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987).

On rapporte dans le rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers (1987) que la formation additionnelle est considérée en tant que substitut à l'expérience de l'infirmière et non comme un élément qui s'ajoute à celle-ci. Par conséquent, l'avantage que l'on confère à la formation disparaît peu à peu et finit par cesser d'exister lorsque l'infirmière atteint le plafond de l'échelle salariale.

Egalement, mise à part certaines exceptions et les efforts d'innovation à cet égard, l'ensemble des infirmières sont rémunérées en vertu d'une échelle unique et cela indépendamment de leur formation ou de leur responsabilités. Par conséquent, la voie hiérarchique représente encore pour la majorité des infirmières, le seul moyen d'accéder à des promotions. C'est donc dire qu'il n'existe pas actuellement d'autre mécanisme pour reconnaître les efforts déployés par l'infirmière pour améliorer sa performance au travail (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987). Pourtant, des expériences américaines de cheminements parallèles (career ladders) ont fait leur preuve depuis

au moins 20 ans, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration de la motivation au travail. Ceci représente une nouvelle avenue et perspective de carrière particulièrement alléchante.<sup>13</sup>

#### 5.4.1.3 Reconnaissance sociétale du travail de l'infirmière

Les résultats de plusieurs études indiquent que le rôle des infirmières est de moins en moins valorisé (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987; Presse, 1988). En quelques années, la profession serait passée du 4e au 91e rang dans les préférences de carrière des étudiantes (La Presse, 1988).

Malgré une image plutôt favorable véhiculée par les médias et la population l'infirmière est encore perçue comme une personne dévouée, obéissante et exécutante, mais sans statut ni pouvoir (Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987). La faible rémunération de l'infirmière est un des indicateurs de l'importance qu'on accorde à la profession en tant qu'occupation au sein de cette société. Les résultats de l'étude du comité sur la main-d'oeuvre en soins

---

<sup>13</sup> Commission on Nursing, 1982, dans Rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, 1987.

infirmiers du Québec (1987) rapporte que, compte tenu des exigences de la profession, le salaire relatif des infirmières par rapport à d'autres professions devrait être réajusté dans les prochaines années.

L'absence de reconnaissance du degré de spécialisation de l'infirmière constitue un deuxième facteur qui vient encore diminuer l'importance de son rôle dans les soins du patient. En fait, contrairement aux tâches que les médecins accomplissent, auxquelles le public accorde une place importante, celles exécutées par l'infirmière sont perçues comme étant plus routinières et comme celles qui nécessitent moins de compétence. Enfin, la société valorise davantage la guérison de la maladie, qui est placée sous la responsabilité première du médecin. Par conséquent, puisque la première fonction du nursing est plutôt d'attribuer des soins immédiats au malade et non de le guérir, ce facteur contribue additionnellement à dévaloriser la profession (Scully, 1980).

#### 5.4.1.4 L'autonomie de l'infirmière dans son travail

Nous avons déjà longuement discuté de l'importance de ce facteur, surtout si l'on en juge l'influence qu'il semble avoir sur le désir de l'infirmière de vouloir quitter la profession. Il importe ici de souligner au

lecteur à quel point l'infirmière en tant que professionnelle ne bénéficie pas de l'indépendance que connaissent d'autres professions dans le développement des standards et des politiques ainsi que dans leur application. Bien au contraire, les standards et les politiques établies par l'administration vont souvent à l'encontre de ceux prescrits par la profession, ce qui constitue chez l'infirmière un facteur important de stress (Scott, 1966; Wandelt et coll., 1981). De plus, la supervision étroite de l'infirmière (directe ou indirecte) et le travail en groupe sont autant d'éléments qui visent à réduire considérablement son autonomie au travail et qui nuisent à la reconnaissance de la profession.

#### 5.4.1.5 Le pouvoir de l'infirmière

Ce facteur a été abordé suffisamment en détail dans une des sections antérieures de ce chapitre. Nous voulons uniquement insister sur l'exclusion de l'infirmière dans le processus d'élaboration des décisions qui risquent d'affecter les soins du patient et sa pratique (Aiken, 1981; Lesnik et Anderson, 1955). Enfin, les nouvelles décisions ou politiques qui ressortent des

comités créés à cette intention, ne peuvent être mis de l'avant sans l'approbation formelle du corps médical (Grisson et Spengler, 1976).

#### 5.4.2 L'infirmière: profession de la femme par excellence

Plusieurs des problèmes que nous avons soulevé jusqu'ici peuvent être directement reliés au fait que le nursing est une profession de femme. En effet, en dépit du fait que les hommes adhèrent en plus grand nombre à la profession, il demeure que 98% des infirmières diplômées sont des femmes. En outre, dans les faits, les fonctions inhérentes à la profession se situent dans le prolongement même du rôle traditionnel de la femme, c'est-à-dire celui du dévouement pour les autres (ici aux patients). Nous citons ici les propos tenus par Cleland (1971), qui révèle la principale conclusion de son étude:

"There is no doubt in my mind that our most fundamental problem in nursing is that we are members of a woman's occupation in a male dominated culture" (p. 542)

Malgré les changements qui se sont opérés depuis vingt ans, la position sociale de la femme est encore largement déterminée par rapport à l'homme; derrière tout grand homme se cache une femme est encore un dicton à la mode. De plus, les femmes sont souvent perçues comme des

êtres soumis, sensibles alors qu'on reconnaît chez l'homme une certaine agressivité, une rationalité et une intelligence plus développées. On reconnaît cependant que le mouvement féministe a grandement contribué à briser les barrières dans les domaines politiques de l'éducation et d'équité en matière d'accès à certaines professions. Toutefois, la femme se retrouve encore dans des ghettos d'emploi notamment à titre de libraire, travailleuse sociale, professeure et en tant qu'infirmière. Ces professions sont celles qui traditionnellement étaient les plus acceptables mais également celles qui étaient les moins bien rémunérées (Steck, 1981).

Les stéréotypes de la femme et de l'homme se reflètent davantage dans le fonctionnement du système des soins de la santé, puisque leurs rôles sont devenus institutionnalisés: l'infirmière est la subordonnée du médecin. Par conséquent, alors que les tâches plus intellectuelles telles que le diagnostic et la prescription sont confiées au médecin, on assume encore que l'infirmière n'exécute que des tâches secondaires qui servent plutôt de support médical. On oublie trop souvent son importante contribution à l'humanisation des soins, un facteur qui est pourtant inhérent à son rôle en tant que professionnelle autonome!...(Roberts et Group, 1973; Steck, 1981).

Egalement, il n'est pas étonnant de constater que le salaire des infirmières est incompatible avec celui des autres professions. Parce que la femme n'est pas perçue comme la première ressource financière au sein de la famille, il n'est donc pas essentiel qu'elle soit rémunérée au même titre que l'homme. En fait, on attend souvent qu'elle fasse don de ses services à l'humanité sur une base volontaire (Grissom, Spengler, 1976).

Il est plus que temps de reconnaître la profession d'infirmière au même titre que les autres professions dans le secteur de la santé. De plus, il est d'importance capitale d'établir cette reconnaissance non seulement dans le milieu de travail de l'infirmière mais également de l'étendre à l'ensemble de la société. Certes l'infirmière contribue à l'humanisation des soins des malades, mais cette même contribution s'avère nécessaire sinon essentielle pour la viabilité de l'organisation.

Dans la même veine, en plus de reconnaître cet état de fait, il est également temps d'élaborer des mécanismes adéquats pour permettre aux infirmières d'accéder aux niveaux décisionnels supérieurs dans l'organisation du secteur de la santé.

Si d'une part l'exode des infirmières en inquiètent plusieurs, surtout si on considère les répercussions que peut avoir ce problème à long terme, en contrepartie le même phénomène offre une vision plus optimiste que l'on est forcé de reconnaître: la pénurie des infirmières nous suggère que le statut de la femme subit des transformations.

C'est ainsi que les infirmières ne semblent plus disposées à accepter les rôles que la société et le système leur imposent. Dans le même ordre d'idée, cette réalité forcera sans doute les gestionnaires à examiner sérieusement les causes profondes du malaise que ressentent les infirmières à l'égard de la profession.

Dans le chapitre suivant, le chapitre 6, nous ferons un bref rappel des objectifs de notre étude, nous présenterons les principaux résultats. Enfin, nous formulerons quelques recommandations aux futurs chercheurs de même que certaines suggestions aux gestionnaires d'entreprises, ce qui constituera la conclusion de notre étude.

CHAPITRE 6

CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

## CHAPITRE 6

### CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

#### 6.1 Rappel des objectifs

L'objectif initial de cette étude était de déterminer, dans un premier, temps qu'elles étaient parmi les facteurs subjectifs de stress au travail et les facteurs objectifs du travail, les meilleurs prédicteurs du désir de quitter la profession chez les infirmières des milieux de l'urgence et des soins intensifs. Dans un deuxième temps, nous cherchions également à mesurer l'impact des caractéristiques individuelles sur la relation entre les facteurs de stress au travail et le désir de quitter la profession.

#### 6.2 Résultats

A partir des résultats obtenus, plusieurs conclusions peuvent être apportées.

1. Quatre facteurs ont été identifiés comme étant les meilleurs prédicteurs du désir de quitter la profession, par ordre d'importance: le manque de latitude professionnelle explique le plus gros

pourcentage de la variance (9%) suivit par les difficultés liées aux rôles (4%), les exigences cliniques (2%) et enfin des problèmes de surcharge de travail (1%) qui contribuent plus faiblement mais significativement à expliquer la variation du désir de quitter la profession chez les infirmières.

2. Aucun des facteurs objectifs du travail ne s'est révélé être un prédicteur du désir de quitter la profession chez les infirmières.
3. Au plan des caractéristiques individuelles, les prédicteurs du désir de quitter la profession varient significativement selon le groupe d'âge, le statut civil et le sexe auquel on s'adresse.
4. Le désir de quitter chez les jeunes (19-30 ans) est influencé par le manque de latitude professionnelle dans son travail. Le groupe d'âge moyen (31-45 ans), serait davantage influencé par les exigences cliniques, les problèmes de surcharge et les difficultés liées aux rôles. Enfin, le groupe d'infirmières le plus âgé (46-65 ans), ne semble pas affecté dans son désir de quitter par aucun de ces facteurs de stress au travail.

5. Le désir de quitter chez l'infirmière mariée est significativement influencé par les quatre facteurs subjectifs de stress au travail. De plus, ce groupe s'avère être le seul affecté par les difficultés liées aux rôles. Le groupe des infirmières célibataires semble être affecté particulièrement par le manque de latitude professionnelle et les exigences cliniques alors que les infirmières séparées/divorcées sont plus vulnérables au manque de latitude professionnelle et à la surcharge de travail.
  
6. Le désir de quitter la profession chez le sexe féminin est influencé par les quatre facteurs subjectifs de stress au travail. Par ailleurs, seulement deux facteurs importent dans le désir de quitter chez le sexe masculin, soit le manque de latitude professionnelle et les problèmes de surcharge de travail. En outre, l'importance de ces deux facteurs est supérieure chez le sexe masculin.

### 6.3 Recommandations

Dans cette section, nous désirons formuler quelques recommandations à l'intention des gestionnaires et des chercheurs.

Nous considérons que les gestionnaires peuvent contribuer à améliorer significativement la profession de l'infirmière s'ils portent une attention particulière aux recommandations suivantes:

- Qu'on reconnaisse les besoins de la main-d'oeuvre en soins infirmiers et qu'on lui fournisse les moyens d'atteindre pleinement son potentiel;
- Qu'on valorise la contribution de l'infirmière à la mission de son entreprise et non seulement en tant que support aux activités professionnelles des médecins;
- Que cette valorisation du rôle de l'infirmière implique un enrichissement de ses responsabilités par l'utilisation de son jugement professionnel dans l'exercice de sa profession;
- Que soit reconnue la profession dans l'ensemble du système de la santé ainsi que la formation additionnelle que l'infirmière acquiert en cours d'emploi;

- Qu'on lui rende accessibles les moyens d'accéder à des niveaux décisionnels supérieurs dans l'organisation de la santé;
- Que le cheminement de carrière de la profession soit révisé pour être en mesure de pouvoir offrir à l'infirmière un plan de carrière compétitif aux autres professions dans les secteurs de la santé;
- Que la formation des nouvelles recrues soit davantage axée à la réalité du travail quotidien et non aux attentes qu'elles peuvent avoir envers la profession;
- Qu'on soit en mesure d'offrir un support social adéquat et soutenu à l'infirmière qui éprouverait à un moment de sa carrière certaines difficultés dans l'exécution de ces tâches quotidiennes.

Pour les chercheurs, le désir de quitter la profession chez l'infirmière est un sujet qui offre beaucoup de possibilités, si l'on considère que très peu d'études se sont intéressées à ce phénomène.

Au cours de la réalisation de cette étude, plusieurs avenues de recherche nous sont apparues intéressantes; en voici quelques unes:

- Etudier les caractéristiques économiques qui pourraient jouer un rôle significatif dans la décision de l'infirmière de vouloir quitter son emploi;
- Effectuer d'autres études semblables mais dont les résultats pourraient être généralisés à l'ensemble de la population infirmière;
- Evaluer si certaines variables telles que les responsabilités familiales, l'ancienneté et la culture pourraient avoir un effet significatif sur la relation entre les facteurs subjectifs de stress et le désir de quitter la profession.

#### 6.4 Le mot de la fin

Cette recherche est l'une des premières, à notre connaissance, qui évalue, de façon empirique l'impact des facteurs subjectifs de stress, des facteurs objectifs du

travail et des caractéristiques individuelles sur le désir de quitter la profession, tout en utilisant un modèle d'analyse multivariée.

Nous croyons qu'en utilisant cette approche il nous a été permis d'accéder à une meilleure compréhension de ce phénomène.

Nous espérons également qu'elle saura fournir les informations pertinentes pour les recherches futures. En effet, il devient essentiel de poursuivre ce genre de recherche, étant donné la valeur prédictive que possède le désir de quitter (variable proxy) sur le taux de roulement, et l'importance des coûts reliés au changement de toute main-d'oeuvre justifient amplement ce genre de recherche.

Enfin, pour tous les intervenants du milieu de la santé le moment est venu de revaloriser la profession d'infirmière de manière à ce qu'elle soit aussi attrayante que les autres possibilités de carrière pour les étudiantes. De plus, si la profession d'infirmière est revalorisée, elle attirera des candidates de plus grande valeur. Or, si l'on suppose que la qualité des soins infirmiers est tributaire de la qualité de la main-d'oeuvre en place, une action décisive sur les conditions

de travail de l'infirmière les plus susceptibles d'améliorer sa performance au sein de l'organisation, assurera une meilleure qualité des soins à l'ensemble de la population.

**ANNEXE 1: RESULTATS D'ANALYSE FACTORIELLE SUR CERTAINES SOURCES DE STRESS IDENTIFIEES EN MILIEU HOSPITALIER**

	FACTEUR	FACTEUR	FACTEUR	FACTEUR
Echelles de sources de stress	1	2	3	4
Participation aux décisions	-0.752	---	---	---
Autonomie restreinte au travail	0.721	---	---	---
Sous-utilisation des abilités au travail	0.697	---	---	0.286
Contacts avec les malades	---	0.814	---	---
Risques physiques	---	0.761	---	---
Décisions urgentes	---	0.647	---	---
Surcharge de travail	---	---	0.791	---
Instabilité de la charge	---	---	0.683	---
Ambiguïté de rôles	---	---	---	0.818
Conflit de rôles	---	---	0.270	0.617
Tâches menaçantes	---	---	---	0.499
Ambiguïté de carrière	0.449	---	---	0.434
Pression linguistique	---	---	0.475	---
Responsabilité	-0.442	0.258	0.273	---

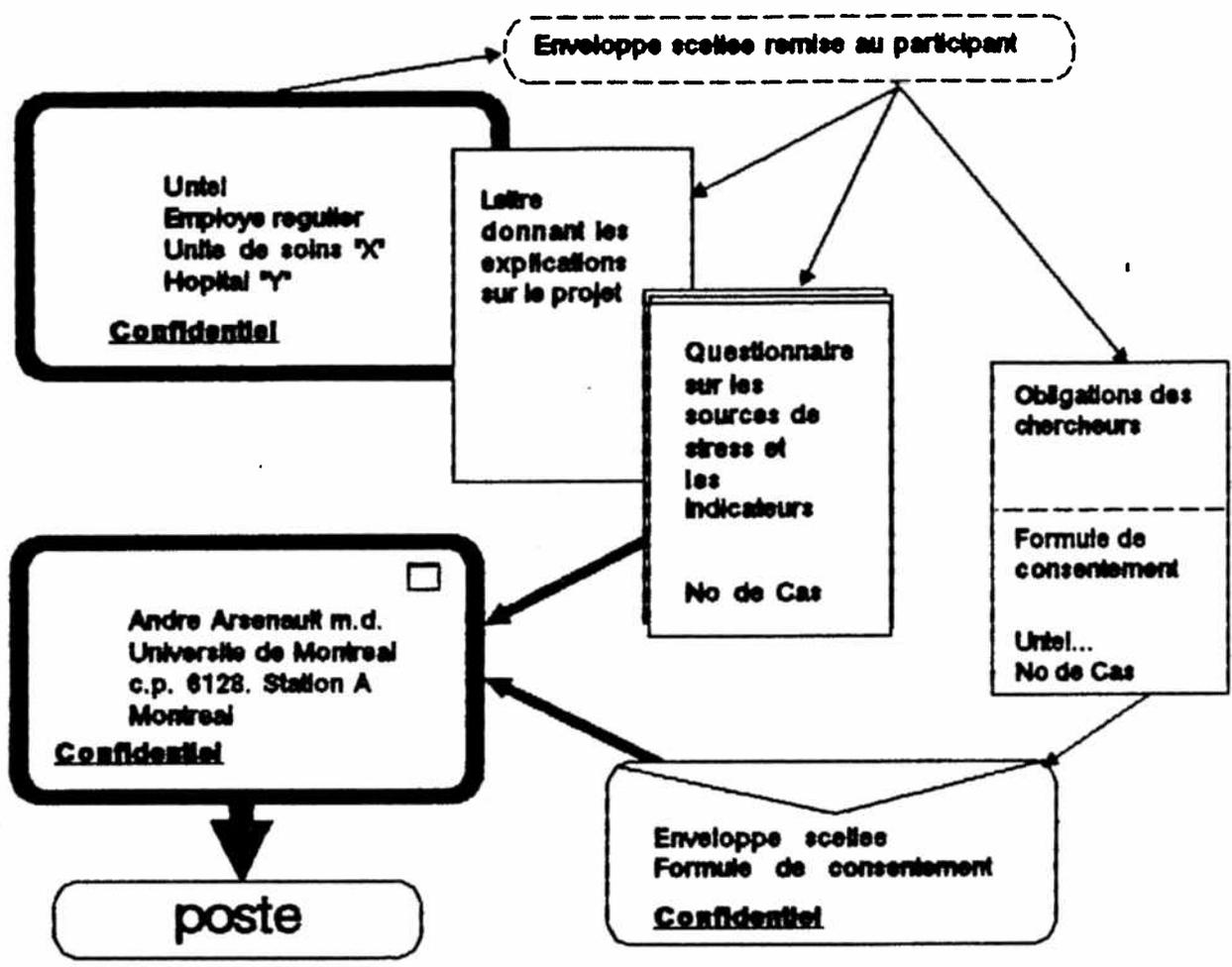
1. Les sources dont le degré de saturation sur le facteur est supérieur à 0.50 apparaissent en premier lieu. Les sources dont le degré de saturation sur le facteur est moins de 0.25, ont été remplacées par ---.

	<u>n</u>	<u>%</u>
<u>Service:</u>		
Soins intensifs:	645	45.0
Urgence:	781	55.0
<u>Occupation:</u>		
Infirmier(e)-cadre	198	13.9
Infirmier(e)	1021	71.6
Auxiliaire	140	9.8
Technicien(e)-secrétaire	67	4.7
<u>Statut:</u>		
Régulier temps plein	704	49.4
Régulier temps partiel	651	45.7
<u>Horaire:</u>		
Régulier jour	509	35.7
Régulier soir	397	28.0
Régulier nuit	273	19.2
Rotation	244	17.1
<u>Age:</u>		
19-30		33.9
31-45		57.3
46-65		8.8
<u>Sexe:</u>		
Femme	1219	85.5
Homme	207	14.5
<u>Etat civil:</u>		
Marié ou équivalent	930	65.2
Célibataire	359	25.2
Séparé(e)/divorcé(e)	126	8.8
<u>Langue d'origine:</u>		
Francophone	1314	92.1
Anglophone	101	7.1

## ANNEXE 3: Liste des hôpitaux participants

Christ-Roi  
C.H. Régional de Beauce  
Hôpital Laval  
C.H. Régional du Grand Portage  
C.H. Jeffery-Hale  
Hôpital du St-Sacrement  
Hôtel-Dieu d'Arthabasca  
C.H. régional de la Mauricie  
Hôpital Ste-Croix  
C.H. St-Vincent de Paul  
C.H. Sherbrooke  
Hôpital Jean Talon  
Hôpital général de Lachine  
Hôpital général du Lakeshore  
Hôpital St-Luc  
Hôpital St-Michel  
C.H. Le Gardeur  
C.H. régional de Lanaudière  
C.H. St-Eustache  
C.H. Valleyfield  
C.H. de Granby  
C.H. Hôtel Dieu d'Amos  
C.H. St-François d'Assise (LaSarre)  
C.H. Rouyn-Noranda  
C.H. HôtelDieu d'Alma  
C.H. Pierre Boucher  
C.H. de Matane  
C.H. Hôtel-Dieu de Roberval  
C.H. Universitaire de Sherbrooke  
C.H. régional de l'Outaouais

Protocole de distribution confidentielle des questionnaires



**Le stress en salle d'urgence et en soins intensifs:  
une recherche-action et évaluative.**

Madame,  
Monsieur,

**INFORMATION:**

Ce projet a pu être entrepris grâce à une volonté paritaire exprimé par le conseil d'administration de l'Association en santé en sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS).

Les objectifs principaux de ce projet sont de décrire et comparer les sources de stress dans votre unité de soins et d'analyser leurs relations avec la performance subjective, l'insatisfaction au travail, le registre de présence et le désir de quitter son emploi. Les résultats de ces analyses serviront à préparer des recommandations générales et spécifiques dans le but d'améliorer la qualité de vie dans votre travail. Il comporte aussi un protocole d'évaluation de l'impact de deux stratégies d'intervention.

Votre unité de soins a été choisie pour faire partie du plan expérimental. Un comité paritaire de travail a été constitué au sein de l'unité, qui comprend un nombre égal de responsable d'unité (3 quarts de travail) et de représentants des travailleur(euse)s de l'unité. Ce groupe servira de lien de communication entre les conseillers aux établissements de l'ASSTSAS, et l'ensemble des travailleur(euse)s de l'unité.

Dans cette première étape du projet, nous vous avons remis une enveloppe confidentielle qui comprend un questionnaire et une formule de consentement. Chaque questionnaire est numéroté afin de permettre aux chercheurs de vous identifier et de consulter votre registre de présence à la direction des ressources humaines. Afin de préserver la confidentialité, votre nom est inscrit séparément sur la formule de consentement qui porte le même numéro que le questionnaire.

Après analyse comparée des questionnaires et des registres de présence (deuxième étape), nous aborderons à l'automne 1987 la troisième étape. Les différentes unités de soins seront alors réparties au hasard en trois groupes selon les modalités suivantes:

1. Un premier groupe contrôle sera appelé à remplir le même questionnaire dans un an et ne fera l'objet d'aucune autre intervention entre temps. Les résultats seront divulgués à ces travailleur(euse)s à la toute fin du processus.

2. 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.

**ANNEXE 7: QUESTIONNAIRE**

**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

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	Plutôt	Plutôt	Très
agréable	agréable	désagréable	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

SI NOUS PARLIONS 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.

	<u>Très souvent</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>A l'occasion</u>	<u>Rarement</u>	
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?

	<u>Très peu</u>	<u>Un petit peu</u>	<u>Quelque peu</u>	<u>Passablement</u>	<u>Beaucoup</u>	
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 bonne réputation de l'hôpital dans la communauté	1	2	3	4	5	(33)

Ne rien inscrire  
dans cette marg

Veillez 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>	
Votre travail exige que vous travailliez très vite	5	4	3	2	1	(34)
Votre travail exige que vous travailliez très fort	5	4	3	2	1	(35)
Votre 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 supérieur(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

	<u>Très souvent</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>A l'occasion</u>	<u>Rarement</u>	
Votre travail implique un contact direct avec les patients	5	4	3	2	1	(41)
Votre travail implique un contact direct avec des patients en phase terminale ou critique	5	4	3	2	1	(42)
Vous assistez personnellement des patients mourants	5	4	3	2	1	(43)

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

	<u>Rarement ou jamais</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>	
Un accroissement marqué dans la charge de travail	1	2	3	4	(44)
Un accroissement marqué dans le degré de concentration requis au travail	1	2	3	4	(45)
Un accroissement marqué dans la vitesse à laquelle il vous faut penser	1	2	3	4	(46)

Ne rien inscrire  
dans cette marge.

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

	<u>Rarement</u> <u>ou jamais</u>	<u>Quelque-</u> <u>fois</u>	<u>Assez</u> <u>souvent</u>	<u>Très</u> <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

N'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>	
Des 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.

	<u>Rarement ou jamais</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>	
Décider quand quitter votre travail?	1	2	3	4	(64)
Décider quand prendre vos pauses-café?	1	2	3	4	(65)
Décider 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.

	<u>Rarement</u>	<u>Occasion- nellement</u>	<u>Quelque- fois</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très 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 <b>supérieurs</b> ?	1	2	3	4	(70)
Jusqu'à quel point croyez-vous que votre travail est vraiment valorisé par vos <b>collègues</b> ?	1	2	3	4	(71)
Jusqu'à quel point croyez-vous que l' <b>administration</b> a tendance à minimiser votre travail?	1	2	3	4	(72)
Jusqu'à quel point croyez-vous que les <b>autres professionnels</b> 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)

Si on considère les interrelations entre le travail et l'ensemble des activités quotidiennes...

De façon générale, croyez-vous que les exigences quotidiennes de votre travail ont un impact sur la qualité de votre vie hors travail (famille, loisirs, etc.)?

Impact très <u>positif</u>	Impact plutôt <u>positif</u>	Impact plutôt <u>négatif</u>	Impact très <u>négatif</u>
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

1

2

3

4

(75)

Toujours du point de vue de l'impact sur la qualité de vie hors travail, jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes:

<u>Tout à fait en accord</u>	<u>Plutôt en accord</u>	<u>Plutôt en désaccord</u>	<u>Tout à fait en désaccord</u>
--------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

Le contenu de mon travail au plan qualitatif, (contact avec les patients, responsabilité, participation aux décisions, etc.) a un **impact négatif** sur la qualité de ma vie hors travail

1

2

3

4

(76)

Le contenu de mon travail au plan quantitatif, (fréquences des urgences, surcharge, etc.) a un **impact négatif** sur la qualité de ma vie hors travail

1

2

3

4

(77)

Le contexte entourant mon travail au plan des relations humaines (conflit, ambiguïté de rôle, manque d'autonomie, etc.) a un **impact négatif** sur la qualité de ma vie hors travail

1

2

3

4

(78)

Le contexte entourant mon travail au plan administratif (carrière, rémunération, organisation du travail, etc.) a un **impact négatif** sur la qualité de ma vie hors travail

1

2

3

4

(79)

Ne rien inscrire  
dans cette marge

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 <b>semblable</b> 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 dif- <b>férent</b> 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 <b>mêmes compé-</b> <b>tences</b> que moi, j'obtiens comme salaire...	1	2	3	4	5	(82)

Ne rien inscrire  
dans cette marge  
(1-4)  
(5)2

SI NOUS PARLIONS 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. Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant un chiffre.

	Avenir très <u>incertain</u>	Avenir un peu <u>incertain</u>	Avenir plus ou moins <u>certain</u>	Avenir assez <u>certain</u>	Avenir très <u>certain</u>	
--	------------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--

En ce qui concerne votre carrière, 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	2	3	4	(9)
Pas du tout plausible	Quelque peu plausible	Assez plausible	Très plausible	

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	2	3	4	(10)
Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	

Est-il certain que votre poste existe encore à l'hôpital dans cinq ans d'ici?

1	2	3	4	(11)
Très incertain	Incertain	Assez certain	Très certain	

Considérant votre mérite et votre expérience de travail (ancienneté), est-il plausible que vous soyez mis-à-pied dans les cinq prochaines années?

1	2	3	4	(12)
Pas du tout plausible	Quelque peu plausible	Assez plausible	Très plausible	

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. A 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

CONCERNANT L'UNITE DE SOINS ET LE TRAVAIL EN GENERAL

Cette 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.

	<u>Très bon</u>	<u>Bon</u>	<u>Pauvre</u>	<u>Très pauvre</u>	
Du point de vue de l' <b>aménagement physique</b> (espace)	1	2	3	4	(21)
Du point de vue de l' <b>équipement et de l'instrumentation</b>	1	2	3	4	(22)
Du point de vue de la <b>température ambiante</b>	1	2	3	4	(23)
Du point de vue du <b>travail d'équipe</b>	1	2	3	4	(24)

Nous voudrions que vous réfléchissiez sur le genre de travail que vous faites dans cet unité de soins.

Considérant ce que vous savez maintenant, si vous aviez à décider à nouveau de reprendre ou non le type d'emploi que vous avez actuellement que décideriez-vous?

Je déciderais...

1	2	3	4	(25)
De reprendre le même type d'emploi sans hésitation	De garder le même type d'emploi	D'y réfléchir à nouveau	Définitivement de ne pas reprendre ce type d'emploi	

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 choisirais 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)

INFORMATIONS GENERALES

Quel est votre année de naissance? \_\_\_\_\_ (47-50)

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 \_\_\_\_\_ (55)  
(Spécifier)

Généralement parlant, vous considérez-vous:

- Anglophone (1)  
 Francophone (2)  
 Autre \_\_\_\_\_ (56)  
(Spécifier)

Quel est votre religion?

- | <u>Actif</u>                  | <u>Inactif</u>                |                         |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <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) _____ |
| <input type="checkbox"/> (55) |                               | Pas de religion         |

Ne rien inscrire  
dans cette marge

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)

SITUATIONS OU PROBLEMES	PRIORITAIRES? (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

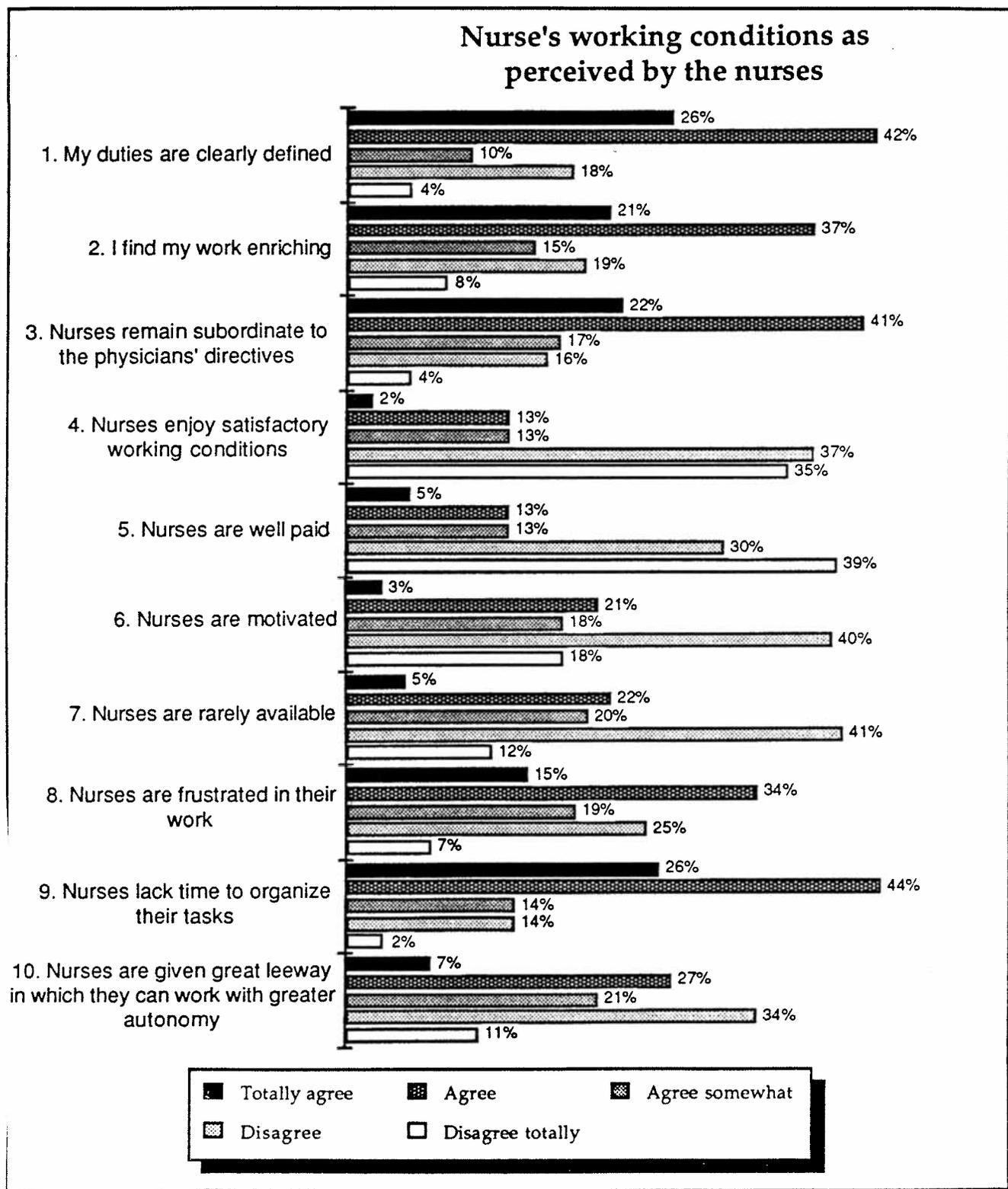
Ceci complète la partie structurée du questionnaire. Comme d'habitude dans un questionnaire de ce type, nous ne pouvons avoir une connaissance complète de tout ce qui touche votre travail. Y a-t-il du stress ou des problèmes que nous n'avons pas abordés ou couverts qui seraient importants? S'il vous 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 8

## ETAT DES PERCEPTIONS CHEZ LES INFIRMIERES FACE AUX CONDITIONS DE

Table 5.4

## TRAVAIL



REFERENCES

Aiken, L.H., "Nursing priorities for the 1980's: hospitals and nursing homes", American Journal of Nursing, 1981, 2, 324-330.

Arnold, H.J., Feldman, D.C. "A multivariate analysis 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., van Ameringen, M.R. "Stress and Mental Strain in Hospital Work: Exploring the Relationship beyond Personality" Journal of Organizational Behavior, 1990, sous presse.

Arsenault, A., van Ameringen, M.R., Léonard, C., Dolan, S.L. Le Stress en Salle d'Urgence et en Soins Intensifs: sources, conséquences et plan d'action, Editions SyGeSa, Longueuil, 1990.

Bailey, J.T., Steffen, S.M., and Grout, J.W.: "The stress audit: identifying the stressors of ICU nursing" Journal of Nursing Education, 1980, 19 (6), 15-25.

Barstow, J. "Stress variance in hospice nursing" Nursing Outlook, 1980, 28 (12), 751-754.

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 & King dans: Kim, J.S. & 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.

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

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

Beusse, W.E. An Examination of the Impact of Adult Development Stages on Role Strain, affective and Behavioral Reaction. Ph.D. Thesis, Buffalo, State University of New York, 1980.

Bilodeau, M.B., Desrosiers, G., Gagnon, J.A., Paradis, M., Quintal, J., Rajotte, H. Facteurs d'influence sur la structure occupationnelle en soins infirmiers, rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, annexes 1 et 2, mars 1987.

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

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.

Brennan, J.E. "An answer to high data processing turnover" Personnel Journal, 1985, 56-58.

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, Univ. of Iowa, Working Paper Ser., 1977, 77-23.

Broughton, S. "The effectiveness of peer recognition on motivation" AAOHN Journal, 1986, 34, 596-598.

Burke, R.J. "Occupational stress and job satisfaction" Journal of Social Psychology, 1976, 100, 235-244.

Burnstein, M., Tienhrana, N., Hemson, P., Warrander, B., Les Canadiens et le travail, Information Canada, 1975.

Burton, J.F., Parker, J.E. "Interindustry variations in voluntary labor mobility" Ind. Labor Relations Rev., 1969, 22, 199-216.

Campbell, J.P., Dunnette, M.D., Lawler, E.E., Weick, K.E., Jr. Managerial Behavior, Performance, and Effectiveness (New York: McGraw-Hill Book Co.), 1970, p. 390.

Canfield, 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.

Caplow, T., McGee, R.J. The Academic Marketplace, New York: Basic Books, 1958.

Carlson, R.O. Executive Succession and Organizational Change, Chicago: Midwest Administration Center, Univ. of Chicago, 1962.

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.

Cleland, V. "Sex discrimination: Nursing's most pervasive problem" American Journal of Nursing, 1971, 71, 1, 542.

Cole, R. E. Japanese Blue Collar, Berkeley: Univ. California Press, 1971.

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

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.

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.

Coughan, R.J. "The factorial structure of teacher work values" American Educational Research Journal, 1969, VI, 169-189.

Cousineau, J.M., Lacroix, R., Montmarquette, C., "Taux de roulement: Une Approche économétrique", août 1987.

Crites, J.O. "A comprehensive model of career development in early adulthood" Journal of Vocational Behavior, 1976, 9, 105-118.

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

Decker, P., Moore, R.C., Sullivan, E. "How hospitals can solve the nursing shortage" Hospital and Health Services Administration, nov./déc., 1982, 12-27.

Deronde, M.M. "Hospital Employee Health Issues" Occupational Health Nursing, 1984, 44-49.

Devirieu, F.H., "Le prix d'un français", Nouvel Observateur, 1975, 69-84.

Donovan, L., Survey of Nursing Incomes, Part 2, "What increases income most!". Registered Nurse, 1980, 43, 27.

Dowrkin, A.G. "The changing demography of public school teachers: Some applications for faculty turnover in urban areas" Sociology of Education, 1980, 53 (2), 65-73.

Evans, M.G. "A longitudinal analysis of the impact of flexible working hours" Studies in Personnel Psychology, 1976, 6, 140.

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

Firme Lavalin, "Sondage OIIQ", Supplément Nursing Québec. Janv-fév. 1988.

Firth, H., Mckeown, P., McIntee, J., Britton, P. "Professional Depression, "burnout" and personality in longstay nursing" International Journal of Nursing Study, 1987, Vol. 24, No. 3, 227-237.

Fishbein, M. "Attitude and the prediction of behavior". In M. Fishbein (Ed.), Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley, 1967.

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.

Frost, P.J., Jamal, M. "Shift work, attitudes and reported behavior: Some association between individual characteristics and hours of work and leisure" Journal of Applied Psychology, 64, 1979, 77-81.

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: It's causes and effects" Social Science and Medicine, 1981, Vol. 1, 639-647.

Grissom, M., Spengler, C. "Womanpower and Health Care". Boston, Little, Brown, 1976.

Greenberg, J., "Implications for primary care providers of occupational health hazards on pregnant women and their infants. Journal of Nursing Midwifery, 1980, 25,(21)

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.

Hallas, G.G. "Why Nurses are givin up" Registered Nurse, July, 1980.

Hammer, W.C., Tosi, H.L. "Relationships of role conflict and role ambiguity to job involvement measures" Journal of Applied Psychology, 1974, 59, 479-499.

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

Heath, D. "Adolescent and adult predictors of vocational adaptation" Journal of Vocational Behavior, 1976, 9, 1-19.

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.

Hinshaw, A.S., Atwood, J.R. "Nursing staff turnover, stress, and satisfaction: Models, measures, and management". In H.H. Werley & J.J. Fitzpatric (Eds),

Annual review of nursing research , New York: Springer Publishing Co., 1984, (Vol.1,), pp. 133-153.

House, R.J., Rizzo, J.R. "Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior" Organizational Behavior and Human Performance, 1972, 7, 467-505.

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

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

Irzinski, S.M., Hylbect, K.W. "Factors related to counselor turnover in public programs" Rehabilitation Counseling Bulletin, 1970, Vol. 13, 300-308.

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

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

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

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.

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.

Kasarda, J.D. "Effects of personnel turnover, employee qualifications, and professional staff ratios on administrative intensity and overhead". Sociological Quarterly, 1973, 14, 350-358.

Keller, R.T. "Role conflict and ambiguity: Correlated with job satisfaction and values". Personnel Psychology, 1975, 28, 57-64.

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.

Knowles, M.C. "A review of labor turnover research", Personnel Practice Bulletin, 1964, 20: 25-37.

Koch, J.L., Rhodes, S.R., "Predictors of turnover of female factory workers" Journal of Vocational Behaviour, 1981, 18, 145-161.

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

Korman, A. K. Industrial and organizational psychology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

Kovach, K.A. Organizational size, job satisfaction, absenteeism and turnover. Washington, D.C.: University Press of America, 1978.

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.

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

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

Leslie, G., Richardson, A.H. "Life cycle, career pattern, and the decision to move" Am. Sociol. Rev., 1961, 26: 894-902.

Lesnik, M.J., Anderson, B.E. Nursing Practice and the Law. Philadelphia, Lippincott, 1955.

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.

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.

MacNeil, J. "Critical care nursing stress: Another look" Heart et Lung, May 1987, 16, 3, 274-277.

McCain, B., O'Reilly, C., Pfeffer, J. "The Effect of Departmental Demography on Turnover: The Case of a University" Academy of Management Journal, 1983, XXVI, 626-641.

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.

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

Mahoney, T.A., Newman, J.M., Frost, P.J. "Workers' perceptions of the four-day week" California Management Review, 1975, 18, 25-35.

Main-d'oeuvre et Immigration Canada, La Dimension Nationale, Conclusions d'une étude sur l'éthique du travail et d'une étude sur la satisfaction professionnelle, 1979, 18-38.

Malaviya, P., Ganesh, K. "Shift work and individual differences in the productivity of weavers in an Indian textile mill". Journal of Applied Psychology, 1976, 61, 774-776.

Mangione, T.W. "Turnover-Some psychological and demographic correlates". The 1969-1970 Survey of Working Conditions, ed. Robert P. Quinn and Thomas W. Mangione (Ann Arbor: Final Report to Employment Standards Administration, U.S. Department of Labor, Survey Research Center, Univ. of Michigan, 1971.

March, J.G., Simon, H.A. Organization. New York: Wiley, 1958, (67).

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.

Martin, T.N. Jr. "A contextual model of employee turnover intentions" Academy of Management Journal, 1979, 22, 313-324.

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

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

Michaels, D.A. "Too much in need of support to give any?" American journal of nursing, 1971, 71, 10, 1932-1935.

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.

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.

Miller, S.J. "Family life cycle, extended family orientations, and economic aspirations as factors in the propensity to migrate". Sociological Quarterly, 1976, 17, 323-335.

Mobley, W.H. Employee Turnover: Causes, Consequences and Control, Addison Wesley, Reading, Mass, 1982.

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.

Mobley, W.H. "Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover" Journal of Applied Psychology, 1977, 62, 237-240.

Morris, J.H., Snyder, R.A. "A second look at need for achievement and need for autonomy as moderators of role perception-outcome relationship-". Journal of Applied Psychology, 1979, Vol. 64, 173-178.

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

Morse, N.C. Satisfaction in the white collar job. Survey Research Center, University of Michigan, 1953.

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.

Mowday, R.T., Steers, R., Porter, L. Employee organizational Linkages: The Psychology of Commitment, Absenteeism, and Turnover. New York: Academic Press, 1982.

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.

Munley, P.H. "Erikson's theory of psychosocial development and career development" Journal of Vocational Behavior, 1977, 10, 261-269.

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.

Nicholson, N., Jackson, P., Howes, G. "An analysis of temporal needs" Journal of Occupational Psychology, 1978, 51, 127-137.

Nord, W.R., Costigan, R. "Worker adjustment to the four-day week: A longitudinal study" Journal of Applied Psychology, 1973, 58, 60-66.

Numerof, R.E., & Abrams, M.N. "Sources of stress among nurses: An empirical investigation" Journal of Human Stress, 1984, 10(2), 88-100.

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.

Pfeffer, J., O'Reilly III, C.A. "Hospital demography and turnover among nurses" Industrial Relations, 1987, Vol. 26, No. 2, 158-173.

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.

Porter, L.W., Crampon, W.J., Smith, F.J. "Organizational commitment and managerial turnover: A longitudinal study" Organizational Behavior and Human Performance, 1976, 15, (95), 87-98.

Presthold, P.H., Lane, I.M., Mathews, R.C. "Nurse turnover as reasoned action: Development of a process model" Journal of Applied Psychology, 1987, Vol. 72, No. 2, 221-227.

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

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

Rabinowitz, S., Hall, D.T. "Organizational Research on Job Involvement" Psychological Bulletin, 1977, Vol. 84, 265-288.

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

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

Robinson, A.M. "The RN: Without her no ICU's. Registered Nurse, 1972, 35, 46-51.

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

Scott, W.R., "Professionals in bureaucracies-Areas of conflict, in Vollmer, H.M., Mills, D.L. (eds), Professionalization. Englewood Cliffs, NJ., Prentice-Hall, 1966, 265-275.

Scully, R. "Stress in the nurse", American Journal of Nursing, 1980, 80, 912.

Shenk, F., Wilbourn, J.M. Officer attitudes related to career decisions. Springfield, Mass., U.S.A., National Technical Information Service, 1971.

Shepard, H., Herick, H., Where have all the robots gone? Work in dissatisfaction in the 70's", New York, Free Press, 1972.

Sheppard, D.J. "The measurement of vocational maturity in adults" Journal of Vocational Behavior, 1971, 1, 399-406.

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.

Shott, G.L., Albright, L.E., Glennon, J.R. "Predicting turnover in an automated appici situation". Personnal Psychology, 1963, 213-219.

Siegel, A., Ruh, R.A. "Job involvement participation in decision making, personal background and job behavior" Organizational Behavior and Human Performance, Vol. 9, No. 2, 1973, 318-327.

Sloan, F.A. "Determinants of nurse retention in current employment and nurse hours of work". In F.A. Sloan (Ed.), The Geographic Distribution of Nurses and Public Policy (DHEW Publication No. HRA 75-53): Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1975, 185-214.

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.

Steck, A.L. "The nursing shortage: an optimistic view, Nursing Outlook, 1981, 29, 5, 302-304.

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.

Stein, L.I., "The doctor-nurse game" Americain Journal of Nursing, 1968, 68, 101.

Stevens, J.M., Beyer, J.M., Trice, H.M. "Assessing personal role and organizational predictors of managerial commitment" Academy of Management Journal, Vol. 21, 1978, 380-396.

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 indicies" Academy of Management Journal, 24, (114), 1981, 148-163.

Super, D.E. "Vocational maturity in mid-career" Vocational Guidance Quarterly, 4, 1977, 294-302.

Szilagy, A.D. "An empirical test of causal inference between role perceptions, satisfaction with work, performance and organizational level, Personnel Psychology, 30, 1977, 375-387.

Tasto, D.L., Colligan, M.J. Shift work practices in the United States: DHEW Publication NO (NIOSH), Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1977, 77-148.

Terborg, J.R., Lee, T.W. "A Predictive Study of Organizational Turnover Rates" Academy of Management Journal, XXVII, 1984, 793-810.

Tollen, W.B. Study of Staff Losses in Child Welfare and Family Service Agencies, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1960.

Vreeland, R., Ellis, G.L. "Stresses ont the nurse in intensive care unit".Journal of the Americain Medical Association, 1969, 208 (2), 332-334.

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

Waters, L.K., Roach, D. "Relationship between job attitudes and two forms of withdrawal from the work situation" Journal of Applied Psychology, 55, (123), 1971, 92-94.

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

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

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

