

Université de Montréal

**Étude transversale descriptive de l'expérience au travail  
des infirmières québécoises**

par Marie-Annick Gagné

Faculté des Sciences Infirmières

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de *Maître ès sciences* (M.Sc.)  
en sciences infirmières  
option administration des services infirmiers

Décembre, 2017

© Marie-Annick Gagné, 2017

## Résumé

**But** : Le but de cette étude était d'identifier les profils d'expérience au travail des infirmières du Québec. **Problématique** : Les infirmières exercent un rôle significatif dans le réseau de la santé. Leur expérience au travail peut avoir un effet tant sur les infirmières elles-mêmes que sur les patients et les organisations notamment en termes de qualité des soins et de performance. Malgré l'importance qu'elle revêt, elle demeure un concept ambigu donnant lieu à diverses interprétations. Les études actuelles ne permettent pas de bien saisir la complexité de ce concept puisque ses multiples dimensions sont le plus souvent considérées de façon isolée. Dresser le portrait de l'expérience au travail des infirmières en y intégrant ses multiples dimensions peut offrir aux décideurs de meilleures indications sur les leviers à mobiliser pour engendrer des résultats positifs auprès des infirmières, des patients et des organisations. **Méthode** : 891 infirmières ont participé à cette étude en complétant un questionnaire auto-administré. Les données ont été collectées durant le mois d'avril 2017. Quatre dimensions de l'expérience au travail des infirmières ont été mesurées : les ressources auxquelles ont accès les infirmières dans leur travail (structure et processus de travail), les ressources personnelles, les exigences (psychologiques et physiques) auxquelles elles doivent répondre et les résultats qui sont associés à leur travail. Des analyses descriptives et factorielles ont été utilisées. **Résultats** : Trois profils d'expérience au travail des infirmières ont émergé des analyses factorielles : les infirmières en détresse (faible accès aux ressources du travail, exigences psychologiques élevées, résultats négatifs), les infirmières en situation modérément favorable (accès modéré aux ressources du travail, exigences psychologique modérées, résultats positifs) et les infirmières en situation favorable (accès élevé aux ressources du travail, exigences psychologiques modérées, résultats

positifs). **Conclusion** : L'étude a identifié différents profils d'expérience au travail qui se sont distingués par l'accessibilité des infirmières aux ressources du travail, par le niveau d'exigences et par les résultats qui en découlent. Les gestionnaires du domaine de la santé pourraient utiliser les résultats de cette étude pour améliorer la qualité de l'expérience au travail des infirmières en augmentant l'accès des infirmières aux ressources structurelles du travail et en diminuant les exigences psychologiques.

**Mots-clés** : administration des services infirmiers, infirmières, expérience au travail

## **Abstract**

**Aim:** The aim of this study was to identify profiles of nurses' workplace experience in Quebec.

**Background:** Nurses play a significant role in the healthcare system. Their workplace experience can have an impact on nurses themselves, as well as on patients and organizations, particularly in terms of quality of care and performance. Despite the importance of this experience, it remains an ambiguous concept with varying interpretations. Current studies do not fully appreciate the complexity of this concept, since its multiple dimensions are often considered in isolation. Drawing up a portrait of nurses' workplace experience by integrating its multiple dimensions can provide decision-makers with better indications on the levers to be mobilized to generate positive results for nurses, patients, and organizations. **Design:** Cross-sectional descriptive. **Methods:** 891 nurses participated in this study by completing a self-administered questionnaire. Data collection took place during the month of April 2017. Four dimensions of nurses' workplace experience were measured: the resources available to nurses in their work (work structure and processes), personal resources, demands (psychological and physical) placed on them, and the outcomes associated with their work. Descriptive and factorial analyses were used. **Results:** Three profiles of nurses' workplace experience emerged from the factorial analyses: nurses in distress (low access to work resources, high psychological demands, negative outcomes), nurses in moderately favourable situations (moderate access to work resources, moderate psychological demands, positive outcomes), and nurses in favourable situations (high access to work resources, moderate psychological demands, positive outcomes). **Conclusion:** The study identified different profiles of nurses' workplace experience that were distinguished according to nurses' level of access to workplace resources, work demands, and outcomes. Healthcare managers could use the results of this study to improve the quality of

nurses' workplace experience by increasing nurses' access to structural work resources and decreasing psychological demands.

**Keywords** : nursing administration, nurses, workplace experience

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des sigles.....	xi
Remerciements.....	xiii
Chapitre 1 : Problématique, but et question de recherche.....	1
1.1 Problématique.....	1
1.2 But de l'étude.....	7
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	8
2.1 Conceptualisations de l'expérience au travail.....	8
2.1.1 Expérience au travail en tant qu'interaction du travailleur avec un certain nombre de facteurs structurels du travail.....	8
2.1.2 Expérience au travail en tant qu'interaction du travailleur avec un certain nombre de processus de travail.....	11
2.1.3 Expérience au travail en tant que résultat expérimenté par les travailleurs.....	12
2.2 Études empiriques.....	18
2.2.1 Études empiriques portant sur la perspective structurelle de l'expérience au travail des infirmières.....	18
2.2.2 Études empiriques portant sur la perspective des processus de travail de l'expérience au travail des infirmières.....	21
2.2.3 Études empiriques portant sur la perspective des résultats de l'expérience au travail des infirmières.....	24
2.3 Modèles d'analyse de l'expérience au travail des infirmières.....	27
2.3.1 Modèle de l' <i>empowerment</i> au travail.....	27
2.3.2 Le modèle socio-technique.....	28
2.3.3 Le modèle des caractéristiques de l'emploi.....	29
2.3.4 Le modèle holistique du stress.....	29

2.3.5 Le modèle demandes-contrôle .....	30
2.3.6 Le modèle des <i>Magnet Hospitals</i> .....	31
2.4 Cadre de référence .....	32
Chapitre 3 : Méthodologie .....	36
3.1 Devis de recherche.....	36
3.2 Population et milieu à l'étude .....	36
3.3 Échantillonnage.....	37
3.4 Méthode de collecte des données.....	39
3.5 Instruments de collecte des données .....	39
3.5.1 Facteurs de l' <i>empowerment</i> structurel .....	39
3.5.2 Adéquation de la dotation .....	40
3.5.3 Clarté des rôles.....	40
3.5.4 Autonomie.....	40
3.5.5 Relations avec le supérieur .....	41
3.5.6 Relations avec les collègues.....	41
3.5.7 Sentiment d'efficacité personnelle.....	41
3.5.8 Exigences physiques du travail.....	42
3.5.9 Exigences psychologiques du travail .....	42
3.5.10 Intention de quitter son emploi .....	42
3.5.11 Stress .....	42
3.5.12 Épuisement émotionnel.....	43
3.5.13 Satisfaction au travail.....	43
3.5.14 Engagement au travail.....	43
3.5.15 Données sociodémographiques.....	44
3.6 Analyse des données .....	46
3.7 Considérations éthiques .....	47
Chapitre 4 : Résultats .....	49
Abstract.....	49
Impact Statement .....	50
Introduction.....	51
Background.....	52

Reference framework.....	55
The study.....	58
Aim .....	58
Design .....	58
Sample.....	58
Data collection .....	59
Validity, reliability, and rigour .....	61
Data analysis .....	61
Ethical considerations .....	62
Results.....	62
Description of the participants .....	62
Description of the measured variables .....	62
Nurse work experience profiles .....	63
Discussion.....	66
Study strengths and limitations.....	70
Conclusion .....	71
Funding.....	72
Conflict of interest.....	72
Author contributions .....	72
References.....	73
Chapitre 5 : Discussion .....	79
5.1 Discussion de l'article.....	79
5.2 Forces et limites de l'article.....	83
5.3 Recommandations.....	84
5.3.1 Recommandations pour la gestion/pratique.....	85
5.3.2 Recommandations pour la recherche .....	85
Conclusion .....	87
Bibliographie.....	i
Annexe 1 : Questionnaire.....	i
Annexe 2 : Catégorisation des variables.....	xi
Annexe 3 : Tableau des corrélations des variables .....	xxiii

Annexe 4 : Approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal .....	xxiv
Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement .....	xxv

## Liste des tableaux

Tableau I. Éléments clés de la conceptualisation de l'expérience au travail des infirmières ...	18
Tableau II. Propriétés du travail de Trist (1981).....	29
Tableau III. Variables mesurées et instruments de mesure.....	45

## Liste des figures

Figure 1. Cadre conceptuel de l'expérience au travail des infirmières adapté du modèle Job Demands-Resources de Bakker et Demerouti (2007).....	35
---	----

## Liste des sigles

$\alpha$	Coefficient alpha de Cronbach
ACM	Analyse des correspondances multiples
AIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CCC	Coefficient de contingence de Cramer
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
COPSOQ-V3	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i>
CWEQ-II	<i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II</i>
EQCOTESST	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail
FCSII	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GSE	<i>General Self-Efficacy Scale</i>
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
JDS	<i>Job Diagnostic Survey</i>
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
SPAD	Système Pour l'Analyse des Données (Cohèris, France)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UWES	<i>Utrecht Work Engagement Scale</i>

*Je dédie ma réussite et ce mémoire de maîtrise  
à mes chers parents Marie-France et Christian.*

## Remerciements

Je souhaite d'abord remercier mon directeur de maîtrise Carl-Ardy Dubois, Ph.D. ainsi que ma co-directrice Roxane Borgès Da Silva, Ph.D. Ils ont été d'une grande patience à mon égard et m'ont supporté tout au long de mon projet de maîtrise. Leur rigueur et leurs critiques constructives m'ont amené à me dépasser continuellement.

Je tiens également à remercier Alexandre Prud'homme, professionnel de recherche, pour son implication, ses encouragements et sa grande disponibilité en dépit de ses nombreux autres projets. Sans son temps et son soutien, j'aurais difficilement pu mener à terme mon étude. Il aura été un atout inestimable dans mon projet de maîtrise.

Je souhaite aussi mettre de l'avant l'importante collaboration reçue de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui a accepté de me soutenir dans mon étude. Sans leur participation, il ne m'aurait été possible de rejoindre autant d'infirmières et d'obtenir une si grande portée.

Je veux également remercier toutes les infirmières qui ont accepté de participer à mon étude en donnant de leur temps malgré leurs nombreuses obligations personnelles et professionnelles. Je les remercie pour le grand intérêt qu'elles ont porté à cette dernière et pour les bons mots d'encouragement qu'elles m'ont envoyé.

En dernier lieu, je tiens à remercier mon conjoint et ma famille. En particulier, je tiens à remercier, Jean, mon compagnon de vie et mon amour, pour m'avoir soutenu au quotidien dans

cette aventure. Je remercie aussi mes parents, Marie-France et Christian, qui se sont toujours tenus droits à mes côtés. Ils m'ont ouvert les yeux sur le monde et m'ont poussé à devenir une femme forte et accomplie. Je remercie également mes deux frères, Marc-Antoine et Pierre-Olivier, qui à leurs façons, ont rendu ce parcours académique plus facile. Finalement, je souhaite remercier mes grands-parents, Lise et Gérard. L'immense fierté qu'ils ont porté à mon égard a été pour moi une source de motivation inestimable tout au long de mon parcours.

Merci, ma réussite relève de vous tous.

# Chapitre 1 : Problématique, but et question de recherche

## 1.1 Problématique

L'accès de la population à des services de santé de qualité, efficaces, sécuritaires et centrés sur leurs besoins dépend de la disponibilité en tout temps de personnels motivés, qualifiés, judicieusement déployés et opérant dans des conditions qui permettent d'optimiser leur expérience au travail et leur performance. Bien que le fonctionnement des systèmes de santé dépende d'un large ensemble de professionnels et non-professionnels, les infirmières détiennent un rôle particulièrement important non seulement parce qu'elles constituent l'effectif le plus imposant, mais aussi parce qu'elles exercent un ensemble de fonctions critiques à tous les niveaux du continuum de soins et de services. Au-delà de la disponibilité des effectifs infirmiers, l'expérience au travail de ces derniers peut avoir un impact tant sur la main-d'œuvre infirmière elle-même que sur la qualité des soins dispensés (Brooks & Anderson, 2004; Khani, Jaafarpour & Dyrekvandmogadam, 2008; Hsu & Kernohan, 2006). Au Québec comme au Canada, plusieurs indices suggèrent une expérience au travail plutôt négative pour une majorité d'infirmières.

Un premier symptôme révélateur de ce problème est l'insatisfaction au travail des infirmières. Selon une étude réalisée auprès d'infirmières canadiennes, 12% d'entre elles se disent insatisfaites de leur emploi alors que cette proportion n'atteint que 8% pour l'ensemble des travailleurs canadiens (Wilkins, McLeod & Shields, 2007). Cette même étude révèle que «

les infirmières du Québec étaient plus susceptibles (13%) que celles travaillant ailleurs au Canada d'être insatisfaites de leur emploi » (Shields & Wilkins, 2006, p.55). L'enquête de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers démontre que 85% des répondants qualifient leur travail d'oppressant et que 91% le trouvent lourd (Greenslade & Paddock, 2007).

Une autre indication de cette expérience négative au travail est la haute prévalence des problèmes de santé, à la fois physiques et mentaux, découlant du travail. Selon Shields et Wilkins (2006), plusieurs affections chroniques telles que les maux de dos, les troubles de sommeil, l'hypertension artérielle et les ulcères d'estomac ont une prévalence plus importante chez les infirmières que chez l'ensemble de la population active. La proportion d'infirmières souffrant de dépression est également plus élevée auprès de cette population que chez les autres travailleurs (Shields & Wilkins, 2006). En effet, près d'une infirmière sur dix a souffert de dépression au cours des 12 mois précédant l'enquête nécessitant même la prise d'antidépresseurs (Wilkins & al., 2007). Selon une enquête canadienne, cette proportion est plus importante pour les infirmières québécoises (Shields & Wilkins, 2006).

Plusieurs causes peuvent expliquer cette mauvaise expérience au travail des infirmières. La première d'entre elles est associée aux changements perpétuels dans le réseau de la santé et des services sociaux qui posent de nombreux défis aux organisations et qui affectent lourdement les conditions d'exercice des travailleurs. La modification dans le profil de la clientèle (vieillesse de la population) et la complexité des besoins de santé (multipathologies) font parties de ces enjeux (OIIQ, 2004). Le développement effréné des technologies et des

connaissances, la pression exercée pour réduire les durées de séjour et l'augmentation de la migration vers les services de proximité sont d'autres défis avec lesquels le réseau de la santé et des services sociaux doit composer (Ménard, 2011). Ces enjeux engendrent des conditions de travail de plus en plus exigeantes pour les infirmières et une intensification de leur travail. Une étude soulignait que plus de 50% des infirmières doivent souvent arriver tôt au travail ou quitter tard afin de terminer leurs tâches, alors que 62% déclaraient travailler pendant les pauses amenant ainsi les infirmières à effectuer des heures supplémentaires non payés (Wilkins & al., 2007). Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) (2011), ceci équivaut en moyenne à 4,4 heures par semaine en temps supplémentaire non rémunéré.

Les organisations doivent aussi resserrer leur gestion de l'effectif infirmier compte tenu l'augmentation exponentielle des dépenses publiques en matière de santé. Les infirmières doivent ainsi pratiquer dans un contexte de ressources limitées, souvent marqué par un manque de personnels. Les intervenants qui restent en poste doivent pallier à ce manque et assumer, dans certains cas, une charge de travail accrue, ce qui les expose à des conditions plus élevées de stress avec des risques d'exacerbation de problèmes d'épuisement et de roulement (Basu & Gupta, 2007). Selon la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2010), les heures supplémentaires ne sont plus une mesure d'exception, mais plutôt une stratégie pour combler les manques habituels de personnel. En 2014, ce sont 3 983 464 heures supplémentaires qui ont été comptabilisées pour les infirmières (FIQ, 2014). Ceci équivaut à 2 180 postes à temps complet (FIQ, 2014).

Plusieurs exigences physiques peuvent également influencer négativement l'expérience au travail des infirmières et représenter autant de risques pour leur santé. L'environnement physique du travail et le manque d'accès à divers dispositifs ou équipements ont d'ailleurs été liés aux blessures causées par des seringues et aux incidents musculo-squelettiques (Shields & Wilkins, 2006).

Une expérience au travail défavorable peut également découler de problèmes dans les relations sociales et professionnelles entretenues au travail, avec les gestionnaires et les collègues infirmières et médecins. Une expérience négative peut ainsi être engendrée par le manque d'écoute, de reconnaissance, de respect, de collaboration ou par l'ambiguïté des rôles et les tensions dans les équipes de travail (Buckland, Lawless & Bowmer, 2007; Shields & Wilkins, 2006). Cette expérience négative peut aussi être liée à des risques associés à des contextes de soins et à des clientèles spécifiques. En effet, l'exposition à des patients présentant des troubles graves du comportement rend les infirmières plus susceptibles d'expérimenter des épisodes de violence physique et psychologique au travail. D'ailleurs, 29% des infirmières interrogées dans une enquête canadienne ont déjà été agressées par un patient (Wilkins & al., 2007). Le contact répété avec des clients et des familles qui expérimentent des moments de grandes souffrances a aussi été associé à une détresse émotionnelle plus élevée auprès des infirmières (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

Une expérience au travail perçue négativement par les infirmières entraîne des répercussions néfastes tant pour les organisations de santé que pour les patients. D'un point de vue organisationnel, une expérience au travail vécue négativement par la main-d'œuvre

infirmière est associée à des taux plus élevés d'absentéisme (Davey, Cummings, Newburn-Cook & Lo, 2009; Shields & Wilkins, 2006). L'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier réalisée auprès d'infirmières canadiennes a ainsi révélé que 14% des infirmières interrogées se sont absentes plus de 20 jours durant l'année pour divers motifs (Shields & Wilkins, 2006). Au Québec, ce sont en moyenne 44 jours d'absence qui sont comptabilisés pour les infirmières interrogées (Wilkins & al., 2007). Cette expérience négative au travail a aussi pour conséquence d'entraîner une instabilité du personnel se traduisant par des taux élevés de roulement, des départs précipités à la retraite, des arrêts de travail prolongés et des changements de professions (Hayes & al., 2006; Wilkins & al., 2007). Ces problèmes susmentionnés imposent aux établissements un ensemble de coûts supplémentaires. Les déficits d'effectifs engendrent d'importants coûts qui sont associés au recours à la main-d'œuvre indépendante (agences), au temps supplémentaire volontaire et obligatoire (Greenslade & Paddock, 2007) ainsi qu'à la baisse de productivité et à l'utilisation non optimale des lits (Brunelle, 2009). Les absences liées aux maladies imposent un tribut tout aussi important en assurance salaire. Par ailleurs, aux taux de roulement de plus en plus élevés sont également associés des dépenses significatives et des investissements en temps qui doivent être consacrés au recrutement et à l'orientation de nouveaux personnels (Brunelle, 2009). Une revue des écrits relate que le remplacement d'une seule infirmière peut coûter entre 15 000\$ et 80 000\$ à son organisation (Hayes & al., 2006). Le roulement entraîne également une perte considérable de connaissances et d'expérience de travail pour l'organisation (Flinkman, Isopahkala-Bouret & Salanterä, 2013).

Pour les patients, une expérience au travail vécue négativement par les infirmières peut se traduire par des soins de moindre qualité et une augmentation de l'incidence d'évènements

indésirables dues aux conditions défavorables dans lesquelles ces professionnelles doivent dispenser leurs services (Basu & Gupta, 2007). Les erreurs de médicaments, la propagation d'infections nosocomiales et les blessures occasionnées lors de chutes sont diverses conséquences qui sont associées à une mauvaise expérience au travail des infirmières (Shields & Wilkins, 2006). Certaines situations, tel que le manque en effectif infirmier, ont été corrélées à une mortalité plus accrue et des durées de séjour plus importants pour les patients (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; Needleman, Buerhaus, Pankratz, Leibson, Stevens & Harris, 2011). Ceux-ci ont également tendance à être plus insatisfaits des soins qu'ils reçoivent (Shields & Wilkins, 2006).

Malgré l'importance que revêt l'expérience au travail des infirmières et ses possibles conséquences, elle demeure un concept encore ambigu donnant lieu à diverses interprétations et perspectives (Khani & al., 2008). En effet, même si une abondance d'écrits traite de l'expérience au travail des infirmières, ces études ne contribuent qu'à offrir une vision fragmentée et hétéroclite de ce concept, puisque ses multiples dimensions sont le plus souvent considérées de façon isolée plutôt que dans leur ensemble, ou encore parce que les orientations empruntées sont très différentes. Cependant, très peu d'études ont tenté d'intégrer toutes les dimensions de l'expérience au travail des infirmières pour en assurer sa juste compréhension. Elle demeure donc ambiguë et difficile à appréhender par les chercheurs eux-mêmes compte tenu sa pauvre conceptualisation. Les décideurs manquent ainsi d'indications sur les leviers à mobiliser pour améliorer l'expérience au travail des infirmières et ainsi engendrer des effets positifs sur la productivité et l'efficacité du système de santé. Identifier les profils d'expérience au travail des infirmières québécoises et mettre en œuvre les stratégies d'amélioration posent ainsi l'exigence

de s'appuyer sur une conceptualisation qui prend en compte la nature multi dimensionnelle du concept.

## **1.2 But de l'étude**

Le but de cette étude transversale descriptive était d'identifier les profils d'expérience au travail des infirmières œuvrant dans le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

### **2.1 Conceptualisations de l'expérience au travail**

S'il est vrai que la littérature a largement démontré que l'expérience au travail des infirmières peut avoir de multiples impacts sur la main d'œuvre infirmière et des organisations de la santé, il n'en reste pas moins vrai que l'utilisation de ce concept réfère souvent à diverses acceptions. Une vaste littérature porte attention à des aspects très différents de l'expérience au travail des infirmières, témoignant de la multi dimensionnalité de ce concept ainsi que des nombreux angles d'études et interprétations possibles. Cette recension des écrits a ainsi permis de répertorier trois principales interprétations de la nature de l'expérience au travail selon l'angle d'étude du concept employé.

#### **2.1.1 Expérience au travail en tant qu'interaction du travailleur avec un certain nombre de facteurs structurels du travail**

Dans cette première perspective, l'expérience au travail fait référence aux possibilités et contraintes que peuvent expérimenter le travailleur en raison de l'influence de divers facteurs structurels. Cette perspective structurelle de l'expérience au travail met donc l'accent sur la relation de l'infirmière avec son environnement de travail.

Des études ont démontré comment plusieurs facteurs structurels de l'environnement de travail contribuent à façonner l'expérience au travail des infirmières. Cette perspective s'inscrit

en continuité avec les travaux de Kanter (1977) qui font état de divers facteurs structurels qui affectent à la fois la façon dont les services sont dispensés et les travailleurs responsables de dispenser ces services. Selon Kanter (1977), l'*empowerment* structurel est la capacité de mobiliser les ressources et d'atteindre les buts fixés par l'accès à quatre facteurs clés soient l'accès à l'information, aux sources de soutien dans l'organisation, à différentes ressources de fonctionnement et aux possibilités de développement professionnel.

L'accès à l'information a été associé à la capacité des travailleurs d'être imprégnés des valeurs et objectifs de l'organisation et d'être tenus au courant des politiques et décisions organisationnelles (Yang, Liu, Chen & Pan, 2014). Cette information donne également accès aux travailleurs «à l'expertise et aux connaissances techniques qui sont nécessaires pour travailler efficacement au sein de l'organisation » (traduction libre) (Faulkner & Laschinger, 2008, p.265).

L'accès aux sources de soutien (gestionnaires, collègues) a été associé à la capacité des travailleurs de pouvoir miser sur un réseau de personnes pour s'acquitter efficacement de leurs tâches en recevant notamment de la rétroaction et des conseils (Laschinger, Nosko, Wilk & Finegan, 2014). Ce soutien mène également à une plus haute autonomie décisionnelle et à l'innovation (Goedhart & al., 2017) en plus d'encourager la collaboration et la collégialité des relations entre collègues (Laschinger, Gilbert, Smith & Leslie, 2010).

L'accès aux ressources de fonctionnement (économiques, technologiques et matérielles) et leur disponibilité en quantité suffisante ont été associés à la capacité des travailleurs à

mobiliser ces dernières afin de rencontrer leurs objectifs de travail (Faulkner & Laschinger, 2008). Cette disponibilité a également été identifiée comme une condition essentielle pour prévenir des déséquilibres entre les exigences et les ressources, ce qui peut être source d'épuisement professionnel et de divers troubles de santé physique (Schaufeli & Bakker, 2004). La dotation (ressources humaines) peut constituer un autre facteur structurel incontournable de l'environnement de travail, puisque la disponibilité et la composition du personnel infirmier ont été corrélées entre autres à la satisfaction au travail et à l'incidence de l'épuisement professionnel (Aiken & al., 2002).

L'accès aux possibilités de développement professionnel a été associé à la capacité des travailleurs d'augmenter leurs connaissances et de progresser (Goedhart & al., 2017). L'attribution de nouvelles responsabilités, la participation à diverses activités de formation continue, les programmes de mentorat et de préceptorat sont autant de possibilités qui permettent de renforcer le sentiment d'efficacité et l'autonomie des travailleurs dans l'exécution de leurs tâches (Faulkner & Laschinger, 2008).

Ces facteurs structurels font en sorte que les travailleurs détiennent un certain pouvoir sur leur travail. Ils influencent également l'attitude et le comportement de ces derniers en les rendant plus engagés et motivés (Laschinger & al., 2010). À l'inverse, lorsque les travailleurs n'ont pas accès à ces facteurs, ils sont placés dans une situation d'impuissance et expérimentent de la frustration et un désengagement face à leur travail (Kanter, 1977).

### **2.1.2 Expérience au travail en tant qu'interaction du travailleur avec un certain nombre de processus de travail**

Dans cette deuxième perspective, l'expérience au travail fait référence aux possibilités et contraintes qui peuvent être associées à divers processus de travail. L'accent est mis sur la relation de l'infirmière avec l'organisation de son travail.

L'organisation du travail réfère à un ensemble de processus qui permettent entre autres de concevoir, de diviser et de répartir les différentes tâches ainsi que de coordonner les activités des diverses cellules de travail (Simard, 2002). Ces processus sont associés à divers effets sur la main d'œuvre, en termes d'absentéisme, d'intention de quitter son emploi et de motivation au travail (Simard, 2002). La division du travail consiste à subdiviser des tâches complexes en plusieurs sous-tâches qui sont ensuite réparties entre les travailleurs en fonction de leurs rôles et de leurs compétences. Les modalités de division et de répartition du travail (tâches répétitives, divisées au minimum, mal réparties) peuvent miner la satisfaction au travail des salariés et affecter leur motivation (Simard, 2002).

L'organisation du travail définit également les conditions d'emploi dans lequel s'effectue le travail. Les effets de l'autonomie et du contrôle ont souvent été étudiés. Ils sont ainsi considérés comme des caractéristiques de milieux de travail sains qui favorisent la pratique professionnelle des infirmières (Aiken, Clark, Sloane, Lake & Cheney, 2008). L'autonomie est vu comme un attribut désirable et est grandement valorisé par les infirmières puisqu'elle permet de prendre des décisions de façon indépendante (Skar, 2009). L'autonomie augmente la

satisfaction et la rétention du personnel tout en diminuant l'incidence d'épuisement professionnel (Weston, 2010).

Les relations au travail, c'est-à-dire les relations sociales et professionnelles que les individus entretiennent avec leurs collègues et supérieurs, constituent un autre aspect essentiel de l'organisation du travail. Ces relations peuvent être soutenues par une communication efficace et des mécanismes de collaboration intra et inter disciplinaire, une connaissance claire des rôles de chacun, une responsabilité partagée entre les membres de l'équipe ainsi que par une capacité à gérer efficacement les conflits (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Ces relations peuvent être bénéfiques à la fois pour les patients (qualité des soins), les organisations (productivité, qualité des services, coûts) et les travailleurs. Des relations au travail de qualité sont plus susceptibles de générer un climat de travail sain, d'engendrer des sentiments d'engagement plus importants envers les employeurs et les collègues, d'augmenter la satisfaction au travail et de diminuer l'absentéisme (Ajeigbe, McNeese-Smith, Leach & Phillips, 2013). À l'inverse, des relations défavorables au travail ont été associées à de la détresse émotionnelle, de l'insatisfaction et un mal-être au travail (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2011).

### **2.1.3 Expérience au travail en tant que résultat expérimenté par les travailleurs**

Dans cette dernière perspective, l'expérience au travail est perçue comme un résultat c'est à dire les conséquences auxquelles peut être confronté le travailleur en raison d'un environnement de travail ou d'une organisation du travail défavorables. Ces résultats sont

souvent conceptualisés en termes de satisfaction, santé au travail, d'intention de quitter son emploi et d'engagement au travail.

Traditionnellement, la satisfaction au travail se concentrait sur l'ensemble des émotions que pouvaient ressentir l'individu à l'endroit de son travail (Lu, While & Barriball, 2004). Toutefois, « ce qui rend un emploi satisfaisant ou non satisfaisant ne dépend pas uniquement du travail lui-même, mais aussi des attentes que se fait l'individu à son égard » (traduction libre) (Lu & al., 2004, p.211). La satisfaction au travail peut donc être vue comme l'alignement entre les divers besoins du travailleur et la capacité du travail de les combler (Coomber & Barriball, 2007). Elle peut être considérée comme le sentiment global de l'individu à l'endroit de son travail ou comme un ensemble d'attitudes face à diverses facettes du travail (Lu & al., 2004). La satisfaction au travail peut résulter de deux types de déterminants : intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques relèvent davantage d'un processus individuel lié aux valeurs et motivations profondes de l'individu ainsi qu'à ses besoins d'autoréalisation (Lu & al., 2004). Cette satisfaction personnelle découle de ce que l'individu retire du travail lui-même, de l'expérience ressentie et des plaisirs subjectifs qui en résultent (Le Louarn, 2008). La fierté d'avoir accompli efficacement une tâche représente ainsi une récompense intrinsèque. Par opposition, les facteurs extrinsèques sont moins autodéterminés parce qu'ils dépendent de ce que l'individu retire de ces conditions d'emploi. Les déterminants extrinsèques, aussi appelés facteurs d'hygiène, sont davantage liés à des éléments objectifs et concrets du travail tels que les conditions physiques d'emploi, les avantages sociaux, l'accès aux promotions et le salaire (Lu & al., 2004; Yang & al., 2014). Selon leur théorie, Herzberg et Mausner (1959) postulent que la satisfaction et l'insatisfaction sont deux phénomènes distincts et parfois même sans lien.

Les déterminants intrinsèques sont ainsi davantage responsables de la satisfaction au travail, alors que les facteurs extrinsèques sont plutôt garants de l'insatisfaction au travail (Lu & al., 2004).

L'expérience au travail perçue en termes de santé fait référence à la fois à la santé physique et la santé psychologique des salariés. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001), la santé ne réside pas uniquement dans l'absence de maladie, elle correspond aussi à un état de bien-être physique et mental. Bien que la santé puisse être influencée par des facteurs socio-économiques, environnementaux ou par les comportements de l'individu, elle est aussi associée au travail et aux conditions dans lesquelles celui-ci s'effectue (OMS, 2001). Plusieurs données issues d'enquêtes suggèrent que les infirmières constituent l'un des groupes qui expérimentent le plus de problèmes de santé au travail et sont particulièrement exposées aux maladies, aux blessures et à la violence en milieu de travail (Hamilton, 2007; Wilkins & al., 2007). Plusieurs facteurs ou caractéristiques liées au travail peuvent ainsi engendrer le développement de troubles de santé physique tel que les troubles musculo-squelettiques qui touchent jusqu'à 25% des infirmières canadiennes (Wilkins et al., 2007). Les principaux facteurs en cause sont liés à l'environnement physique du travail et au manque de ressources. Quant aux problèmes de santé psychologique, le stress est très répandu au sein de la population d'infirmières (Revicki & May, 1989). Selon Jennings (2008), il existe une relation particulière entre le stress et l'environnement de travail de l'individu. Ainsi, lorsqu'une situation dépasse les ressources et les capacités perçues de l'individu, celui-ci expérimentera du stress. Il peut être perçu de façon négative ou positive en menant d'ailleurs au dépassement de soi. Néanmoins, le stress demeure une préoccupation significative pour les infirmières puisqu'il constitue un

important risque professionnel pouvant engendrer le développement de problèmes de santé (Jennings, 2008). D'ailleurs, le stress, lorsqu'il est vécu de façon répétitive et à long terme, peut mener à l'épuisement professionnel (Wilkins & al., 2007) qui correspond à un syndrome caractérisé par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel (Najimi, Moazemi Goudarzi & Sharifirad, 2012). L'épuisement professionnel peut se manifester par de la fatigue, de l'insomnie, de l'irritabilité et de l'instabilité émotionnel (Poncet & al., 2007).

Quant à l'intention de quitter son emploi, elle se définit par la probabilité de l'individu de quitter son travail dans un futur rapproché (McCarthy, Tyrell & Lehane, 2007). Le processus qui mène à la décision de rester ou de quitter se concrétise par le départ temporaire ou permanent de l'organisation ou de la profession. L'intention de quitter se distingue donc du roulement qui correspond plutôt à l'action de quitter son emploi. Elle peut être influencée par divers facteurs dont les caractéristiques individuelles (âge, éducation, responsabilités parentales) et le travail lui-même (conditions de travail, possibilités d'avancement professionnel, soutien) (Heinen & al., 2012). Même si plusieurs facteurs amènent le travailleur à considérer quitter son emploi, cette intention est plus fortement associée à la satisfaction au travail (Coomber & Barriball, 2007; McCarthy & al., 2007; Zeytinoglu, Denton, Davies, Baumann, Blythe & Boos, 2007). Ceci est en accord avec les travaux de Mobley (1977) et de Mobley, Griffeth, Hand et Meglino (1979) qui ont été les premiers à théoriser l'effet de la satisfaction sur l'intention de quitter son emploi. L'enchaînement entre les deux a bien été établi : l'insatisfaction au travail potentialise l'intention de quitter son emploi qui se concrétise au final par un départ. Toutefois, Brunelle (2009) souligne que dans certaines situations (milieux ruraux) les départs peuvent être difficiles

amenant ainsi les organisations à faire face à un présentéisme. Les travailleurs sont physiquement présents au travail, mais sont perturbés et moins investis. Ainsi, l'intention de quitter, même si elle est forte, ne mène pas systématiquement au départ. L'engagement au travail est également un prédicteur important de l'intention de quitter son emploi (Parry, 2008).

Compte tenu de sa relation négative avec l'intention de quitter son emploi, l'engagement au travail a fait l'objet de nombreuses études qui ont donné lieu à diverses définitions et conceptualisations. Porter, Steers et Mowday (1974) définissent l'engagement au travail comme le reflet du sentiment d'appartenance du travailleur à l'endroit de son organisation ainsi que de sa volonté de s'impliquer. Trois facteurs le caractérisent soient la forte croyance de l'individu des buts et des valeurs de l'organisation, la volonté de faire des efforts considérables pour l'organisation et le désir de maintenir son appartenance (Porter & al., 1974). Dans le modèle qu'il propose, Steers (1977) identifie trois antécédents à l'engagement : les caractéristiques individuelles (âge, éducation, besoin d'accomplissement), les caractéristiques du travail (clarté des rôles, interaction sociale, rétroaction) et les expériences de travail (fiabilité de l'organisation, reconnaissance, sentiment d'être important pour l'organisation). Quant à Meyer et Allen (1991), ils distinguent trois différentes formes d'engagement : l'engagement affectif (attachement émotionnel, identification à l'organisation), l'engagement de continuité (coûts perçus liés à la décision de quitter l'organisation) et l'engagement normatif (sentiment d'obligation et de loyauté). Pour Schaufeli, Bakker et Salanova (2006), l'engagement au travail correspond à un état d'accomplissement persistant, positif et émotionnel caractérisé par la vigueur au travail (haut niveau d'énergie et de résilience), le dévouement et l'absorption (haut niveau de concentration). Selon la revue de la littérature de Simpson (2009), les ressources du travail ont

été identifiées de façon répétée comme un prédicteur significatif de l'engagement au travail. En effet, ces ressources permettent d'engendrer un processus motivationnel par lequel sont satisfaits les besoins des travailleurs en termes d'autonomie, de soutien, de rétroaction, etc. (Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009).

Le tableau I présente une synthèse des trois perspectives employées pour conceptualiser l'expérience au travail des infirmières. La première perspective indique que l'expérience au travail englobe un ensemble de ressources structurelles qui circonscrivent l'environnement dans lequel le travailleur évolue. La deuxième perspective fait plutôt référence aux divers processus qui renvoient à la façon dont le travail est organisé. La troisième perspective interprète l'expérience au travail comme un ensemble d'états (physiques, psychologiques, affectifs) vécus par les travailleurs, comme résultats de leurs interactions avec leurs environnements et l'organisation de leur travail. Ces trois perspectives combinées indiquent donc que l'expérience au travail repose sur un ensemble d'interactions entre plusieurs dimensions. Elle représente un concept davantage subjectif puisque les mêmes éléments peuvent être perçus différemment. Ces dimensions sont liées à diverses formes de ressources présentes dans le travail et dont le niveau de disponibilité par rapport aux exigences influence les résultats expérimentés. La compréhension de ce concept implique donc que celui-ci soit étudié en intégrant toutes ces dimensions et en prenant en considération les relations qui les soutiennent.

Tableau I. Éléments clés de la conceptualisation de l'expérience au travail des infirmières

Perspectives	Interaction de l'infirmière avec divers facteurs structurels	Interaction de l'infirmière avec divers processus de travail	Résultats expérimentés par l'infirmière
Dimensions	Ressources structurelles de l'environnement de travail	Ressources liées aux processus de travail de l'organisation du travail	Résultats associés au travail
Variables d'intérêt	Accès à l'information, accès aux sources de soutien, accès aux ressources de fonctionnement, accès aux possibilités de développement professionnel, adéquation de la dotation	Division et distribution des tâches, autonomie décisionnelle, relations au travail	Satisfaction, santé, intention de quitter son emploi, engagement au travail

## 2.2 Études empiriques

De nombreux travaux se sont penchés de manière spécifique sur l'analyse de l'expérience au travail des infirmières. Les données issues de ces recherches sont ainsi regroupées en suivant les trois principales perspectives qui ont été présentées précédemment.

### 2.2.1 Études empiriques portant sur la perspective structurelle de l'expérience au travail des infirmières

Les travaux empiriques dans ce domaine ont mis l'accent sur trois principales dimensions : l'environnement professionnel de pratique, la dotation et l'environnement physique de travail.

L'environnement professionnel de pratique des infirmières revêt plusieurs dimensions perceptuelles notamment en lien avec un niveau suffisant de dotation et l'accès à diverses sources de soutien professionnel (Dubois, D'Amour, Brault, Dallaire, Déry, Duhoux, Lavoie-Tremblay, Mathieu, Karemere & Zufferey, 2015). Ces caractéristiques ont été le plus souvent observées dans les *Magnet Hospitals*, c'est-à-dire des établissements de santé reconnus aux États-Unis pour attirer les infirmières en créant un environnement professionnel de pratique qui reconnaît l'excellence des services infirmiers (American Association of Colleges of Nursing, 2002). Plusieurs recherches ont démontré que la mise en place de certaines conditions peut modifier l'attitude des infirmières vis-à-vis leur travail, les motiver, augmenter leur engagement organisationnel, leur satisfaction au travail et leur rétention (Laschinger & al., 2003; Kelly, McHugh & Aiken, 2011). D'autres études ont également montré une corrélation entre les caractéristiques des *Magnet Hospitals* et la santé physique et psychologique des infirmières, avec notamment une diminution de la prévalence des troubles musculo-squelettiques, de la dépression et de l'épuisement professionnel (Kelly & al., 2011).

La dotation en personnel infirmier consiste à « déterminer et déployer le personnel, dont le nombre et la composition sont acceptables, nécessaires pour répondre aux besoins en soins des patients dans un milieu de soins de santé en particulier [tout en parvenant à atteindre les objectifs organisationnels] » (Association des infirmières et infirmiers du Canada, (AIIC) 2012, p.1). Les recherches existantes n'ont pas permis de produire des données probantes quant au ratio de dotation. Alors que l'état de Californie aux États-Unis s'est muni d'une législation pour réguler les ratios infirmière-patients, les gestionnaires ont plutôt tendance à fixer les niveaux de dotation selon leur expérience et les contraintes économiques qu'ils doivent respecter (Hertel,

2011). Toutefois, lorsque de celle-ci est inadéquate (déséquilibre entre la quantité ou les profils du personnel infirmier disponible et les besoins des services), elle peut avoir des répercussions négatives tant sur les patients que sur les infirmières. Plusieurs études ont d'ailleurs établi une association entre une dotation inadéquate en personnel infirmier et des résultats négatifs incluant une augmentation de l'insatisfaction, des taux élevés d'épuisement professionnel (Aiken & al., 2002; Hegney, Eley, Plank, Buikstra & Parker, 2006; Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky & Mattke, 2006), une baisse de la motivation et de l'engagement, des taux élevés d'absentéisme et de roulement (Berry & Curry, 2012).

L'environnement physique du travail correspond à différentes propriétés qui touchent les conditions physiques de l'environnement de travail, l'aménagement de l'espace de travail ainsi que la disponibilité et l'organisation des équipements (Dubois & al., 2015). Certaines conditions physiques de l'environnement de travail des infirmières telles que le bruit, la qualité de l'air, la lumière, la température ambiante et l'exposition à certains produits ont été associées au stress, à la satisfaction au travail, aux comportements humains, à la fatigue et même aux accidents de travail (Applebaum, Fowler, Fiedler, Osinubi & Robson, 2010). Des postes de travail mal conçus ont été associés à une augmentation du stress du personnel, une diminution de leur concentration, une exacerbation de leur fatigue et une augmentation du risque d'erreurs (Dubois & al., 2015). Le manque d'ergonomie des milieux de travail a ainsi été identifié dans l'étude de Rogers, Buckheit et Ostendorf (2013) comme un important déterminant de blessures musculo-squelettiques auprès des infirmières. L'accès inadéquat au matériel et à l'équipement peut entraver la capacité des infirmières à accomplir leurs tâches, créer de l'insatisfaction et entraîner des problèmes de santé physique ou psychologique (Dubois & al., 2015). D'ailleurs

plusieurs infirmières ont indiqué qu'elles n'avaient pas toujours accès aux lève-personnes pour mobiliser les patients de lourde charge ou que ceux-ci étaient défectueux (Rogers & al., 2013).

### **2.2.2 Études empiriques portant sur la perspective des processus de travail de l'expérience au travail des infirmières**

Les travaux empiriques dans ce domaine ont mis l'accent sur la division et la distribution des tâches, les conditions d'emploi et les relations entretenues au travail.

En ce qui concerne la division et distribution des tâches, plusieurs situations ont été identifiées comme autant de sources de stress et d'insatisfaction pour les infirmières. L'une de ces sources est l'ambiguïté des rôles. Celle-ci survient lorsqu'il y a un manque de clarté et de distinction entre les différents rôles. Cette méconnaissance de son propre rôle à jouer et de celui de ses collègues peut provoquer chez les infirmières de l'insatisfaction relativement au travail des infirmières auxiliaires ou des autres membres du personnel de soutien (Dionne & Rhéaume, 2008). Le conflit de rôles est aussi un problème fréquent qui survient par exemple quand les infirmières sont amenées à remplir des tâches qui sont sans rapport avec leur champ de pratique telles que « les tâches ménagères et secrétaires » (Dionne & Rhéaume, 2008, p.202). L'étude de Brooks, Storfiell, Omoike, Oblson, Stemler, Shaver et Brown (2007) réalisée auprès d'infirmières américaines a montré que « celles-ci passent beaucoup plus de temps sur des tâches non-infirmières plutôt que sur des responsabilités professionnelles telles que l'enseignement aux patients et la planification des soins » (traduction libre) (p. 155). Ceci mène à de l'insatisfaction et de la frustration chez une majorité d'infirmières (Brooks & al., 2007; Dionne & Rhéaume, 2008).

En rapport avec les conditions d'emploi, différentes études ont été centrées sur la charge de travail, les horaires de travail et l'autonomie décisionnelle. Les travaux de restructuration ont souvent mené à une augmentation de la charge de travail des infirmières (faisant fréquemment référence au ratio infirmière-patients), sans toutefois qu'il y ait suffisamment de ressources de soutien (Burke, 2003). Une charge de travail accrue est associée à l'anxiété, l'épuisement professionnel, la dépression, l'insatisfaction des infirmières et la frustration à l'endroit des directions (Vagharseyyedin, Vanaki & Mohammadi, 2010). Ces états psychologiques sont liés à un absentéisme plus important et à l'intention de quitter son emploi (Burke, 2003). Même si les quarts de travail de soir et de nuit peuvent pour certaines infirmières être attirants d'un point de vue économiques (primes), l'affectation de manière prolongée à ces quarts de travail est associée au développement de troubles de santé physique et psychologique (dérèglements hormonaux et métaboliques, maladies cardiovasculaires, troubles de sommeil, stress, dépression) (Berger & Hobbs, 2006; McVicar, 2003). Plusieurs des infirmières exerçant sur ces quarts de travail entrevoient d'ailleurs leur état de santé de passable à mauvais (Shields & Wilkins, 2006). Ces quarts de travail sont également liés à l'isolement social et à la difficulté de concilier le travail et la vie personnelle (Brooks & al., 2007; Berger & Hobbs, 2006). Ces horaires se traduisent également par des taux d'absentéisme plus élevés (Greenslade & Paddock, 2007). D'autres travaux ont montré que l'autonomie décisionnelle est fortement valorisée par les infirmières et est un important déterminant de leur satisfaction au travail et de leur rétention dans une organisation (Bucknall & Thomas, 1997; Mrayyan, 2004). Toutefois, l'autonomie décisionnelle signifie également d'être imputable et de rendre compte de ses décisions. En ce sens, cette même autonomie peut donc devenir une source de stress pour certaines infirmières (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 1996).

En ce qui concerne les relations avec les supérieurs, les études ont démontré que le style de leadership peut avoir un impact sur la satisfaction, la rétention et l'engagement des infirmières. La présence de gestionnaires démontrant un style de leadership transformationnel caractérisé, entre autres, par la valorisation des relations humaines, le soutien, le respect et la cohésion de groupe, a été inversement associée à l'épuisement professionnel des infirmières (Gillet, Fouquereau, Bonnaud-Antignac, Mokoukolo & Colombat, 2012; McVicar, 2003). À l'inverse, un style de gestion autoritaire et peu participatif a été associé à l'insatisfaction et un plus grand stress au travail de la part des infirmières (Vagharseyyedin & al., 2010). D'autres études ont porté attention aux relations des infirmières avec leurs collègues médecins. Elles tendent à montrer que les relations axées sur la collégialité avec les médecins (respect et collaboration) sont un important déterminant de la satisfaction au travail des infirmières, de leur rétention au sein de l'organisation et diminuent les risques de stress (Adams & Bond, 2000; Rosenstein, 2002). Une revue des écrits relate également que les conflits entre les médecins et les infirmières constituent une importante cause de l'absentéisme chez ces dernières (McVicar, 2003). Quant aux relations avec les collègues infirmières, elles ont été examinées dans les écrits selon la collégialité. L'esprit de cohésion au sein du groupe d'infirmières, un climat de travail harmonieux, l'esprit d'équipe, le soutien social par les pairs sont autant de facteurs que les infirmières considèrent comme des éléments positifs de leur travail et qui contribuent à augmenter leur satisfaction, réduire le stress et les risques d'épuisement professionnel (Adams & Bond, 2000; Peterson, Bergström, Samuelsson, Asberg & Nygren, 2008). À l'opposé, l'intimidation, l'ostracisme et le rejet social sont des situations directement associées à l'intention de quitter son emploi, à la dépression et au stress (Quine, 2001).

### **2.2.3 Études empiriques portant sur la perspective des résultats de l'expérience au travail des infirmières**

Les travaux empiriques dans ce domaine ont mis l'accent sur les résultats que peuvent expérimenter les infirmières en raison de l'environnement ou de l'organisation du travail qui peuvent être parfois favorables et d'autres fois défavorables. Ces résultats étudiés sont : la satisfaction, la santé au travail (stress et épuisement professionnel), l'intention de quitter son emploi et l'engagement au travail.

La satisfaction au travail est associée à une multitude de facteurs structurels, organisationnels, professionnels, économiques, etc. Selon l'étude menée par Nolan, Nolan et Grant (1995), la perception d'offrir des soins de qualité aux patients est un facteur dominant associé à la satisfaction au travail des infirmières. Quant à la recherche de Price (2002), la satisfaction au travail des infirmières est en grande partie liée aux relations avec les collègues. Selon l'étude d'Aiken et al. (2001) réalisée auprès d'infirmières européennes et nord-américaines, la dotation et la gestion de la main d'œuvre sont identifiées comme une source d'insatisfaction auprès de ces infirmières qui « rapportent qu'il n'y a pas suffisamment d'infirmières autorisées pour assurer des soins de haute qualité et de personnel pour accomplir le travail » (traduction libre) (Aiken & al., 2001, p. 47). Le style de gestion génère lui aussi de l'insatisfaction lorsqu'il y a un manque de reconnaissance, de support, d'accessibilité, de communication et de flexibilité de la part des supérieurs (Newman, Maylor & Chansarkar, 2002).

Le stress au travail, qui se définit par la réponse de l'individu face à l'écart perçu entre ses demandes et ses capacités, peut s'exprimer psychologiquement (appréhension, pessimisme) et physiologiquement (troubles de la digestion, perte de poids, etc.) (McVicar, 2003). Même si le stress peut dépendre des caractéristiques individuelles et des capacités d'adaptation de la personne, plusieurs éléments de l'environnement et de l'organisation du travail ont été identifiés comme source de stress auprès des infirmières : surcharge de travail, sous-dotation, manque de soutien des supérieurs et collègues (Jennings, 2008; McVicar, 2003; Najimi & al., 2012; Roberts, Grubb & Grosch, 2012). Toutefois, puisque le travail n'est pas indépendant de la vie personnelle, ceux-ci peuvent entrer en conflit. La combinaison des responsabilités professionnelles et personnelles peut donc également engendrer du stress auprès des infirmières (Jennings, 2008). Lorsque l'exposition à ce stress devient chronique, il peut évoluer vers l'épuisement professionnel (Jennings, 2008; McGrath, 2003; McVicar, 2003) parce que l'infirmière n'est plus capable de s'adapter au stress qu'elle vit ou parce que toutes ses ressources sont épuisées (Poncet & al., 2007). La charge de travail excessive à laquelle peut être exposée l'infirmière a ainsi été largement associée au développement de l'épuisement professionnel (Jennings, 2008). Bien que cette charge de travail soit souvent calculée en termes de volume, elle relève aussi de plusieurs aspects du travail qui ne peuvent être quantifiés tel que le soutien émotionnel aux patients (Freeney & Tiernan, 2009). D'ailleurs, les résultats de l'étude de Rushton, Batcheller, Schroeder et Donohue (2015) indiquaient que les infirmières travaillant en soins critiques expérimentaient davantage d'épuisement professionnel puisqu'elles étaient soumises à une réalité de travail hautement exigeante physiquement, psychologiquement et émotionnellement. L'épuisement professionnel est à son tour associé à une diminution du bien-

être auprès des infirmières, une augmentation de l'absentéisme et du roulement (Poncet & al., 2007).

Quant à l'intention de quitter son emploi, elle peut être associée aux caractéristiques individuelles. Les études démontrent que les jeunes infirmières sont plus sujettes à considérer quitter leurs organisations ou la profession. Ces dernières vivent une période de transition hautement stressante entre le milieu académique et le milieu professionnel (Rhéaume, Clément & LeBel, 2011). Plusieurs facteurs les amènent à plus fortement penser quitter leurs emplois comparativement aux infirmières plus expérimentées tels que la charge de travail élevée, le manque de soutien et l'insécurité liée aux nouvelles tâches et aux responsabilités (Rhéaume & al., 2011). Comme les jeunes infirmières, celles détenant un plus haut niveau d'étude sont également plus susceptibles de désirer quitter leurs emplois, car elles demeurent à la recherche de défis et de possibilités de développement professionnel (Chan, Tam, Lung, Wong & Chau, 2013; McCarthy & al., 2007). Quant aux résultats de l'étude de McCarthy et al. (2007), les responsabilités parentales sont significativement associées à l'intention des infirmières de quitter leurs emplois. Plusieurs autres recherches ont quant à elles démontré la contribution de la satisfaction sur l'intention de quitter son emploi (Coomber & Barriball, 2007; Hayes & al., 2006). La revue de la littérature de Coomber et Barriball (2006) a ainsi indiqué que les raisons amenant les infirmières à souhaiter quitter leur emploi étaient liées à des problématiques affectant leur satisfaction. Les résultats de l'étude de Heinen et al. (2013) vont dans le même sens en indiquant que la satisfaction des infirmières est inversement associée à leur intention de quitter leur emploi.

L'engagement au travail, soit un fort sentiment d'accomplissement, est le résultat de l'accès des infirmières à différentes ressources de leur travail tels que les possibilités d'avancement professionnel et le soutien des supérieurs (Boamah & Laschinger, 2015). Ces éléments font écho aux facteurs de l'*empowerment* structurel de Kanter. L'étude de Boamah et Laschinger (2015) a d'ailleurs démontré l'association existante entre l'*empowerment* structurel et l'engagement au travail. L'accès à l'information, au soutien, aux ressources et aux possibilités s'avère donc être un déterminant important au développement de l'engagement au travail. Ce dernier peut cependant être influencé par d'autres facteurs dont la charge de travail, l'autonomie décisionnelle et la reconnaissance des efforts déployés (Freeney & Tiernan, 2009; Greco, Laschinger & Wong, 2006; Simpson, 2009). Selon plusieurs chercheurs, l'engagement au travail est l'opposé de l'épuisement professionnel qui est davantage associé à de la frustration (Boamah & Laschinger, 2015; Freeney & Tiernan, 2009).

## **2.3 Modèles d'analyse de l'expérience au travail des infirmières**

Plusieurs modèles ont été proposés pour analyser l'expérience au travail des infirmières. Ces modèles sont issus de divers domaines d'étude tels que l'administration, la psychologie et les sciences infirmières. Nous verrons que ces modèles recourent à divers degrés les trois perspectives précédemment décrites.

### **2.3.1 Modèle de l'*empowerment* au travail**

Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk (2001) ont repris les travaux de Kanter sur l'*empowerment* structurel pour proposer un modèle adapté au contexte des soins infirmiers. La

dimension centrale exploitée dans ce modèle est l'*empowerment* structurel et les variables qui sont considérées reprennent les quatre facteurs clés de Kanter. Suivant le modèle de Laschinger et al. (2001), l'*empowerment* structurel généré par l'accès des infirmières à ces facteurs engendre chez ces dernières une réponse psychologique positive. Le modèle de Laschinger et al. (2001) soutient que ces facteurs structurels de l'environnement de travail sont indirectement associés à la satisfaction et au stress des infirmières.

### **2.3.2 Le modèle socio-technique**

Trist (1981) propose un modèle visant à organiser le travail de façon à augmenter l'engagement des travailleurs pour optimiser la performance organisationnelle. Il souligne le besoin d'intégrer le système social (relations humaines) au système technique (procédures, outils, organisation technique du travail). L'organisation du travail doit donc à la fois soutenir les motivations intrinsèques et combler les besoins extrinsèques des travailleurs (Trist, 1981). Les variables d'intérêt pour ce modèle concernent les douze propriétés du travail (Tableau II). Celles-ci correspondent à divers processus de travail mis de l'avant pour stimuler l'engagement des travailleurs.

Tableau II. Propriétés du travail de Trist (1981)

Motivations intrinsèques	Besoins extrinsèques
Variété et défi	Salaire juste et équitable
Apprentissage continu	Assurance de l'emploi
Marge discrétionnaire, autonomie	Avantages convenables
Reconnaissance, support	Sécurité
Contribution sociale qui fait du sens	Santé
Futur désirable	Justice et équité des procédures

### 2.3.3 Le modèle des caractéristiques de l'emploi.

Le modèle d'Hackman et Oldham (1980) vise également l'organisation du travail. Selon ce dernier, « les emplois doivent posséder certaines caractéristiques qui soient de nature à créer les conditions suscitant une plus grande motivation, une plus grande satisfaction et par là, un rendement plus élevé » (Barnabé, 1994, p.314). Les variables considérées dans ce modèle sont : la variété des compétences utilisées, l'identité de la tâche, la signification du travail, l'autonomie et la rétroaction (Hackman & Oldham, 1980). Lorsque la conception des emplois et plus largement l'organisation du travail incluent ces caractéristiques, les travailleurs expérimentent divers états psychologiques qui sont associés à plusieurs résultats en termes de motivation, satisfaction et efficacité au travail (Barnabé, 1994).

### 2.3.4 Le modèle holistique du stress

Nelson et Simmons (2003) ont proposé un modèle d'organisation du travail qui met l'accent sur la souffrance et le stress au travail. Selon Nelson et Simmons (2003), il existe dans le travail cinq facteurs (exigences du rôle, exigences des relations, exigences physiques, politiques organisationnelles, conditions de travail) susceptibles de générer du stress. Ces

facteurs peuvent entraîner un stress positif (eustress) ou un stress négatif (détresse). Le travailleur peut ainsi expérimenter du plaisir ou une détresse psychologique menant à plusieurs sentiments négatifs dont la frustration, l'épuisement et le sentiment d'aliénation (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [IRSST], 2008). Ces états peuvent être modérées par les caractéristiques individuelles du travailleur notamment le sentiment d'efficacité personnelle. Des effets sur la santé, la performance et la vie privée résultent finalement de ces états.

### **2.3.5 Le modèle demandes-contrôle**

Karasek (1979) met également l'accent sur le stress dans son modèle en démontrant comment le travailleur et son environnement interagissent ensemble pour générer ce résultat. Il repose donc sur l'équilibre entre les demandes imposées au travailleur et son niveau de contrôle sur la situation. Ainsi, même si le travail peut paraître exigeant, il peut demeurer stimulant pour le travailleur si celui détient un haut niveau de contrôle. Le travailleur peut donc expérimenter un niveau plutôt bas de stress (faibles demandes et contrôle élevé), un travail stimulant où les demandes élevées et le haut niveau de contrôle motivent l'apprentissage de nouvelles connaissances, un travail passif dans lequel les faibles demandes et le peu de contrôle entraînent chez l'individu de l'insatisfaction et de l'ennui, puis finalement un stress élevé (importantes demandes et faible contrôle) où le travailleur devient particulièrement à risque de développer des problèmes de santé physique et mentale.

### 2.3.6 Le modèle des *Magnet Hospitals*

Ce modèle est basé sur des programmes mis en place dans des organisations de santé aux États-Unis pour faire face à la pénurie d'infirmières. Leur magnétisme résulte de plusieurs interventions qui favorisent le *leadership* infirmier et la pratique professionnelle. Les dimensions considérées dans ce modèle sont : le leadership du gestionnaire, la disponibilité en quantité suffisante de ressources (notamment celles de nature humaine), l'implication des infirmières dans les processus décisionnels, l'accès au développement professionnel (service de mentorat, formation en cours d'emploi, séances de co-développement), la collaboration avec les collègues médecins (Laschinger, Almost & Tuer-Hodes, 2003).

Ces différents modèles ont permis d'identifier une variété de combinaisons des dimensions et variables d'intérêt associées à l'expérience au travail des infirmières. Cependant, nous pouvons relever comment chaque modèle porte l'accent sur des perspectives différentes de l'expérience au travail des infirmières. De plus, ce qui est défini comme ressources ou processus varie d'une étude à l'autre. Certaines variables sont ainsi présentées en termes de structure dans un modèle puis en termes de processus dans un autre. Par exemple, le modèle de l'*empowerment* au travail considère l'accès au soutien comme une ressource structurelle du travail alors que le modèle socio-technique considère ce même soutien comme un processus de travail. Les dimensions et les variables considérées varient aussi d'un modèle à un autre donnant lieu à une vision très hétéroclite du concept d'expérience au travail.

## 2.4 Cadre de référence

Au final, cette étude s'est appuyée sur le modèle *Job Demands-Resources* de Bakker et Demerouti (2007) puisqu'il permet d'intégrer toutes les dimensions de l'expérience au travail des infirmières qui ont été identifiées plus tôt contrairement aux précédents modèles qui sont incomplets.

Depuis que l'épuisement professionnel est devenu une préoccupation importante dans la plupart des pays occidentaux, plusieurs efforts ont été déployés par la communauté scientifique pour étudier et comprendre ce phénomène. Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001) ont été les premiers à proposer un modèle théorique pour mieux comprendre ce phénomène. Bien qu'encore en développement, ce modèle est largement utilisé et peut être adapté à divers contextes d'emploi.

Selon le modèle *Job Demands-Resources*, chaque groupe d'occupation est soumis à des facteurs susceptibles de générer de l'épuisement et ceux-ci sont liés aux exigences du travail et aux ressources auxquelles les individus ont accès (Bakker & Demerouti, 2007). Les exigences du travail peuvent être de différentes natures (physiques, psychologiques) et nécessitent au travailleur un effort continu associé à une certaine dépense ou à un certain coût (Bakker & Demerouti, 2017). Quant aux ressources présentes dans le travail, leur niveau de disponibilité permet de réduire les exigences induites par le travail, stimuler le développement de l'individu et faciliter l'atteinte des objectifs (Bakker & Demerouti, 2017). Les ressources du travail sont également de différentes natures : autonomie, soutien, reconnaissance, relations de qualité avec

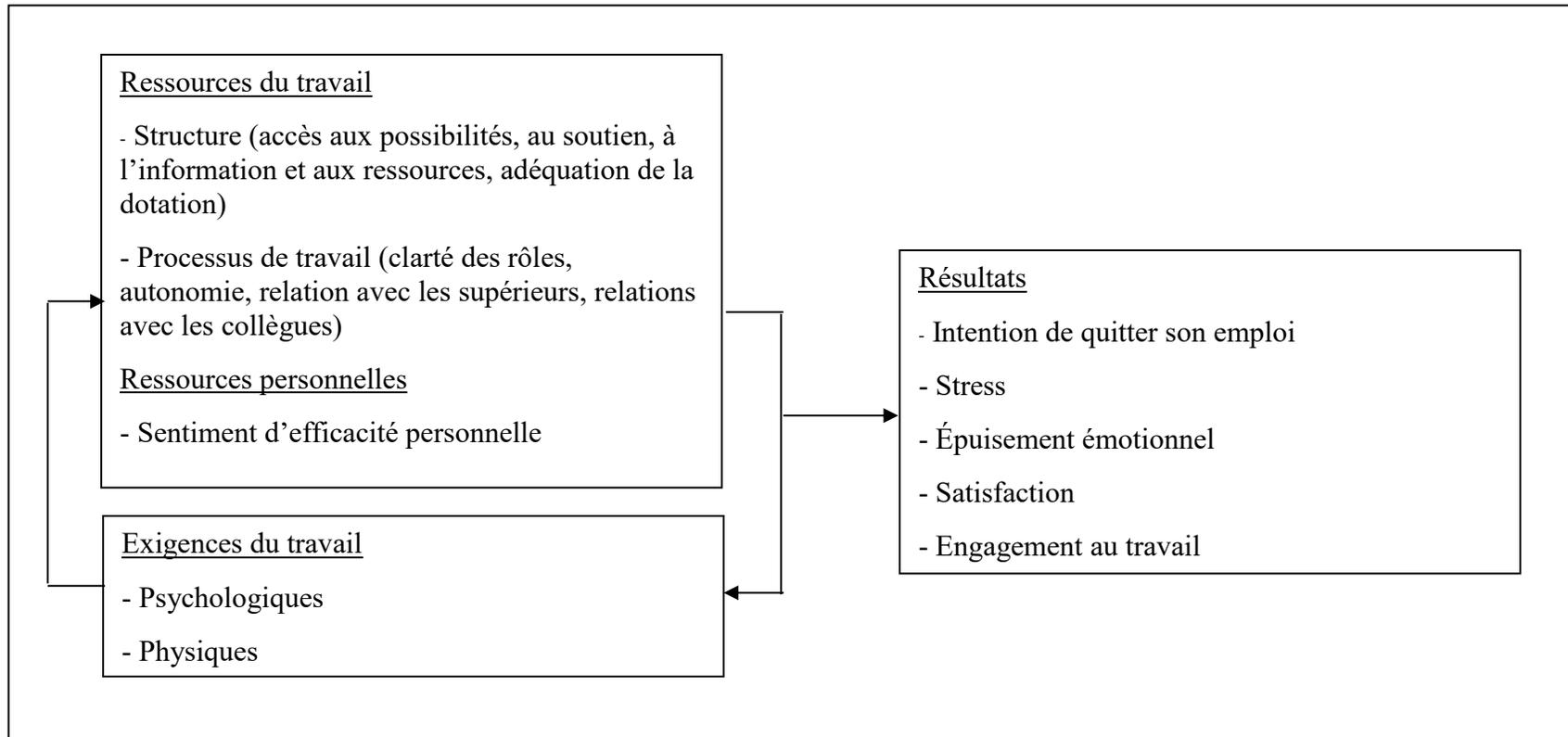
les supérieurs, etc. (Bakker & Demerouti, 2017). Ce modèle peut donc s'inscrire plus largement dans la Théorie de la préservation des ressources de Hobfoll (1989), car il soutient que pour faire face aux exigences de son environnement, chaque individu cherchera à obtenir et à préserver des ressources. Les infirmières doivent ainsi mobiliser et préserver un ensemble de ressources qui leur permettront de réduire les exigences du travail. Suivant les principes du modèle *Job Demands-Resources*, lorsque les ressources présentes dans le travail dépassent les exigences, les infirmières peuvent se sentir plus motivées et expérimenter un sentiment plus important d'engagement au travail (Bakker, Demerouti, Hakanen & Xanthopoulou, 2007). À l'inverse, lorsque les ressources sont insuffisantes pour faire face aux demandes trop importantes du travail, les infirmières peuvent souffrir d'épuisement, développer des problèmes de santé et être davantage insatisfaites (Bakker & Demerouti, 2007).

Ce modèle soutient également que les ressources personnelles ont un rôle semblable aux ressources du travail puisqu'elles permettent de diminuer l'impact indésirable des exigences en plus d'avoir un effet direct sur l'engagement au travail (Bakker & Demerouti, 2017). Le sentiment d'efficacité personnelle compte parmi ces ressources personnelles. Selon la théorie socio-cognitive, il profère aux individus la conviction de détenir un contrôle sur diverses situations ou exigences de leur environnement en mettant en place des actions qui favorisent leur adaptation pour assurer la poursuite de leurs buts (Romppel, Herrmann-Lingen, Wachter, Edelmann, Dungen, Pieske & Grande, 2013).

Suivant la recension des écrits, l'expérience au travail des infirmières (Figure 3) englobe quatre dimensions. La première dimension fait référence aux ressources auxquelles ont accès

les infirmières dans leur travail. Ces ressources peuvent être de nature structurelle ou être liées aux processus de travail. L'accès à des ressources du travail permet aux infirmières d'activer leurs ressources personnelles qui correspondent à la deuxième dimension de l'expérience au travail. Les exigences auxquelles doivent répondre les infirmières dans leur travail renvoient à la troisième dimension. Le niveau d'équilibre entre l'accès aux ressources et les exigences influence la quatrième dimension de l'expérience au travail des infirmières qui fait référence aux résultats associés au travail.

Figure 1. Cadre conceptuel de l'expérience au travail des infirmières adapté du modèle *Job Demands-Resources* de Bakker et Demerouti (2007)



## **Chapitre 3 : Méthodologie**

### **3.1 Devis de recherche**

Cette étude quantitative s'est appuyée sur un devis non expérimental transversal afin de dresser le portrait de l'expérience au travail des infirmières québécoises. Puisque l'objet de l'étude était de décrire l'expérience au travail des infirmières, un devis non expérimental transversal s'est avéré approprié puisqu'il a permis de « dresser un portrait précis des caractéristiques [...] de la situation ciblée » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.194).

### **3.2 Population et milieu à l'étude**

La population cible de cette étude était l'ensemble des infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ pour l'année 2016-2017. Selon le dernier rapport statistique sur l'effectif infirmier, 69 776 infirmières exerçaient activement la profession au Québec (OIIQ, 2016). La présente étude a couvert l'ensemble des régions du Québec.

Pour constituer l'échantillon d'infirmières, les participantes potentielles devaient être inscrites pour l'année 2016-2017 au tableau de l'OIIQ et exercer principalement dans une fonction clinique à titre d'infirmière ou d'infirmière clinicienne. Les critères d'exclusion suivant ont guidé l'échantillonnage :

- Exercer principalement dans une fonction clinique à titre d'assistante infirmière chef, de conseillère cadre, de conseillère en soins infirmiers, d'infirmière pivot ou de liaison, d'infirmière praticienne spécialisée, d'infirmière clinicienne spécialisée, d'infirmière première assistante en chirurgie, d'infirmière en psychothérapie;
- Exercer principalement dans une fonction d'enseignement, de gestion ou de recherche;
- Exercer dans un établissement à rémunération privée ou associatif de santé (cliniques de soins infirmiers, cliniques médicales, compagnies pharmaceutiques, pharmacies et résidences privées pour personnes âgées et autres clientèles, organismes communautaires, communautés religieuses);
- Exercer dans un établissement spécial (centres de détention et établissements correctionnels, Institut national de santé publique, Santé Canada, organismes municipaux);
- Être étudiante en soins infirmiers, externe ou candidate à la profession infirmière (CEPI).

Le choix d'exclure ces infirmières s'est justifié par les nombreux milieux de pratique ainsi que les établissements qui n'offrent pas de soins directs à la clientèle, entraînant systématiquement des profils d'expérience au travail que les chercheurs ne souhaitaient pas inclure.

### **3.3 Échantillonnage**

La stratégie d'échantillonnage aléatoire stratifié a été utilisée. L'échantillonnage a tenu compte de la proportion d'infirmières dans les quatre principaux domaines de pratique en soins

infirmiers définis par l'OIIQ soient les soins de première ligne (26,7%), les soins critiques (21,2%), les soins en santé mentale (11,3%) et les soins en santé physique (40,7%).

La taille de l'échantillon requise a été estimée à un minimum de 500 infirmières. Cette taille était justifiée par les analyses statistiques effectuées. Étant donné les faibles taux de participation dans les enquêtes réalisées auprès d'infirmières québécoises, il est recommandé de sélectionner un échantillon plus grand que la taille requise. Des études antérieures menées par l'OIIQ a indiqué que les taux de participation étaient généralement de 10%. La taille finale de l'échantillon s'est donc élevée à 5161 infirmières afin d'obtenir un minimum de 500 réponses au total et un nombre suffisant de réponses à l'intérieur de chaque strate. Afin d'obtenir le nombre minimum de questionnaire complétés requis pour les analyses statistiques, la strate des infirmières exerçant en santé mentale a été sur-échantillonnée. Cette stratégie d'échantillonnage répond aux prérequis des analyses factorielles. En effet, ces dernières requièrent un minimum d'individus quatre fois plus grand que le nombre de variables utilisées pour construire la classification (Bourque, Poulin & Cleaver, 2006).

L'échantillon a été constitué par une personne de l'OIIQ. Cette dernière, à partir des bases de données de l'OIIQ, a sélectionné les participants en suivant les critères d'inclusion et d'exclusion qui lui ont été transmis. Les adresses électroniques des infirmières sélectionnées ont par la suite été transmises à l'étudiante chercheuse.

### **3.4 Méthode de collecte des données**

Les infirmières sélectionnées suite au processus d'échantillonnage ont reçu un courriel les invitant à participer à l'étude ainsi que le lien menant au questionnaire. Les coordonnées de la personne ressource de l'équipe de recherche ont été diffusées pour permettre aux infirmières de communiquer avec elle pour toutes questions ou préoccupations concernant l'étude. Les infirmières intéressées à participer à l'étude étaient finalement dirigées vers le questionnaire (Annexe 1) *LimeSurvey* disponible en français uniquement. Le temps moyen pour compléter le questionnaire était d'une vingtaine de minutes. Les répondantes pouvaient en tout temps quitter temporairement le questionnaire et y revenir si elles le souhaitaient. Deux rappels ont été effectués à 7 jours d'intervalle. La collecte des données s'est déroulée durant le mois d'avril 2017.

### **3.5 Instruments de collecte des données**

Les variables suivantes ont été mesurées à l'aide des instruments de collecte des données énumérés ci-bas.

#### **3.5.1 Facteurs de l'*empowerment* structurel**

L'*empowerment* structurel a été mesuré à l'aide du *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II* (CWEQ-II) (Laschinger & al., 2001). Le CWEQ-II comporte quatre sous-échelles qui permettent de mesurer les dimensions de l'*empowerment* structurel soient l'accès perçu aux possibilités de développement et d'avancement professionnel, à l'information, au

soutien et aux ressources. Chacune de ces sous-échelles est constituée de 3 items notés sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 = jamais à 5 = beaucoup.

### **3.5.2 Adéquation de la dotation**

L'adéquation de la dotation a été mesurée à l'aide de la sous-échelle *Staffing and Resource Adequacy* du *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (Lake, 2002). Le PES-NWI reprend les caractéristiques des *Magnet Hospitals* (Lake, 2002). La sous-échelle utilisée est constituée de 4 items notés sur une échelle de Likert à 4 points allant de 1 = très en désaccord à 4 = très en accord.

### **3.5.3 Clarté des rôles**

La clarté des rôles a été mesurée à l'aide de la sous-échelle *Role Ambiguity* du *Role Conflict and Ambiguity Scale* (Rizzo, House & Lirtzman, 1970). Cette sous-échelle est constituée de 6 items notés sur une échelle de Likert à 7 points allant de 1 = très en désaccord à 7 = très en accord.

### **3.5.4 Autonomie**

L'autonomie a été mesurée à l'aide du *Job Diagnostic Survey* (JDS) (Hackman & Oldham, 1975). Le JDS comporte 4 parties qui permettent de « mesurer les caractéristiques objectives d'un emploi, les réactions personnelles des employés face à leur emploi et leur niveau de disposition à répondre positivement à une tâche enrichie » (Barnabé, 1994, p.311). Les 3 items se rapportant à l'autonomie ont été utilisés. Ils sont notés sur une échelle de Likert à 7

points et un score élevé indique que le travail offre une indépendance et une capacité d'autogestion élevées (Hackman & Oldham, 1975).

### **3.5.5 Relations avec le supérieur**

Les relations avec le supérieur ont été mesurées à l'aide de la sous-échelle du soutien des supérieurs de l'enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) (Vézina & al., 2011). Cette sous-échelle est constituée de 5 items notés sur une échelle de Likert à 4 point allant de 1 = fortement en désaccord à 4 = fortement d'accord.

### **3.5.6 Relations avec les collègues**

Les relations avec les collègues ont été mesurées à l'aide de la sous-échelle du soutien des collègues de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011). Cette sous-échelle est constituée de 5 items notés sur une échelle de Likert à 4 points allant de 1 = fortement en désaccord à 4 = fortement d'accord.

### **3.5.7 Sentiment d'efficacité personnelle**

Le sentiment d'efficacité personnelle a été mesuré à l'aide du *General Self-Efficacy Scale* (GSE) (Jerusalem & Schwarzer, 1995). Le GSE est constitué de 10 items notés sur une échelle de Likert à 4 points allant de 1 = fortement en désaccord et 4 = fortement d'accord.

### **3.5.8 Exigences physiques du travail**

Les exigences physiques du travail ont été mesurées à l'aide de la sous-échelle de l'indice général du cumul de contraintes physiques du travail de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011). Cet outil permet de mesurer la quantité de contraintes de nature physique susceptibles d'engendrer des troubles musculo-squelettiques. Cette sous-échelle est constituée de 9 items. Les 8 premiers items sont notés sur une échelle de Likert à 4 points allant de 0 = jamais à 3 = toujours. Pour le 9<sup>e</sup> item, une valeur de 1 point est attribuée si le répondant est debout au moins les trois quarts du temps et qu'il n'a aucune possibilité de s'asseoir.

### **3.5.9 Exigences psychologiques du travail**

Les exigences psychologiques du travail ont été mesurées à l'aide de la sous-échelle des demandes psychologiques de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011). Cette sous-échelle est constituée de 9 items notés sur une échelle de Likert à 4 points allant de 0 = fortement en désaccord à 3 = fortement d'accord.

### **3.5.10 Intention de quitter son emploi**

L'intention de quitter son emploi a été mesurée à l'aide d'items basés sur la théorie de Mobley, Horner et Hollingsworth (1978). Cet instrument est constitué de 3 items notés sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 = très faible/très en désaccord à 5 = très élevée/très en accord.

### **3.5.11 Stress**

Le stress a été mesuré à l'aide du *Perceived Stress Scale* (PSS) (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). La version du PSS à 14 items a été utilisée. Le PSS permet d'évaluer les

situations qui sont perçues comme menaçantes, imprévisibles, incontrôlables et pénibles par les individus. Les items sont notés sur une échelle Likert à 5 points allant de 0 = jamais à 4 = très souvent.

### **3.5.12 Épuisement émotionnel**

L'épuisement émotionnel a été mesurée à l'aide de la sous-échelle *Emotional Exhaustion* du *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981). Cette sous-échelle est constituée de 9 items notés sur une échelle de Likert à 7 points allant de 0 = jamais à 6 = chaque jour.

### **3.5.13 Satisfaction au travail**

La satisfaction au travail a été mesurée à l'aide de la version française et modifiée du *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-V3)* (Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin, 2012). Le COPSOQ-V3 comporte 24 sous-échelles rassemblant les divers facteurs de risque psychosociaux de l'environnement au travail. La sous-échelle de la satisfaction au travail a été utilisée. Elle est constituée d'un item noté sur une échelle de Likert à 4 points allant de 1 = très insatisfait à 4 = très satisfait.

### **3.5.14 Engagement au travail**

L'engagement au travail a été mesurée à l'aide du *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma & Bakker, 2002). Le UWES comporte 3 sous-échelles qui permettent de mesurer les dimensions de l'engagement au travail soient la vigueur, le dévouement et l'absorption. Cet instrument est constitué de 9 items notés sur une échelle de Likert à 7 points allant de 0 = jamais à 6 = toujours.

### **3.5.15 Données sociodémographiques**

Les données concernant le groupe d'âge, le nombre d'année(s) d'exercice à titre d'infirmière, le plus haut niveau d'étude, le domaine de pratique, le quart de travail affecté et la région du Québec dans laquelle la pratique infirmière est exercée ont été collectées.

Tous les instruments utilisés étaient des outils validés et présentaient de bonnes qualités psychométriques. La consistance interne de chacun est indiquée au tableau III et les coefficients alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) varient de 0.66 à 0.92. Tous les instruments se présentaient sous la forme d'une échelle de Likert et ont tous été traduits et validés en français dans des études précédentes.

Tableau III. Variables mesurées et instruments de mesure

Dimensions	Variables mesurées	Instruments de mesure	Question(s)	$\alpha$	# d'items
Ressources liées aux aspects structurels du travail	Accès aux possibilités, à l'information, au soutien et aux ressources	<i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II</i> (Laschinger & al., 2001) Version française (O'Brien-Pallas, Murphy, Laschinger, White, Wang & McCullochm, 2004)	B1, B2, B3, B4	0.85	12
	Adéquation de la dotation	Sous-échelle <i>Staffing and Resource Adequacy</i> du <i>Pratice Environment Scale of the Nursing Work Index</i> (Lake, 2002) Version française (McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante & Bambonye, 2004)	B5	0.80	4
Ressources liées aux processus de travail	Clarté des rôles	Sous-échelle <i>Role Ambiguity</i> du <i>Role Conflict and Ambiguity Scale</i> (Rizzo & al., 1970) Version française (Lachance, Tétreau & Pépin, 1997)	C1	0.82	6
	Autonomie	Items concernant l'autonomie du <i>Job Diagnostic Survey</i> (Hackman & Oldham, 1975) Version française (Rancourt, 1983)	C2, C3	0.86	3
	Relations perçues avec le supérieur	Sous-échelle du soutien des supérieurs de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011)	C4	0.83	5
	Relations perçues avec les collègues	Sous-échelle du soutien des collègues de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011)	C5	0.66	5
Ressources personnelles	Sentiment d'efficacité personnelle	<i>General Self-Efficacy Scale</i> (Jerusalem & Schwarzer, 1995) Version française (Dumont, Schwarzer & Jerusalem, 2000)	F1	0.87	10
Demandes liées au travail	Perception des demandes physiques du travail	Indice général du cumul de contraintes physiques du travail de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011)	D1, D2, D3	0.82	9
	Perception des demandes psychologiques du travail	Sous-échelle des demandes psychologiques de l'EQCOTESST (Vézina & al., 2011)	D4	0.72	9
Résultats de travail	Intention de quitter son emploi	Items basés sur la théorie de Mobley et al. (1978)	E1, E2	0.90	3
	Stress	<i>Perceived Stress Scale</i> (Cohen & al., 1983) Version française (Lesage, Berjot & Deschamps, 2012)	E3	0.85	14
	Épuisement émotionnel	Sous-échelle <i>Emotional Exhaustion</i> du <i>Maslach Burnout Inventory</i> (Maslach & Jackson, 1981) Version française (Dion & Tessier, 1994)	E4	0.90	9
	Satisfaction	Sous-échelle de la satisfaction du COPSOC-V3 (Dupret & al., 2012)	E5	0.75	1
	Engagement au travail	<i>Utrecht Work Engagement Scale</i> (Schaufeli & al., 2002) Version française (Zecca, Györkös, Becker, Massoudi, de Bruin & Rossier, 2015)	E6	0.92	9

### **3.6 Analyse des données**

Avant de procéder à l'analyse des données, un travail préalable a été réalisé pour construire la base de données. La validation des données a ainsi permis de retirer les refus de participer et les questionnaires non complets. Durant ce travail de validation, aucune donnée incohérente n'a été identifiée. Les données sociodémographiques collectées ont été utilisées pour procéder à l'analyse descriptive des réponses des participantes.

Les variables ont été catégorisées en tenant compte à la fois des seuils proposés par les auteurs des instruments et de l'observation des distributions des scores (Annexe 2). Les variables ont ainsi été catégorisées de façon à obtenir trois modalités (faible, moyen ou élevé) à l'exception de la satisfaction (faible ou élevé). Ces modalités ont été utilisées pour procéder à l'analyse descriptive des variables mesurées.

Pour répondre à notre question de recherche et obtenir les différents profils d'expérience au travail d'infirmières, une analyse des corrélations entre les variables a préalablement été réalisée (Annexe 3). L'analyse des données s'est ensuite déroulée en deux étapes. La première a employé l'analyse des correspondances multiples (ACM) pour identifier la structure de données et retenir les axes factoriels les plus significatifs selon l'histogramme des valeurs propres et l'histogramme des valeurs propres avec correction de Benzécri. L'ACM est particulièrement appropriée puisqu'elle permet d'identifier les liaisons non-linéaires entre les variables qui caractérisent un ensemble d'individus (Coheris-SPAD, 2016). Dans un deuxième

temps, la classification ascendante hiérarchique (CAH) a été utilisée pour construire l'arborescence des classifications pour laquelle l'inertie intra classe est minimale et l'inertie inter classe est maximale de façon à optimiser l'homogénéité des classes (Coheris-SPAD, 2016). Pour sélectionner la classification finale, l'arborescence ainsi que les quotients d'inertie (inertie inter-classe/inertie totale) ont été observés. Ce quotient d'inertie (Q. inertie) augmente en fonction du nombre de classes pour tendre vers 1. Le coefficient de contingence de Cramer (CCC) a été utilisé pour mesurer la force d'association entre les variables et les profils d'expérience au travail des infirmières (Liebetrau, 1983). Un CCC < 0.3 indique une force d'association faible à modérée (De Vaus, 2002). Lorsque le CCC varie entre 0.3 et 0.49, la force d'association est modérée à substantielle alors qu'un CCC  $\geq$  0.50 indique une force d'association très forte (De Vaus, 2002). Les logiciels *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-23) et *Système Pour l'Analyse des Données* (Coheris, France) (SPAD-8) ont été utilisés lors de l'analyse des données.

### **3.7 Considérations éthiques**

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (Annexe 2). Les principales considérations éthiques pour cette étude ont été liées à l'obtention d'un consentement libre, éclairé et continu ainsi qu'au respect de la confidentialité des données. Afin de prendre en compte ces considérations, le formulaire d'information et de consentement a été intégré au questionnaire (Annexe 3). Tous les renseignements nécessaires, incluant l'objet de la recherche, le déroulement du projet, les inconvénients et avantages, la

confidentialité ainsi que la participation volontaire ont été exposés afin d'assurer que le consentement ait été obtenu de façon éclairée. Aucune pression n'a été exercée auprès des infirmières afin de respecter le concept de consentement libre. Pour accéder au questionnaire, les infirmières devaient d'abord accepter de participer à l'étude. Si elles le souhaitaient, ces infirmières pouvaient quitter à tout moment l'étude lors de la collecte des données. Celles qui refusaient de participer étaient directement dirigées vers la dernière page du questionnaire mettant fin à la collecte de données.

Pour respecter la confidentialité des données des participantes, la collecte s'est déroulée de façon non-identificatoire. Les données ont été enregistrées puis gardées en sécurité sur une base de données qui n'était accessible que par l'équipe de recherche. Elles seront conservées durant une période de sept ans, puis détruites.

# Chapitre 4 : Résultats

Original Paper

## **Cross-sectional study on workplace experience: a survey of nurses in Quebec, Canada**

GAGNÉ, Marie-Annick; DUBOIS, Carl-Ardy & BORGÈS DA SILVA, Roxane

**Marie-Annick Gagné, B.Sc.Nurs.**

Master's candidate in nursing administration  
Faculty of Nursing, Université de Montréal

**Carl-Ardy Dubois, Ph.D.**

Director, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal  
Researcher, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

**Roxane Borgès Da Silva, Ph.D.**

Professor, Faculty of Nursing, Université de Montréal  
Researcher, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

## **Abstract**

**Aim:** The aim of this study was to identify profiles of nurses' workplace experience in the Canadian province of Quebec.

**Background:** Nurses play a significant role in the healthcare system. Their workplace experience can have an impact on nurses themselves, as well as on patients and organizations, particularly in terms of quality of care and performance. Despite the importance of this experience, it remains an ambiguous concept with varying interpretations. Current studies do not fully appreciate the complexity of this concept, since its multiple dimensions are often considered in isolation. Drawing up a portrait of nurses' workplace experience by integrating its multiple dimensions can provide decision-makers with better indications on the levers to be mobilized to generate positive results for nurses, patients, and organizations.

**Design:** Cross-sectional descriptive.

**Methods:** 891 nurses participated in this study by completing a self-administered questionnaire. Data collection took place during April 2017. Four dimensions of nurses' workplace experience

were measured: the resources available to nurses in their work (work structure and processes), personal resources, demands (psychological and physical) placed on them, and the outcomes associated with their work. Descriptive and factorial analyses were used.

**Results:** Three profiles of nurses' workplace experience emerged from the factorial analyses: nurses in distress (low access to work resources, high psychological demands, negative outcomes), nurses in moderately favourable situations (moderate access to work resources, moderate psychological demands, positive outcomes), and nurses in favourable situations (high access to work resources, moderate psychological demands, positive outcomes).

**Conclusion:** The study identified profiles of nurses' workplace experience that were distinguished according to nurses' level of access to workplace resources, work demands, and outcomes. Healthcare managers could use the results of this study to improve the quality of nurses' workplace experience by increasing nurses' access to structural work resources and decreasing psychological demands.

**Keywords:** nursing administration, nurses, workplace experience

## Impact Statement

Why is this research needed?

- Nurses' workplace experience is a concept that remains difficult for managers and researchers alike to grasp.
- Existing studies on workplace experience do not provide a clear understanding of this concept because they do not consider its multidimensional nature.
- Managers in the healthcare field lack guidance on the levers to use to improve nurses' work experience.

What are the key findings?

- Nurses' workplace experience is a concept that covers four key dimensions: the resources accessible to nurses in their work (work structure and processes), their personal resources, the demands (psychological and physical) place on them, and resulting outcomes.
- Three profiles of work experience emerged: nurses in distress, nurses in moderately favourable situations, and nurses in favourable situations.
- The majority of Quebec nurses find themselves in a moderately favourable situation.

How should the findings be used to influence policy/practice/research/education?

- Concurrent interventions on the various dimensions identified would be required to improve the quality of nurses' experience of work.
- Healthcare managers should improve nurses' access to structural work resources and mitigate psychological demands.

## Introduction

In healthcare systems, nurses play an essential role, not only because they are the largest part of workforce, but also because they perform a range of critical functions at all levels of the continuum of care and services. Beyond the issue of availability of nursing staff, which is often the focus of attention, their workplace experience can have an impact on both the nursing workforce and the quality of care provided by nurses (Brooks & Anderson, 2004; Khani, Jaafarpour, & Dyrekvandmogadam, 2008; Hsu & Kernohan, 2006).

However, several data points suggest a number of concerns related to nurses' work experience. Workplace dissatisfaction and health problems are among the symptoms indicative of a workplace experience that is perceived negatively by nurses (Shields & Wilkins, 2006; Wilkins, McLeod & Shields, 2007). Several surveys show that nurses represent a group of workers who are particularly vulnerable to illness, injury and violence in the workplace (Hamilton, 2007; Wilkins et al., 2007). For health organizations, the indicators of this adverse work experience for nurses are higher rates of absenteeism (Davey, Cummings, Newburn-Cook, & Lo, 2009; Shields & Wilkins, 2006; Wilkins et al., 2007) and high turnover of nurses (Hayes et al., 2006; Wilkins et al., 2007). These problems impose on these organizations a range of additional costs associated with the use of external labour, overtime (Greenslade & Paddock, 2007), as well as time spent recruiting and training new staff (Hayes et al., 2006). Adverse workplace experience has also been associated with poorer quality care and increased incidence of adverse events among patients (Basu & Gupta, 2007; Shields & Wilkins, 2006).

Despite the importance of nurses' experience of work and its many implications, it remains a complex and ambiguous concept that is open to various interpretations. The current literature, while abundant, only provides a fragmented and heterogeneous view of this concept, since its multiple dimensions are more often considered in isolation rather than as a whole, or because the directions taken are often different from one study to another. As a result, managers lack clear guidelines on the levers to be mobilized to improve nurses' work experience and thus generate positive effects on patients and organizations in terms of quality of care and performance. Drawing up a complete portrait of the workplace experience of Quebec nurses and implementing improvement strategies therefore requires a conceptualization that takes into account the multi-dimensional nature of the concept.

## **Background**

The literature provides three different perspectives that are often used in the study of nurses' work experience. The first is a structural perspective of work experience that emphasizes the nurse's relationship with her or his work environment. This perspective is in line with Kanter's work on structural empowerment. According to Kanter's (1977) theory, empowerment is the process by which an organization's performance is optimized because the worker is better equipped, informed, and supported. According to Laschinger, Finegan, Shamian, and Wilk (2001), these empowerment factors include nurses' access to information, a variety of sources of support, operating resources, and professional development opportunities. They offer nurses the ability to mobilize different resources present in their work to facilitate its achievement (Laschinger, Sabiston, & Kutzcher, 1997; Yang, Liu, Chen, & Pan, 2014). The resulting structural empowerment generates a psychological response that leads nurses to be more

motivated and feel more competent and in control (Cicolini, Comparcini, & Simonetti, 2014; Goedhart, Van Oostveen, & Vermeulen, 2017). The Laschinger et al. (2001) model has also demonstrated that there is a strong association between empowerment, stress, and satisfaction. This structural perspective thus emphasizes structural resources as an important dimension of nurses' work experience and links structural resources to outcomes. Thus, this perspective on its own does not consider the dimension of work processes, although the results may also be attributable to these processes. Therefore, it does not provide a complete understanding of nurses' work experience.

The second perspective refers to work processes and emphasizes nurses' relationship with the organization of their work. These work processes are of various kinds. Echoing Trist's sociotechnical model (1981), they encompass both the technical system (procedures, tools, technical organization of work) and the social system (human relations). The work processes put forward in this model are autonomy and the need for recognition and support. According to Trist (1981), they contribute to increased work engagement. Similarly, the Hackman and Oldham (1975) model of job characteristics focuses on the variety of skills used, task identity, meaning of work, autonomy, and feedback as work processes. When work organization includes these processes, workers experience different psychological states associated with different outcomes in terms of satisfaction and motivation. Edgar (1999) adjusted this model for use in nursing. The job characteristics model modified by Edgar (1999) demonstrated that autonomy and communication with co-workers were associated with nurse satisfaction and motivation. From this perspective of nurses' workplace experience, various work process elements such as autonomy in decision-making, clear division of roles, as well as support and feedback are

associated with several outcomes, including job satisfaction and engagement. However, this perspective pays less attention to the structural resources described above.

The third perspective of nurses' workplace experience refers to outcomes – the consequences that nurses may face as a result of unfavourable work environments or organization. These outcomes are conceptualized as health, satisfaction, engagement and intention to quit. Nurses' workplace experience in terms of health is often related to stress and emotional exhaustion, or burnout. Stress is defined as individuals' response to the perceived gap between the demands placed upon them and their capacities (McVicar, 2013). When stress exposure becomes chronic, it can lead to burnout (Jennings, 2008). Although these results can be modulated by personal characteristics, they are mainly influenced by the extent to which workers have access to structural work resources and work processes. Studies have identified several elements of the environment and work organization that are likely to lead to stress and burnout among nurses, such as under-staffing and lack of support from superiors and colleagues (Jennings, 2008; McVicar, 2003; Najimi, Moazemi, Gouzardi, & Sharifirad, 2012; Roberts, Grubb, & Grosch, 2012). Workplace experience is also conceptualized in terms of satisfaction, i.e. the alignment between the needs of the individual and the capacity of the work to meet them (Coomber & Barriball, 2007). Although this satisfaction may be intrinsic and thus self-reported, it also depends on the work environment and its organization. Thus, several researchers surveying nurses have identified elements of work that lead to dissatisfaction: under-staffing (Aiken et al., 2001), lack of recognition, support, accessibility, communication and flexibility on the part of superiors (Newman, Maylor, & Chansarkar, 2002), poor quality of relations with colleagues (Price, 2002). Engagement refers to individuals' personal involvement in the

organization. Work engagement results from nurses' access to different resources in their work, such as career advancement opportunities and support from superiors (Boamah & Laschinger, 2015), thus echoing the factors of Kanter's structural empowerment model. However, nurses' engagement with work can also be influenced by work processes such as decision-making autonomy and recognition of efforts (Freeney & Tiernan, 2009; Greco, Laschinger, & Wong, 2006; Simpson, 2009). Finally, the intention to quit is often related to job satisfaction (Bobbio & Manganelli, 2015; Coomber & Barriball, 2007; Hayes et al., 2006). However, this outcome also depends on nurses' access to the structural resources of work and work processes. Access to professional development opportunities and the quality of relationships with superiors also affects nurses' intention to leave their jobs (Coomber & Barriball, 2007). This last perspective highlights the key outcomes used to study nurses' work experience such as stress, emotional exhaustion, satisfaction, engagement, and intention to quit. However, interpreting the outcomes alone is not sufficient to fully understand nurses' workplace experience, as these outcomes may be influenced by both work structure and processes. All dimensions must be integrated into the study of this concept to obtain an accurate reading.

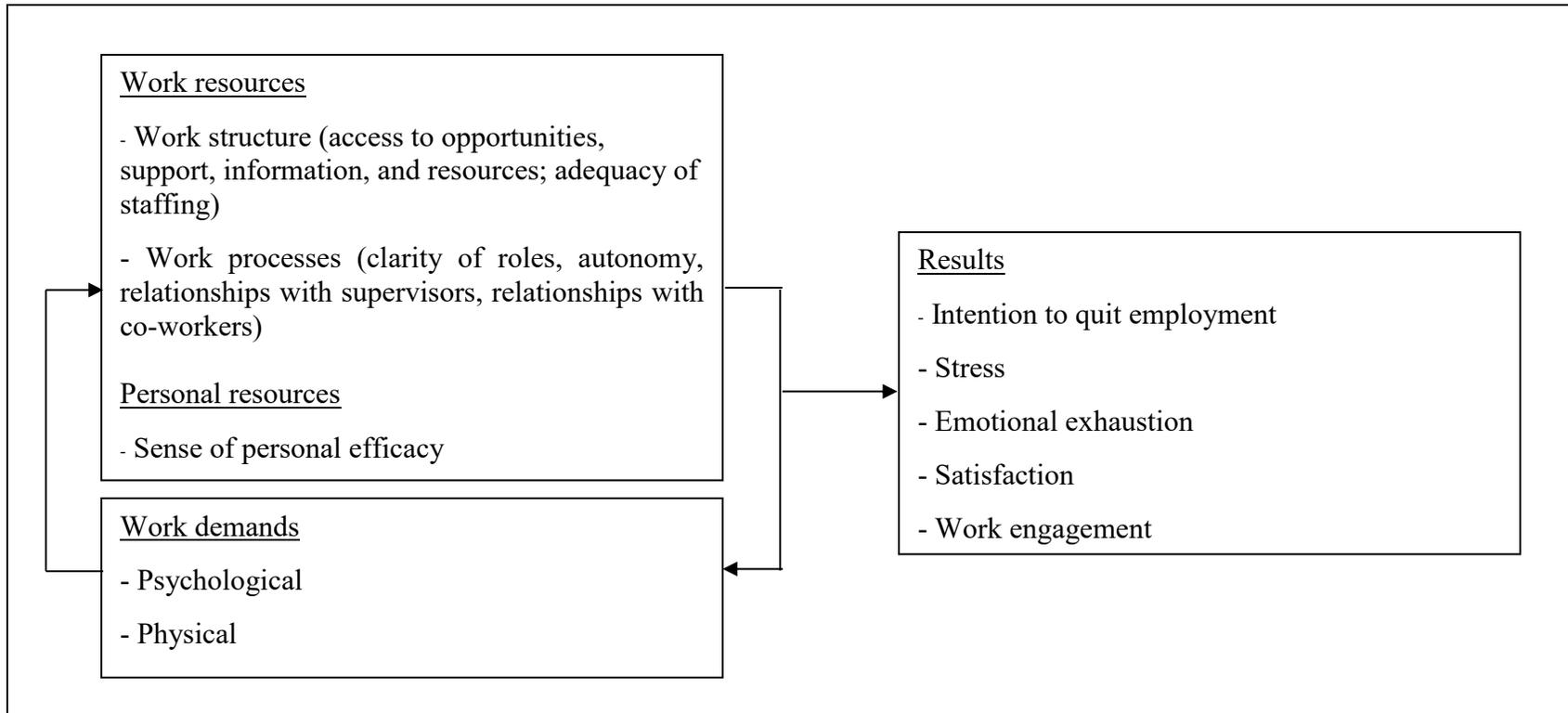
## **Reference framework**

This study is based on Bakker and Demerouti's (2007) Job Demands-Resources model, since it integrates all the dimensions of experience into nurses' work. This model assumes that each occupation has characteristics that may cause strain that can be classified into two broad categories: work demands and work resources (Bakker & Demerouti, 2007). The demands correspond to the physical and psychosocial aspects of work that require effort and therefore expenditure (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001), while resources are associated

with the elements of work that enable individuals to accomplish their tasks, reduce the demands placed on them, and stimulate their development (Demerouti et al., 2001). Personal resources have the same effect than the work resources since they reduce the negative impact of demands. The sense of self-efficacy is thus identified in the literature as a personal resource. For individuals, it represents the conviction that they have control over various situations or requirements of their environment by implementing actions that help them adapt (Romppel et al., 2013). Ultimately, when resources in the workplace exceed demands, workers may feel more motivated and experience a greater sense of engagement in the workplace (Bakker, Demerouti, Hakanen, & Xanthopoulou, 2007). Conversely, when resources are insufficient to cope with the excessive demands of work, workers may suffer from burnout, develop health problems, and be more dissatisfied (Bakker & Demerouti, 2007).

According to this model, nurses' workplace experience (Figure 1) encompasses four dimensions. The first dimension refers to the resources available to nurses in their work. These resources can be structural in nature or linked to work processes. Extending these resources, the second dimension of nurses' work experience is personal resources. The third dimension corresponds to the work demands placed on nurses. The level of balance between access to resources and demands influences the fourth dimension of nurses' workplace experience, which refers to the outcomes associated with the work.

Figure 1. Conceptual model of nurses' workplace experience adapted from Bakker and Demerouti's (2007) Job Demands-Resources model



## **The study**

### **Aim**

The purpose of this study was to identify profiles of nurses' workplace experience in Quebec, a province of Canada.

### **Design**

This cross-sectional quantitative study was based on a descriptive non-experimental design.

### **Sample**

The sample consisted of nurses registered for the year 2016-2017 on the roll of the *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* (OIIQ – the professional order governing nursing practice in Quebec). Nurses practicing primarily in teaching, management, or research roles and nursing students were excluded from the study. A stratified random sampling strategy was used. The sample took into account the proportion of nurses in the four main nursing practice areas of the Quebec Health and Social Services network: primary care (26.7%), critical care (21.2%), mental healthcare (11.3%), and physical healthcare (40.7%). Similar OIIQ studies had indicated that participation rates were generally 10%. The study was therefore sent to 5,161 nurses to obtain a minimum n of 500 participants.

## **Data collection**

The data were collected using a self-administered French questionnaire sent electronically to the selected nurses. Data collection took place during the month of April 2017.

The variables measured and the instruments used are presented in Table 1.

Table 1. Measured variables and instruments

<b>Dimensions</b>	<b>Measured variable</b>	<b>Instruments</b>	<b><math>\alpha^*</math></b>
<b>Structural resources of work</b>	Access to opportunities, information, support, and resources	<i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II</i> (Laschinger et al., 2001)	0.85
	Adequacy of staffing	<i>Staffing and Resource Adequacy</i> subscale of the <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i> (Lake, 2002)	0.80
<b>Resources related to work processes</b>	Clarity of roles	<i>Role Ambiguity</i> subscale of the <i>Role Conflict and Ambiguity Scale</i> (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970)	0.82
	Autonomy	Items concerning autonomy in the <i>Job Diagnostic Survey (JDS)</i> (Hackman & Oldham, 1975)	0.86
	Relationship with supervisor	Supervisor support subscale of the EQCOTESST survey (Vézina et al., 2011)	0.83
	Relationship with co-workers	Co-worker support subscale of the EQCOTESST survey (Vézina et al., 2011)	0.66
<b>Personal resources</b>	Sense of personal efficacy	<i>General Self-Efficacy Scale</i> (Jerusalem & Schwarzer, 1995)	0.87
<b>Work demands</b>	Physical demands of work	General index of cumulative physical constraints of work in the EQCOTESST survey (Vézina et al., 2011)	0.82
	Psychological demands of work	Psychological demands subscale of the EQCOTESST survey (Vézina et al., 2011)	0.72
<b>Outcomes</b>	Intention to quit employment	Items based on the theory of Mobley, Horner, and Hollingsworth (1978)	0.90
	Stress	<i>Perceived Stress Scale</i> (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)	0.85
	Emotional exhaustion	<i>Emotional Exhaustion</i> subscale of the <i>Maslach Burnout Inventory</i> (Maslach & Jackson, 1981)	0.90
	Work satisfaction	Satisfaction subscale of the COPSOC-V3 (Dupret, Bocéréan, Teherani, & Feltrin, 2012)	0.75
	Work engagement	<i>Utrecht Work Engagement Scale</i> (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, & Bakker, 2002)	0.92

\* $\alpha$  = Cronbach's alpha coefficients

## **Validity, reliability, and rigour**

The instruments used in this study are all of acceptable validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients ( $\alpha$ ) ranged from 0.66 to 0.92. The tools were previously validated in French in previous studies.

## **Data analysis**

Following observation of distributions and the cut-offs proposed by authors of the instruments, the variables were transformed to produce three ordinal categories (low, medium, high), with the exception of the satisfaction variable (low, high). The data analysis method used to obtain the different profiles of nurses' workplace experience consisted of two steps. The first used Multiple Matching Analysis (MMA) to identify the most significant data structures (factorial axes). In a second step, ascending hierarchical classification (AHC) was used to construct the classification tree structure (Greenacre & Blasius, 1994). To select the final classification, the tree structure and inertia quotients (interclass/total inertia) were observed. This inertia quotient ( $Q. inertia$ ) increases as a function of the number of classes, tending toward 1. Cramer's contingency coefficient (CCC) was used to measure the strength of association between variables and nurses' work experience profiles (Liebetrau, 1983). A  $CCC < 0.3$  indicates a low to moderate associative strength (De Vaus, 2002). With a CCC between 0.3 and 0.49, the association strength is moderate to substantial, while a  $CAC \geq 0.50$  indicates a very strong association strength (De Vaus, 2002). SPSS-23 (Statistical Package for the Social Sciences) and SPAD-8 (Système Pour l'Analyse des Données, Coheris, France) were used for data analysis.

## **Ethical considerations**

This study was approved by the University of Montreal's health research ethics committee. In order to access the questionnaire, the selected nurses had to read the information and consent form and then agree to participate in the study. Nurses' participation was anonymous to protect the confidentiality of data.

## **Results**

### **Description of the participants**

Of a total of 5,161 nurses selected, 891 participated in the study, for a participation rate of 17.3%. Age group categories are generally well represented (18–25 years = 13.9%; 26–35 years = 31.2%; 36–45 years = 26.0%; 46–55 years = 19.9%), with the exception of those aged 56 and over (56–65 years = 8.4%; 66 years and over = 0.6%). The majority of participants had a university undergraduate degree (bachelor's degree = 63.0%) and worked the day shift (59.8%).

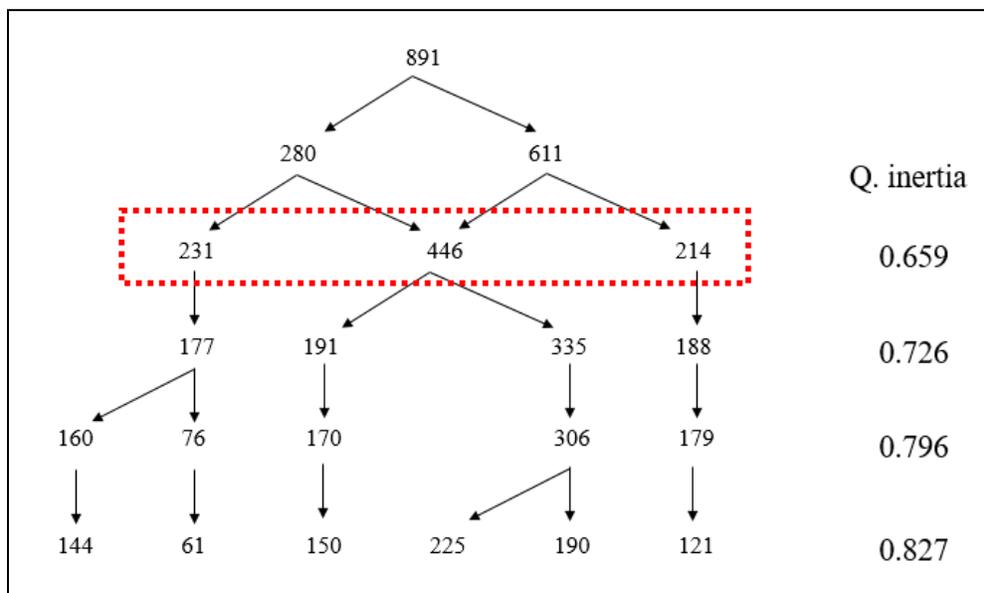
### **Description of the measured variables**

The results show that a large majority of nurses tended to have a moderate perception of all measured variables (Table 2). However, nurses' perceptions of access to career development and advancement opportunities (65.0%), satisfaction (79.1%), and engagement (55.8%) were quite high. In addition, a high proportion of nurses considered that the physical demands of work were low (78.0%) and that their intention to leave their job was low (64.3%).

## Nurse work experience profiles

In the first stage of data analysis, the first three axes were selected as they accounted for 98% of the variance. The tree structure produced by AHC and inertia quotients are shown in Figure 2. Following the quotients of inertia (Q. inertia), a plateau of sorts emerges from the four-profile classification, but the three-profile classification was retained because it is easier to interpret.

Figure 2. Tree structure and inertia quotients



The three profiles of nurses' workplace experience are described as follows: the profile of nurses in distress (n=231), the profile of nurses in moderately favourable situations (n=446), and the profile of nurses in favourable situations (n=214). Table 2 presents the characteristics of the three profiles.

Table 2. Description of the measured variables

Dimensions	Variables	Scores	Total % (n=891)	Nurses in distress % (n=231)	Nurses in moderately favourable situations % (n=446)	Nurses in favourable situations % (n=214)	CCC*
<b>Structural resources of work</b>	Access to information	Low	35.4	66.7	29.4	14.0	0.348
		Medium	45.3	27.3	56.0	42.5	
		High	19.3	6.0	14.6	43.5	
	Access to opportunities	Low	3.5	12.6	0.2	0.5	0.348
		Medium	31.5	53.3	26.5	18.7	
		High	65.0	34.2	73.3	80.8	
Access to support	Low	41.9	77.9	36.1	15.0	0.439	
	Medium	42.9	21.7	56.1	38.3		
	High	15.2	0.4	7.8	46.7		
Access to operation resources	Low	30.0	68.8	21.7	5.1	0.497	
	Medium	52.0	27.3	70.4	40.7		
	High	18.0	3.9	7.9	54.2		
Adequacy of staffing	Low	23.8	52.4	15.7	9.8	0.405	
	Medium	63.3	39.8	80.7	52.3		
	High	12.9	7.8	3.6	37.9		
<b>Resources related to work processes</b>	Clarity of roles	Low	11.3	31.6	5.6	1.4	0.424
		Medium	41.2	50.2	52.5	7.9	
		High	47.5	18.2	41.9	90.7	
	Autonomy	Low	10.3	33.3	2.5	1.9	0.432
		Medium	42.4	52.8	50.9	13.5	
		High	47.3	13.9	46.6	84.6	
Relationship with supervisor	Low	25.8	57.6	18.6	6.5	0.416	
	Medium	56.2	36.8	71.3	45.8		
	High	18.0	5.6	10.1	47.7		
Relationship with co-workers	Low	2.7	6.9	1.4	0.9	0.213	
	Medium	53.1	55.0	62.3	31.8		
	High	44.2	38.1	36.3	67.3		
<b>Personal resources</b>	Sense of personal efficacy	Low	17.3	35.1	14.6	3.7	0.273
Medium		37.8	33.3	46.4	24.8		
High		44.9	31.6	39.0	71.5		
<b>Work demands</b>	Physical demands	Low	78.0	69.3	80.7	81.8	0.115
		Medium	14.1	18.1	11.2	15.9	
		High	7.9	12.6	8.1	2.3	
Psychological demands	Low	9.0	2.6	3.6	27.1	0.349	
	Medium	53.8	29.4	65.0	59.5		
	High	37.2	68.0	31.4	13.4		
<b>Outcomes</b>	Intention to quit employment	Low	64.3	27.7	72.9	86.0	0.349
		Medium	18.7	29.9	17.9	8.4	
		High	17.0	42.4	9.2	5.6	
	Stress	Low	9.7	9.9	7.2	14.5	0.133
		Medium	77.4	68.4	81.8	78.0	
		High	12.9	21.7	11.0	7.5	
Emotional exhaustion	Low	43.7	8.7	45.1	78.0	0.415	
	Medium	32.0	32.0	38.8	18.2		
	High	24.3	59.3	16.1	3.8		
Work satisfaction	Low	20.9	59.3	7.6	7.0	0.559	
	High	79.1	40.7	92.4	93.0		
Work engagement	Low	6.1	19.0	1.8	0.9	0.308	
	Medium	38.1	53.3	38.3	21.5		
	High	55.8	27.7	59.9	77.6		

\* Cramer's contingency coefficient

The profile of nurses in distress (n=231) comprised just over one-quarter of the total sample (25.9%). This workplace experience profile was characterized by nurses who perceive low to moderate access to workplace resources, high psychological demands, and negative outcomes. In terms of resources, access to structural workplace resources was low for all variables except for access to professional development opportunities, which was considered moderate by the majority of nurses in this profile. As for resources related to work processes, access was moderate, except for the supervisor relationship variable, which was perceived as low by most nurses in this first workplace experience profile. In terms of workplace demands, psychological demands were deemed high and physical ones rather low. However, of the three profiles identified, this one contained the most nurses who rated the physical demands of their work at a high level. Outcomes, for their part, were generally negative. However, nurses in this profile remained moderately engaged with their work.

The profile of nurses in moderately favourable situations (n=446) included half of the nurses in the sample (50.1%). Nurses in this profile were characterized by a moderate perception of all variables regarding access to work resources and work demands, as well as rather positive outcomes. In terms of resources, access to structural workplace resources was moderate across all variables except for access to professional development opportunities, which was considered high by the majority of nurses in this second work experience profile. As for resources related to work processes, access was moderate for all variables. Psychological demands were also considered moderate. Despite this trend, the overall results were rather positive. The job satisfaction and engagement of these nurses was high, while burnout and intention to quit was low.

The profile of nurses in a favourable situation (n=214) was the smallest, consisting in less than one-quarter of the nurses in the sample (24.0%). This last workplace experience profile was characterized by a high level of access to workplace resources, low to moderate demands, and positive outcomes. In terms of resources, access to structural work resources and work process resources was high for all variables except for the staffing adequacy variable, which was moderate. However, of the three profiles identified, nurses in this group rated staffing most favourably. With respect to work demands, the majority of nurses in this profile considered that the physical demands were low while psychological demands remained moderate. In the end, the results were clearly positive: high job satisfaction and engagement, with low levels of burnout and intention to quit.

## **Discussion**

The aim of this study was to identify profiles of nurses' workplace experience in the Quebec health and social services network. To our knowledge, this is the first study that has attempted to classify nurses according to their workplace experience. The multidimensional approach used to construct the different profiles allowed for consideration of the complex and dynamic nature of nurses' workplace experience.

We have characterized the work experience of Quebec nurses according to three profiles distinguished by the accessibility of different workplace resources for nurses, by the intensity of demands, and by outcomes. The results of this study suggest that workplace experience can

be perceived differently by considering the dimensions it encompasses and the framework proposed earlier. The profile of nurses in distress indicated a rather negative perception of work experience. They experienced a significant imbalance between the few resources available to them and the high demands they face. According to Khamisa, Oldenburg, Peltzer, and Ilic (2015), nurses who see their responsibilities increase when they have to work in a context of limited resources are particularly prone to stress, burnout, and dissatisfaction. The outcomes measured for our profile of nurses in distress indicated that they were mostly dissatisfied with their work and that their emotional exhaustion was high. These nurses also had a limited access to the workplace resources and high psychological demands. We can compare these results with those obtained by Aiken and al. (2012), who conducted a study of North American and European nurses. They demonstrated a significant association between access to a variety of resources (staffing adequacy, manager support, relations with colleagues) and satisfaction. The most dissatisfied nurses were more likely to face austere administrative measures coupled with a high workload (Aiken & al., 2012). The results of Hansen, Szerke, and Näswall's (2008) study of Swedish nurses also highlighted the effects of an imbalance between low access to work resources and high demands on nurses in terms of burnout. Nurses with greater emotional exhaustion faced role conflicts, high workload, and low autonomy (Hansen & al., 2008). As for the study by Khamisa and al. (2015), staff problems such as poor management of nurses and lack of human resources were strongly associated with burnout and dissatisfaction. However, despite this rather negative picture of workplace experience, nurses in this group remain very engaged in their work.

There is a strong contrast between this workplace experience profile and that of nurses in a favourable situation. Nurses in this profile have a positive perception of their work experience as their resources were greater with respect to the demands placed on them. The outcomes measured were much more positive than those of the nurses in distress profile. This nursing profile is comparable to the studies on Magnet Hospitals, health organizations recognized for their ability to retain nurses. The efforts made by these hospitals to improve and support the nursing practice environment lead to positive effects not only for patients (quality of care, mortality rates) and organizations (nursing workforce stability, cost), but also for nurses (Kutney-Lee, Witkoski Stimpfel, Sloane, Cimiotti, Quinn, & Aiken, 2015). Numerous studies have shown that the observable characteristics of Magnet Hospitals (management leadership, availability of sufficient resources, nurse involvement in decision-making processes, access to sources of professional support, collaboration with physician colleagues) increase nurses' satisfaction and reduce burnout rates and intention to quit (Aiken, Clarke, Douglas, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Kelly, 2008). These attributes exhibited by Magnet Hospitals represent a set of resources accessible to nurses. Although no Quebec organization has been granted Magnet Hospital status, the profile of nurses in a favourable situation might be the one approaching this status the most, since these nurses rate their access to work resources as high, particularly access to professional development opportunities, clarity of roles, autonomy, and support from colleagues.

The profile of nurses in moderately favourable situations brought together nurses with moderate perceptions of their workplace experience. It was not surprising that this profile emerged and that it is the largest. Challenges notwithstanding, these nurses were satisfied with

their work in general, felt highly engaged, and had little intention of leaving their jobs. Thus, there was a somewhat positive trend in the measured outcomes. It is important to note that this nursing profile was the most heterogeneous of the profiles. It may thus contain nurses who would have found themselves in another profile if a classification with more work experience profiles had been selected. However, certain personal characteristics could explain these results, which appear more favourable considering these nurses were not in an optimal situation a priori. In our study, the sense of personal efficacy, which is defined as a sense of control and confidence in one's ability to adapt to the demands of one's environment (Bandura, 2001; Pisanti, Lombardo, Lucidi, Lazzari, & Bertini, 2001), may have played a mediating role in the results obtained. Numerous studies have shown that a strong sense of personal efficacy promotes psychological adaptation to highly stressful events (Pisanti & al., 2001), thus reducing vulnerability to stress and depression (Bandura, 2001). It also increases engagement, well-being (Salanova, Lorente, Chambel, & Martinez, 2011) and satisfaction (Gilmartin & Nokes, 2015). Since a significant part (46.4%) of nurses in our second profile considered their sense of personal efficacy moderate and a significant proportion (39.0%) rated it as high, this personal resource may have had a positive influence on them.

These three profiles were distinguished according to nurses' level of access to workplace resources, psychological demands, and associated outcomes. There was less variation in access to resources related to work processes. In our opinion, this could be explained by the relatively similar patterns of nursing organizations from one healthcare organization to another in Quebec.

Our study highlighted that the workplace experience profiles were particularly marked by nurses' access to structural work resources. Further analysis could determine whether these resources are therefore more strongly associated with results. Moreover, given the distinctions between different practice areas, it may be relevant to determine whether there is an association between these areas and the different workplace experience profiles of nurses. On a practical level, we encourage healthcare managers to question nurses about their workplace experience, as it can affect performance and retention. Since our study identified specific levers for managers to improve nurses' work experience, the former could focus on increasing nurses' access to workplace resources and alleviating the psychological demands of the work.

### **Study strengths and limitations**

To our knowledge, this is the first study in the field of nursing that has identified different profiles of nurses' workplace experience. These distinctive profiles make it possible to better target the elements of nurses' work that need to be improved in order to place them in a more favourable situation, thus generating positive results not only for nurses, but also for patients and organizations.

As for the limitations, a few elements gave rise to doubts as to the representativeness of the sample. Only 33% of nurses registered with the OIIQ agree to be approached to participate in surveys. This may result in more nurses in the sample being more likely to participate in studies or more motivated, which may not be consistent with the overall nurse population. In addition, despite the use of stratified random sampling, participant description indicates that young nurses were over-represented, while those with a college diploma were under-

represented. The sampling method could have taken these socio-demographic characteristics into account to increase the representativeness of the sample. Another potential limitation of this study is the current context of the healthcare system. Recent restructuring may have altered some nurses' perceptions of their workplace experience. Several participants commented that their working conditions were generally difficult by pointing out, among other things, the many job cuts that had taken place in their workplaces. However, these historical factors do not appear to have had a significant impact, since the profile of nurses in distress represented only one-quarter of the sample.

## **Conclusion**

In the end, nurses in the province of Quebec considered themselves to be in a moderately favourable situation. Nonetheless, there is a significant proportion of nurses who described their workplace experience as relatively unfavourable as they feel dissatisfied and exhausted. Although this workplace experience profile does not reflect the majority of nurses, it is important to remember that the outcomes measured with nurses (satisfaction, emotional exhaustion, intention to quit) can have a significant impact on patients and organizations. There is therefore a need to be concerned about this workplace experience profile and to implement interventions aimed at improving the situation of these nurses. The results highlighted several levers that managers can use to improve nurses' workplace experience and thus hopefully improve the retention of nurses and the performance of health organizations. At the same time,

efforts should be made to increase nurses' access to the structural resources of their work and to reduce the psychological demands resulting from the work.

## **Funding**

This study was conducted as part of a master's degree in nursing administration. It has not received any funding.

## **Conflict of interest**

No conflict of interest has been declared by the authors.

## **Author contributions**

All authors have agreed on the final version and meet at least one of the following criteria [recommended by the ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/>)]:

- substantial contributions to conception and design, acquisition of data or analysis and interpretation of data;
- drafting the article or revising it critically for important intellectual content.

## References

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43–53. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11585181>
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, 1–14. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Hakanen, J.J. & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274–284.
- Basu, K. & Gupta, A. (2007). La pénurie de personnel infirmier: où et pourquoi. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 21–25. Retrieved from [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Boamah, S. & Laschinger, H. (2015). Engaging new nurses: The role of psychological capital and workplace empowerment. *Journal of Research in Nursing*, 20(4), 265–277. doi: 10.1177/1744987114527302
- Bobbio, A. & Manganelli, A.M. (2015). Antecedents of hospital nurses' intention to leave the organization: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1180–1192.
- Brooks, B.A. & Anderson, M.A. (2004). Nursing work life in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 269–275

- Cicolini, G., Comparcini, D. & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855–871. doi: 10.1111/jonm.12028
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Coomber, B. & Barriball, L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297–314.
- Davey, M.M., Cummings, G., Newburn-Cook, C.V. & Lo, E.A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 312–330. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*. 86(3), 499–512.
- De Vaus, D.A. (2002). *Surveys in Social Research*. Crows Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.
- Dupret, É., Bocéréan, C., Teherani, M. & Feltrin, M. (2012). Le COPSOQ: Un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*, 24(3), 189–207.
- Edgar, L. (1999). Nurses' motivation and its relationship to the characteristics of nursing care delivery systems: A test of the job characteristics model. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 14–22.
- Freaney, Y.M. & Tiernan, J. (2009). Exploration of the facilitators and barriers to work engagement in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1557–1565. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.003
- Gilmartin, M.J. & Nokes, K. (2015). A self-efficacy scale for clinical nurse leaders: Results of a pilot study. *Nursing Economic\$,* 33(3), 133–143.
- Goedhart, N.S., Van Oostveen, C.J. & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194–206. doi: 10.1111/jonm.12455
- Greco, P., Laschinger, H. & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement-burnout. *Nursing Leadership*, 10(4), 41–56.
- Greenacre, M.J. & Blasius, L. (1994). *Correspondence Analysis in the Social Sciences: Recent Developments and Applications*. San Diego, CA: Academic Press.

- Greenslade, V. & Paddock, K. (2007). Conditions de travail du personnel infirmier: de quoi s'inquiéter. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 13–16. Retrieved from [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Hackman, R. & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159–170.
- Hamilton, N. (2007). Conditions de travail: une question stratégique fondamentale. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 3–6. Retrieved from [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Hansen, N., Sverke, M. & Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96–107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.002
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. & Stone, W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237–263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Hsu, M.Y. & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 120–131.
- Jennings, B.M. (2008). Chapter 26: Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor: NFER-NELSON.
- Kanter, R.M. (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- Kelly, L.A., McHugh, M.D. & Aiken, L.H. (2011). Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 41(10). doi: 10.1097/NNA.0b013e31822eddbc
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 652–666. doi: 10.3390/ijerph120100652
- Khani, A., Jaafarpour, M. & Dyrekvandmogadam, A. (2008). Quality of nursing work life. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2(6), 1169–1174.

- Kutney-Lee, A., Witkoski Stimpfel, A., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Quinn, L.W. & Aiken, L.H. (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Medical Care*, 53(6), 550–557. doi: 10.1097/MLR.0000000000000355
- Lake, E.T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25, 176–188.
- Laschinger, H., Almost, J. & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7), 410–422.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J. & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272.
- Laschinger, H.K., Sabiston, J.A. & Kutscher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 341–352. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9256880>
- Liebetrau, A.M. (1983). *Measures of Association*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Manojlovich, M. & Laschinger, H. (2007). The Nursing Worklife Model: Extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management*, 15, 256–263.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633–642. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x
- Mobley, W.H., Horner, S.O. & Hollingsworth, A.T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 63, 408–414.
- Najimi, A., Moazemi Goudarzi, A. & Sharifirad, G. (2012). Causes of job stress in nurses: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(4), 301–305. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702151/>
- Newman, K., Maylor, U. & Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: Implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*, 16(4), 271–291. doi: 10.1108/02689230210445095
- Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F., Lazzari, D. & Bertini, M. (2007). Development and validation of a brief Occupational Coping Self-Efficacy Questionnaire for Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 238–247. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04582.x

- Price, M. (2002). Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital. *British Journal of Nursing*, 11(4), 275–280.
- Rizzo, J.R., House, R.J. & Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150–163.
- Roberts, R., Grubb, P.L. & Grosch, J.W. (2012). Alleviating job stress in nurses. Retrieved from [http://www.medscape.com/viewarticle/765974\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/765974_2)
- Romppel, M., Herrmann-Lingen, C., Watcher, R., Edelmann, F., Dungen, H.D., Pieske, B. & Grande, G. (2013). A short form of the General Self-Efficacy Scale: Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *GMS Psycho-Social Medicine*, 10, 1–7.
- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M.J. & Martinez, I.S. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: The mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2256–2266. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05652.x
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92. Retrieved from <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/178.pdf>
- Shields, M. & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Retrieved from [https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHSRep06\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf)
- Simpson, M.R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1012–1024. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003
- Trist, E. (1981). The evolution of socio-technical systems: A conceptual framework and an action research program. *Occasional paper*, (2), 1–67.
- Ulrich, B.T., Buerhaus, P.I., Donelan, K., Norman, L., Dittus, R. (2007). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *Journal of Nursing Administration*, 37(5), 212–220.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., ... Prud'homme, P. (2011). *Enquête Québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*. Retrieved from <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>
- Wilkins, K., McLeod, F. & Shields, M. (2007). Nouvelles données sur le travail et l'état de santé du personnel infirmier. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 13, 17–20. Retrieved from [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)

- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E & Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121–141. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
- Yang, J., Liu, Y., Chen, Y. & Pan, X. (2014). The effect of structural empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. *Applied Nursing Research*, 27(3), 186–191.

## **Chapitre 5 : Discussion**

### **5.1 Discussion de l'article**

Le but de cette étude était d'identifier les profils d'expérience au travail des infirmières œuvrant dans le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec. À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui ait tenté de classifier les infirmières selon leur expérience au travail. L'approche multidimensionnelle employée pour construire les différents profils a permis de considérer la nature complexe et dynamique de l'expérience au travail des infirmières.

Nous avons caractérisé l'expérience au travail des infirmières québécoises selon trois profils qui se sont distingués par l'accessibilité des infirmières aux différentes ressources du travail et aux ressources personnelles, le niveau d'exigences ainsi que les résultats. Les résultats de cette étude tendent donc à démontrer que l'expérience au travail peut être perçue différemment en suivant les dimensions qu'elle englobe et le cadre de référence proposé plus tôt. Le profil des infirmières en détresse indique une perception plutôt négative de l'expérience au travail. Ces dernières vivent un important déséquilibre entre le peu de ressources auxquelles elles ont accès et les exigences élevées auxquelles elles doivent répondre. Selon Khamisa, Oldenburg, Peltzer et Ilic (2015), les infirmières qui voient leurs responsabilités augmenter alors qu'elles doivent travailler dans un contexte de ressources limitées sont particulièrement sujettes au stress, à l'épuisement professionnel et à l'insatisfaction. Les résultats mesurés pour notre profil d'infirmières en détresse indiquent d'ailleurs qu'elles sont majoritairement insatisfaites de leur travail et que leur épuisement émotionnel est élevé. Ceci pourrait donc s'expliquer par

le faible accès de ces infirmières aux ressources de leur travail et aux exigences psychologiques qui leur semblent élevées. Nous pouvons comparer ces résultats à ceux obtenus par Aiken et al. (2012) qui ont réalisé une étude auprès d'infirmières nord-américaines et européennes. Ils ont démontré une association significative entre l'accès à diverses ressources (adéquation de la dotation, support des gestionnaires, relations avec les collègues) et la satisfaction. Les infirmières les plus insatisfaites étaient davantage confrontées à des mesures administratives austères jumelées à une charge de travail élevée (Aiken & al., 2012). Les résultats de l'étude de Hansen, Szerke et Näswall (2008) auprès d'infirmières suédoises ont également mis en lumière les effets d'un déséquilibre entre le peu d'accès aux ressources du travail et les exigences élevées sur les infirmières en termes d'épuisement professionnel. Les infirmières démontrant un épuisement émotionnel plus important étaient confrontées à des conflits de rôles ainsi qu'une charge de travail élevée et une faible autonomie (Hansen & al., 2008). Quant à l'étude de Khamisa et al. (2015), les problèmes liés au personnel tel que la mauvaise gestion du personnel infirmier et le manque de ressources humaines étaient fortement associés à l'épuisement professionnel et à l'insatisfaction. Cependant, malgré ce tableau plutôt négatif de l'expérience au travail, les infirmières de ce groupe demeurent majoritairement engagées dans leur travail.

Un fort contraste entre ce profil d'expérience au travail et celui des infirmières en situation favorable s'observe. Les infirmières de ce profil perçoivent positivement leur expérience au travail et leurs ressources sont plus élevées par rapport aux exigences. Les résultats mesurés sont ainsi nettement plus positifs que ceux du profil des infirmières en détresse. Ce profil d'infirmières est comparable aux études portant sur les *Magnet Hospitals*, organisations de santé reconnues pour leur capacité à retenir la main d'œuvre infirmière. Les

efforts déployés par ces hôpitaux pour améliorer et soutenir l'environnement de pratique des infirmières permettent d'engendrer des effets positifs non seulement sur les patients (qualité des soins, taux de mortalité) et les organisations (stabilité de la main d'œuvre infirmière, coût), mais aussi sur les infirmières (Kutney-Lee, Witkoski Stimpfel, Sloane, Cimiotti, Quinn & Aiken, 2015). De nombreuses études ont ainsi démontré que les caractéristiques observables dans les *Magnet Hospitals* (leadership du gestionnaire, disponibilité en quantité suffisante de ressources, implication des infirmières dans les processus décisionnels, accès aux sources de soutien professionnel, collaboration avec les collègues médecins) permettent d'augmenter la satisfaction des infirmières et de réduire le taux d'épuisement professionnel et l'intention de quitter son emploi (Aiken, Clarke, Douglas, Sloane, Lake & Cheney, 2008; Kelly, McHugh & Aiken, 2011; Kutney-Lee & al., 2015; Lashinger, Almost & Tuer-Hodes, 2003; Manojlovich & Laschinger, 2007; Ulrich, Buerhaus, Donelan, Norman & Dittus, 2007). Ces attributs que démontrent les *Magnet Hospitals* rassemblent donc un ensemble de ressources accessibles aux infirmières. Bien qu'aucune organisation québécoise n'ait reçu le statut de *Magnet Hospital*, le profil des infirmières en situation favorable pourrait s'en approcher puisque ces infirmières évaluent d'élevé leur accès aux ressources du travail en particulier l'accès aux possibilités de développement professionnel, à la clarté des rôles, à l'autonomie et au soutien des collègues.

Le profil des infirmières en situation modérément favorable a rassemblé les infirmières qui ont une perception modérée de leur expérience au travail. Il n'est pas étonnant d'obtenir ce profil et qu'il soit le plus imposant. Ces infirmières sont généralement satisfaites de leur travail, se sentent hautement engagées et leur intention de quitter leurs emplois est faible. Une certaine tendance positive s'observe donc dans les résultats mesurés. Il est important de noter que ce

profil d'infirmières constitue le plus hétérogène des profils. Il peut ainsi contenir des infirmières qui se seraient retrouvées dans un autre profil si la classification sélectionnée contenait davantage de profils d'expérience au travail. Cependant, certaines caractéristiques personnelles pourraient expliquer ces résultats qui apparaissent davantage favorables alors que ces infirmières ne se retrouvent pas à priori dans une situation optimale. Dans notre étude, le sentiment d'efficacité personnelle, qui se définit comme un sentiment de contrôle et de confiance en ses capacités à s'adapter aux exigences de son environnement (Bandura, 2001; Pisanti, Lombardo, Lucidi, Lazzari & Bertini, 2001) pourrait avoir joué un rôle de médiation dans les résultats obtenus. De nombreuses études ont ainsi démontré qu'un fort sentiment d'efficacité personnelle favorise l'adaptation psychologique aux événements hautement stressants (Pisanti & al., 2001) réduisant ainsi la vulnérabilité au stress et à la dépression (Bandura, 2001). Il augmente également l'engagement, le bien-être (Salanova, Lorente, Chambel & Martinez, 2011) et la satisfaction (Gilmartin, & Nokes, 2015). Puisqu'une part non négligeable (46.4%) des infirmières de notre deuxième profil considère modéré leur sentiment d'efficacité personnelle et qu'une proportion non négligeable (39.0%) d'infirmières l'évalue d'élevé, cette ressource personnelle a possiblement constitué une influence positive sur ces dernières.

Ces trois profils se sont distingués par le niveau d'accès des infirmières aux ressources du travail, les exigences psychologiques et les résultats associés. Une moins grande différence s'observe dans l'accès aux ressources liées aux processus de travail. Ceci pourrait à notre avis s'expliquer par les modes d'organisations en soins infirmiers relativement semblables d'une organisation de santé à une autre au Québec.

## 5.2 Forces et limites de l'article

À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui ait identifié différents profils d'expérience au travail des infirmières. La force de l'approche configurationnelle employée pour construire les différents profils a permis de considérer la nature complexe, dynamique et entière de l'expérience au travail des infirmières. Elle s'éloigne donc de la théorie de contingence qui est plutôt réductionniste dans son mode d'analyse puisque les chercheurs qui l'emploient « cherchent à comprendre le comportement d'une entité en analysant séparément les parties qui la constituent » (traduction libre) (Meyer, Tsui & Hinings, 1993, p.1177). La théorie configurationnelle reconnaît plutôt la complexité des phénomènes qui sont entre autres soutenus par la réciprocité des relations entre ses attributs (Meyer & al., 1993). L'approche holistique employée dans cette étude a donc permis d'éviter l'analyse isolée des variables et dimensions constituant l'expérience au travail des infirmières. De plus, les trois profils mis de l'avant par cette étude permettent de mieux cibler les éléments du travail des infirmières à améliorer pour les placer dans une situation plus favorable engendrant ainsi des résultats positifs sur ces dernières, mais également sur les patients et les organisations.

Quant aux limites, la première concerne la représentativité de l'échantillon. Seulement 33% des infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ acceptent d'être approchées pour participer à des enquêtes. L'échantillon pourrait ainsi contenir davantage d'infirmières plus enclines à participer aux études ou plus motivées ce qui pourrait ne pas correspondre à l'ensemble des infirmières. De plus, malgré l'emploi d'un échantillonnage aléatoire stratifié et d'un taux de participation au-delà de la cible prévue, la description des participantes indique que les jeunes

infirmières sont sur-représentées alors que celles ayant un diplôme d'étude collégial sont sous-représentées. Puisque certaines études ont démontré que ces caractéristiques avaient une incidence sur plusieurs résultats notamment la satisfaction au travail et l'intention de quitter son emploi (Shields & Wilkins, 2006), nous considérons que la représentativité de l'échantillon pourrait être une limite de cette étude. La seconde limite concerne la nature transversale de l'étude qui implique que les données aient été collectées à un seul moment. Toutefois, cette mesure unique risque de modifier les résultats puisque l'expérience au travail est évolutive et dépend des événements se présentant dans le temps. Plusieurs infirmières ont d'ailleurs apporté en commentaire que si cette même étude s'était déroulée quelques semaines plus tôt, les résultats auraient été très différents. Certaines ont ainsi indiqué un changement récent d'emploi et des difficultés sur le plan personnel. Nous croyons également que les effets résiduels des récents travaux de restructuration dans le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec pourraient avoir affecté la perception des infirmières quant à leur expérience au travail. Plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs indiqué en commentaire les difficiles conditions de travail du aux nombreuses coupures de poste. Finalement, les termes utilisés pour désigner les profils peuvent constituer une autre limite puisqu'ils ne reflètent pas toute l'essence de ce qu'ils sont. En portant davantage attention aux résultats, ils peuvent donc être réducteurs.

### **5.3 Recommandations**

À la lumière des résultats de cette étude, nous entrevoyons quelques recommandations à la fois pour la gestion/pratique et pour la recherche.

### **5.3.1 Recommandations pour la gestion/pratique**

Aux termes de cette étude, l'expérience au travail des infirmières québécoises est caractérisée par différents profils. Deux d'entre eux sont plutôt favorables alors que celui rassemblant les infirmières en détresse est inquiétant et devrait donc interpeller les gestionnaires du domaine de la santé. Comme ce profil d'expérience au travail a regroupé le quart de notre échantillon, une quantité non négligeable d'infirmières québécoises pourraient également s'y retrouver. Puisqu'une mauvaise expérience au travail des infirmières peut entraîner d'importantes conséquences, les gestionnaires devraient mettre en place des interventions pour augmenter l'accès de ces infirmières aux ressources structurelles de leur travail et en atténuant les exigences psychologiques qui leur sont imposées.

De façon plus générale, les gestionnaires devraient davantage considérer l'expérience au travail et impliquer les infirmières dans la recherche de solutions pour ainsi éviter d'ignorer leur expertise sur une réalité de travail qui les touche directement. Le nombre élevé de réponses à cette étude confirme que l'expérience au travail des infirmières est un sujet d'intérêt pour ces dernières.

### **5.3.2 Recommandations pour la recherche**

Les résultats de cette étude ouvrent la porte à des analyses supplémentaires et à des pistes de recherches futures. Rappelons que l'expérience au travail des infirmières englobe plusieurs dimensions qui interagissent ensemble. Les résultats obtenus sont ainsi influencés par le niveau d'équilibre entre l'accès des infirmières aux différentes ressources (structurelles et processus de travail) et les exigences attendues. Les profils d'expérience au travail se sont toutefois

particulièrement distingués par l'accès des infirmières aux ressources structurelles du travail. Des analyses supplémentaires pourraient s'avérer pertinentes pour déterminer si ces ressources sont plus fortement associées aux résultats.

D'autre part, des travaux devraient être engagés pour déterminer si les profils d'expérience au travail des infirmières sont associés à un ou plusieurs domaines de pratique en particulier. Nous croyons que cette question devrait être explorée compte tenu les distinctions entre les domaines de pratique en soins infirmiers notamment en termes de clientèle desservie et d'organisation du travail.

Enfin, puisque cette étude s'est concentrée sur des résultats davantage centrés sur les individus (satisfaction, stress, épuisement professionnel, engagement, intention de quitter son emploi), des recherches futures pourraient évaluer l'effet potentiel des trois profils d'expérience au travail des infirmières sur les patients et les organisations en termes de qualité des soins, de rétention et de performance organisationnelle.

## **Conclusion**

Cette étude a certainement permis de combler les besoins de conceptualisation en prenant en compte les diverses perspectives de l'expérience au travail des infirmières, en incluant les nombreuses dimensions et en considérant les interactions qui subsistent entre celles-ci. Dans un deuxième temps, cette étude a permis de décrire l'expérience au travail des infirmières québécoises en mettant en identifiant trois profils qui se distinguent par l'accès des infirmières aux ressources du travail, les exigences psychologiques du travail ainsi que par les résultats associés.

Cette étude offre ainsi aux gestionnaires des leviers plus précis à mobiliser pour optimiser la qualité de l'expérience au travail des infirmières québécoises. Comme nous savons que les infirmières constituent des acteurs clés dans tous les milieux du réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec, améliorer leur expérience au travail aurait le potentiel d'augmenter la performance des organisations ainsi que la qualité des soins et des services dispensés par ces professionnelles. L'expérience au travail des infirmières québécoises constitue ainsi à notre avis un enjeu des plus importants dans notre système de soins tourmenté.

## Bibliographie

- Adams, A. & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543.
- Aiken, L.H., Clark, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38, 223-229.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53. Document repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11585181>
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Turnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16). doi:10.1001/jama.288.16.1987
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffith, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Stromseng, I., Smith, H.L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, 1-14. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Ajeigbe, D.O., McNeese-Smith, D., Leach, L.S. & Phillips, L.R. (2013). Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department. *Journal of Nursing Administration*, 43(3), 142-148. doi: 10.1097/NNA.0b013e318283dc23
- American Association of Colleges of Nursing. (2002). Hallmarks of the Professional Nursing Practice Environment. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 295-304.
- Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O. & Robson, M. (2010). The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *The Journal of Nursing Administration*, 40(7), 323-328. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e9393b
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2011). *La prévention et l'atténuation des infirmières dans les milieux de soins de santé*. Document repéré à <http://rnao.ca/fr/bpg/language/la-pr%C3%A9vention-et-latt%C3%A9nuation-de-la-fatigue-des-infirmi%C3%A8res-dans-les-milieux-de-soins-d>

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). *Données probantes pour éclairer le processus décisionnel de la composition du personnel : recherche documentaire thématique*. Document repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/staff\\_mix\\_literature\\_review\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/staff_mix_literature_review_f.pdf?la=fr)
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2017). Job Demands-Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Hakanen, J.J. & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274-284.
- Barnabé, C. (1994). La théorie des caractéristiques des emplois de Hackman et Oldham : une recension des écrits. *McGill Journal of Education*, 29(3), 309-334.
- Basu, K. & Gupta, A. (2007). La pénurie de personnel infirmier : où et pourquoi. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 21-25. Document repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Berger, A.M. & Hobbs, B.B. (2006). Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 465-471.
- Berry, L. & Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Document repéré à [https://fcsii.ca/sites/default/files/workload\\_french\\_0.pdf](https://fcsii.ca/sites/default/files/workload_french_0.pdf)
- Boamah, S. & Laschinger, H. (2015). Engaging new nurses: the role of psychological capital and workplace empowerment. *Journal of Research in Nursing*, 20(4), 265-277. doi: 10.1177/1744987114527302
- Bobbio, A. & Manganelli, A.M. (2015). Antecedents of hospital nurses' intention to leave the organization: a cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 52, 1180-1192.
- Bourque, J., Poulin, N. & Cleaver, A.F. (2006). Évaluation de l'utilisation et de la présentation des résultats d'analyses factorielles et d'analyses en composantes principales en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(2), 325-344.
- Brooks, B.A. (2001). *Development of an instrument to measure quality of nursing work life*. Chicago: Université d'Illinois.
- Brooks, B.A. & Anderson, M.A. (2004). Nursing Work Life in Acute Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 269-275.

- Brooks, B.A., Storfiell, J., Omoike, O., Oblson, S., Stemler, I., Shaver, J. & Brown, A. (2007). Assessing the Quality of Nursing Work Life. *Nursing Administration Quarterly*, 51(2), 152-157.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il faut bon se faire soigner. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*, 40, 39-48. doi : 10.3917/pos.401.0039
- Buckland, R., Lawless, V. & Bowmer, M.I. (2007). La force de la collaboration. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 36-41. Document repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Bucknall, T. & Thomas, S. (1997). Nurses' reflection on problems associated with decision-making in critical care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 229-237. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025229.x
- Burke, R.J. (2003). Hospital Restructuring, Workload, and Nursing Staff Satisfaction and Work Experiences. *The Health Care Manager*, 22(2), 99-107.
- Chan, Z.C.Y, Tam, W.S., Lung, MK.Y, Wong, W.Y. & Chau, C.W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21, 605-613.
- Chow, M. (2015). Assessing the quality of nursing work life in Hong Kong. *HNE Handover for Nurses and Midwives*, 8(2).
- Cicolini, G., Comparcini, D. & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction : a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855-871. doi: 10.1111/jonm.12028
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Coheris-SPAD. (2016). *Guide du Data Miner*. Document repéré à <file:///C:/Program%20Files/SPAD8/documentation/Guides%20du%20Data%20Miner/Analyses%20factorielles.pdf>
- Coomber, B. & Barriball, L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-314.
- Davey, M.M., Cummings, G., Newburn-Cook, C.V. & Lo, E.A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 312-330. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x

- Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology, 1*(1), 35-41.
- Dion, G. & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement, 26*(2), 210-227.
- Dionne, S. & Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton, 39*(1-2), 199-223. doi : 10.7202/039847ar
- Dominguez-Gomez, E. & Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing, 35*(3), 199-204.
- Dubois, C.A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Karemere, H. & Zufferey, A.. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins: revue systématique des écrits*. Montréal : Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
- Dupret, É., Bocéréan, C., Teherani, M. & Feltrin, M. (2012). Le COPSOQ : Un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique, 24*(3), 189-207.
- Faulkner, J. & Laschinger, H. (2008). The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *Journal of Nursing Administration, 16*(2), 214-221. doi :10.1111/j.1365-2834.2007.00781.x
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (1996). *L'équilibre en jeu*. Document repéré à [http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/sst96\\_f.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/sst96_f.pdf)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2010). *Heures supplémentaires : des moyens pour agir*.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2014). *Projet de Loi n°15 : une menace à la disponibilité, à l'accessibilité, à la sécurité et à la qualité des soins*.
- Flinckman, M., Isopahkala-Bouret, U. & Salanterä, S. (2013). Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *International Scholarly Research Notices, 13*, 1-12.
- Freney, Y.M. & Tiernan, J. (2009). Exploration of the facilitators and barriers to work engagement in nursing. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 1557-1565. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.003
- Gillet, N., Fouquereau, E., Bonnaud-Antignac, A., Mokoukolo, R. & Colombat, P. (2013). The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational

- leadership and nurses' quality of work life : a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1356-1367. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.012
- Goedhart, N.S., Van Oostveen, C.J. & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194-206. doi: 10.1111/jonm.12455
- Greco, P., Laschinger, H. & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement-burnout. *Nursing Leadership*, 10(4), 41-56.
- Greenslade, V. & Paddock, K. (2007). Conditions de travail du personnel infirmier : de quoi s'inquiéter. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 13-16. Document repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Hackman, R. & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Hamilton, N. (2007). Conditions de travail : une question stratégique fondamentale. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, (13), 3-6. Document repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Hansen, N., Sverke, M. & Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.002
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. & Stone, W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E. & Parker, V. (2006). Workplace violence in Queensland, Australia: the results of a comparative study. *International journal of nursing practice*, 12(4), 220-231.
- Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kozka, M., Ensio, A., Stromseng Sjetne, I., Casbas, T.M., Ball, J. & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing*, 50, 174-184.
- Hertel, R. (2011). Regulating Patient Staffing: A Complex Issue. *Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(1), 3-7. Document repéré à <https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSM-Hertel-Jan12.pdf>

- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hsu, M.Y. & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 120-131.
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Document repéré à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-543.pdf>
- Jennings, B.M. (2008). *Chapter 26: Work Stress and Burnout Among Nurses : Role of the Work Environment and Working Conditions*. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Document repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. Dans Weinman, J., Wright, S. & Johnston, M. *Measures in health psychology: A user's portofolio. Causal and control beliefs*. Windsor: NFER-NELSON.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Kelloway, E.K. & Barling, J. (1990). Item content versus item wording: disentangling role conflict and role ambiguity. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 738-742.
- Kelly, L.A., McHugh, M.D. & Aiken, L.H. (2011). Nurse outcomes in Magnet and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 41(10), 428-433. doi: 10.1097/NNA.0b013e31822eddbc
- Khani, A., Jaafarpour, M. & Dyrekvandmogadam, A. (2008). Quality of Nursing Work Life. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2(6), 1169-1174.
- Lake, E.T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25, 176-188.
- Laschinger, H., Almost, J. & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7), 410-422.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J. & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Laschinger, H., Nosko, A., Wilk, P. & Finegan, J. (2014). Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: a time-lagged study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010

- Laschinger, H.K., Sabiston, J.A. & Kutscher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 341-352. Document repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9256880>
- Le Louarn, J.Y. (2008). *Les tableaux de bord Ressources humaines: le pilotage de la fonction RH*. Paris : Éditions liaisons. 229 pages.
- Lesage, F.X., Berjot, S. & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 178-184. doi: 10.2478/S13382-012-0024-8
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. 571 pages.
- Lu, H., While, A.E. & Barriball, K.L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003
- Manojlovich, M. & Laschinger, H. (2007). The Nursing Worklife Model: extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management*, 15, 256-263.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- McCarthy, G., Tyrrell, M.P. & Lehane, E. (2007). Intention to leave or stay in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15, 248-255.
- McGrath, A. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 555-565. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00058-0
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x
- Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.
- Meyer, A.D., Tsui, A.S. & Hinings, C.R. (1993). Configurational Approaches to Organizational Analysis. *The Academy of Management Journal*, 36(6), 1175-1195.
- Mobley, W.H., Griffeth, R.W., Hand, H.H. & Meglino, B.M. (1979). Review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychological Bulletin*, 86, 493-522.

- Mobley, W.H., Horner, S.O. & Hollingsworth, A.T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 63, 408-414.
- Mrayyan, M.T. (2004). Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326-336. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02893.x
- Najimi, A., Moazemi Goudarzi, A. & Sharifirad, G. (2012). Causes of job stress in nurses : a cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(4), 301-305. Document repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702151/>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C.L., Stevens, S.R. & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1037-1045. doi: 10.1056/NEJMsa1001025
- Needleman, J., Buerhaus, P.I., Stewart, M., Zelevinsky, K. & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25(1), 204-211.
- Nelson, D.L. & Simmons, B.L. (2003). Health psychology and work stress : a more positive approach. *Handbook of Occupational Health Psychology*, 2, 97-119.
- Newman, K., Maylor, U. & Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*, 16(4), 271-291. doi: 10.1108/02689230210445095
- Nolan, M., Nolan, J. & Grant, G. (1995). Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *British Journal of Nursing*, 4(19), 1148-1154.
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G.T., Laschinger, H., White, S., Wang, S. & McCullochm C. (2004). *Enquête auprès des infirmières et infirmiers des trois groupes professionnels au Canada*. Document repéré à [http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/canadian\\_nurses\\_survey\\_3occupational\\_groups\\_f.pdf?la=fr](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/canadian_nurses_survey_3occupational_groups_f.pdf?la=fr)
- O'Daniel, M. & Rosenstein, A.L. (2008). Chapter 33: Professional Communication and Team Collaboration. Dans *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Document repéré à <http://www.who.int/whr/2001/fr/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés*. Document repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/la-gouverne-des-soins-infirmiers-dans-le-cadre-dune-organisation-de-services>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). L'état de santé de la population et la transformation de la pratique infirmière. *Infostat*, 6(4). Document repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol06no04/index.htm>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016 : Le Québec et ses régions*. Document repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/Rapport\\_statistique\\_2015-2016.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/Rapport_statistique_2015-2016.pdf)
- Parry, J. (2008). Intention to leave the profession : antecedents and role in nurse turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 157-167. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04771.x
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M. & Nygren, A. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomised controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506-516. doi:10.1111/j.1365-2642.2008.04743.x
- Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B. & Azoulay, É. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine*, (175), 698-704. doi: 10.1164/rccm.200606-806OC
- Porter, L.W., Steers, R.M. & Mowday, R.T. (1974). Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover Among Psychiatric Technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
- Price, M. (2002). Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital. *British Journal of Nursing*, 11(4), 275-280.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of health psychology*, 6(1), 73-84. doi: 10.1177/135910530100600106
- Rancourt, F. L. (1983). *Validation de la traduction française du Job Diagnostic Survey*. Mémoire de M. Sc., Université de Montréal.
- Revicki, D.A. & May, H.J. (1989). Organizational Characteristics, Occupational Stress, and Mental Health in Nurses. *Behavioral Medicine*, 15(1), 30-36.
- Rizzo, J.R., House, R.J. & Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complexe organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163.
- Rhéaume, A., Clément, L. & LeBel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses : A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 490-500.
- Roberts, R., Grubb, P.L. & Grosch, J.W. (2012). *Alleviating Job Stress in Nurses*. Document repéré à [http://www.medscape.com/viewarticle/765974\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/765974_2)

- Rogers, B., Buckheit, K. & Ostendorf, J. (2013). Ergonomics and Nursing in Hospital Environments. *Workplace Health & Safety*, 61(10), 429-439.
- Romppel, M., Herrmann-Lingen, C., Watcher, R., Edelmann, F., Dungen, H.D., Pieske, B. & Grande, G. (2013). A short form of the General Self-Efficacy Scale: Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *GMS Psycho-Social Medicine*, 10, 1-7.
- Rosenstein, A.H. (2002). Nurse-physician relationships : impact on the nurse satisfaction and retention. *The American Journal of Nursing*, 102(6), 23-34.
- Rushton, C.H., Batcheller, J., Schroeder, K. & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412-421.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Salanova, M. (2006). The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire: A Cross-National Study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A. & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917. doi: 10.1002/job.595
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. (2002). The measurement of engagement and burnout : a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92. Document repéré à <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/178.pdf>
- Shields, M & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier*. Document repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/2005-nurse-infirm/index-fra.php>
- Simard, G. (2002). Modèles et formes d'organisation du travail: un outil classificatoire et diagnostique. *Interaction*, 6(2), 65-84. Document repéré à [https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue\\_Interactions/Volume\\_6\\_no\\_2/V6N2\\_SIMARD\\_Gilles\\_p65-84.PDF](https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_6_no_2/V6N2_SIMARD_Gilles_p65-84.PDF)
- Simpson, M.R. (2009). Engagement at work : a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1012-1024. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003
- Skar, R. (2009). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2226-2234. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x

- Steers, R.M. (1977). Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 46-56.
- Trist, E. (1981). The evolution of socio-technical systems: a conceptual framework and an action research program. *Occasional paper*, (2), 1-67.
- Ulrich, B.T., Buerhaus, P.I., Donelan, K., Norman, L., Dittus, R. (2007). Magnet Status and Registered Nurse Views of the Work Environment and Nursing as a Career. *Journal of Nursing Administration*, 37(5), 212-220.
- Vagharseyyedin, S.A., Vanaki, Z. & Mohammadi, E. (2010). The Nature Nursing Quality of Worklife : An Integrative Review of Literature. *Western Journal of Nursing Research*, 1-19, doi:10.1177/0193945910378855
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., St-Vincent, M., Funes, A., Duguay, P., Vézina, S. & Prud'homme, P. (2011). *Enquête Québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*. Document repéré à <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>
- Weston, M.J. (2010). Strategies for Enhancing Autonomy and Control Over Nursing Practice. *American Nurses Association Periodicals*, 15(1). Document repéré à <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.aspx#Hinshaw>
- Wilkins, K., McLeod, F. & Shields, M. (2007). Nouvelles données sur le travail et l'état de santé du personnel infirmier. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 13, 17-20. Document repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf)
- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E & Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
- Yang, J., Liu, Y., Chen, Y. & Pan, X. (2014). The effect of structural empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. *Applied Nursing Research*, 27(3), 186-191.
- Zecca, G., Györkös, C., Becker, J., Massoudi, K., de Bruin, G.P. & Rossier, J. (2015). Validation de la version française de l'Échelle d'engagement au travail d'Utrecht et relations avec les traits de personnalité et l'impulsivité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 95(1), 19-28. doi:10.1016/j.erap.2014.10.003
- Zeytinolgu, I., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. & Boos, L. (2007). Deteriorated External Work Environment, Heavy Workload and Nurses' Job Satisfaction and Turnover Intention. *Canadian Public Policy – Analyse de politique*, 33, S31-S47.

# Annexe 1 : Questionnaire

## Partie A : Information et consentement

Veillez prendre le temps de lire au complet le formulaire d'information et de consentement avant de débiter le questionnaire en cliquant sur le lien suivant : <https://recherche-services-sante.ca/document/Formulaire%20d'info%20et%20de%20consentement%20fran%C3%A7ais.pdf>

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de recherche en santé (CERE) :

Courriel : [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604

**A1. Je sais que je peux rejoindre la personne ressource de l'équipe de recherche au besoin. Je comprends que je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités. Je sais que je détiens le temps nécessaire pour prendre une décision quant à ma participation volontaire.**

La réponse **OUI** à ces questions indique que vous acceptez de participer à l'étude et serez donc directement dirigés vers le questionnaire. Dans le cas d'un refus de participation, cliquez sur **NON** pour mettre automatiquement fin à l'étude.

- Oui
- Non

## Partie B

### **B1. Dans quelle mesure ces situations se présentent-elles dans votre emploi actuel?**

	1 (jamais)	2	3 (un peu)	4	5 (beaucoup)
Travail stimulant					
Possibilité d'acquérir de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances					
Tâches utilisant toutes vos compétences et vos connaissances personnelles					

**B2. Dans quelle mesure avez-vous accès, dans votre emploi actuel, à des renseignements portant sur?**

	1 (jamais)	2	3 (un peu)	4	5 (beaucoup)
La situation actuelle de votre établissement					
Les valeurs de la haute direction					
Les objectifs de la haute direction					

**B3. Dans quelle mesure avez-vous accès à ces formes de soutien dans votre emploi actuel?**

	1 (jamais)	2	3 (un peu)	4	5 (beaucoup)
Des renseignements précis sur ce que vous faites bien					
Des commentaires précis sur ce que vous pourriez améliorer					
Des indications utiles ou des conseils sur la façon de résoudre des problèmes					

**B4. Dans quelle mesure disposez-vous des ressources suivantes dans votre emploi actuel?**

	1 (jamais)	2	3 (un peu)	4	5 (beaucoup)
Temps requis pour faire les tâches administratives					
Temps suffisant pour satisfaire aux exigences du poste					
Obtention d'un soutien ponctuel					

**B5. Dans quelle mesure êtes-vous en accord avec chaque énoncé concernant votre emploi actuel?**

	1 (très en accord)	2 (plutôt en accord)	3 (plutôt en désaccord)	4 (très en désaccord)
Un personnel de soutien adéquat vous permet de consacrer du temps à vos patients				
Suffisamment de temps et d'occasions pour discuter de problématiques de soins avec d'autres infirmières				
Suffisamment d'infirmières parmi le personnel pour prodiguer des soins de qualité aux patients				
Du personnel suffisant pour effectuer le travail				

## Partie C

### **C1. Pour chaque énoncé, choisissez la réponse qui reflète le plus fidèlement votre situation.**

	Très en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt en accord	En accord	Très en accord
Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail							
Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés							
Je sais que j'ai bien réparti mon temps							
Mes responsabilités sont clairement définies							
Je sais exactement ce qu'on attend de moi							
Les explications sur ce qu'il faut faire sont claires							

### **C2. Dans quelle mesure votre emploi vous permet-il d'être autonome?**

	1 (très peu)	2	3	4 (moyennement)	5	6	7 (beaucoup)
Dans quelle mesure votre emploi vous permet-il de prendre vos propres décisions sur la manière de faire votre travail?							

### **C3. Dans quelle mesure chaque énoncé décrivant vos tâches est-il exact?**

	1 (très inexact)	2	3	4	5	6	7 (Très exact)
L'emploi me donne beaucoup d'indépendance et de liberté dans l'accomplissement de mes tâches							
L'emploi me donne l'occasion de faire preuve d'initiative personnelle et de discernement dans l'accomplissement de mes tâches							

**C4. Pour chaque énoncé, indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.**

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble				
Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis				
Mon supérieur immédiat facilite la réalisation de mon travail				
Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi				
Mon supérieur immédiat se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés				

**C5. Pour chaque énoncé, indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.**

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail				
Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi				
Les collègues avec qui je travaille sont compétents pour accomplir leur travail				
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux				
Les collègues avec qui je travaille me manifeste de l'intérêt				

**Partie D**

**D1. Dans le cadre de votre emploi actuel, à quelle fréquence êtes-vous exposés à chacune des situations suivantes?**

	Jamais	Le quart du temps ou moins	La moitié du temps	Les trois quarts du temps	Tout le temps
Travailler les mains au-dessus des épaules					
Travailler le dos penché en avant ou de côté ou avec une torsion du dos					
Effectuer des gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras					
Effectuer des gestes de précision					
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Manier sans aide des charges lourdes					

Subir des vibrations provenant d'outils à main					
Subir des vibrations du corps entier provenant de grosses machines ou du sol					

**D2. En général, dans quelle proportion du temps travaillez-vous en position debout?**

- Jamais
- Le quart du temps ou moins
- La moitié du temps
- Les trois quarts du temps
- Tout le temps

**D3. Lorsque vous travaillez debout, laquelle de ces situations s'applique à votre travail le plus souvent? Position debout...**

- Avec possibilité de m'asseoir à volonté
- Avec possibilité de m'asseoir à l'occasion
- Sans possibilité de m'asseoir

**D4. Pour chaque énoncé, indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.**

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Mon travail exige d'aller très vite				
On me demande de faire une quantité excessive de travail				
J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail				
Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres				
Mon travail exige de travailler très fort				
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes				
Mon travail est souvent interrompu avant que je ne l'ai terminé, je dois alors y revenir plus tard				
Mon travail est très mouvementé				
Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur				

## Partie E

### **E1. Pour chaque énoncé, quelle réponse correspond le mieux à votre situation au travail?**

	Très faible	Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée
Quelle est la probabilité que vous recherchiez un autre emploi dans un autre établissement durant l'année qui vient?					

### **E2. Pour chaque énoncé, quelle réponse correspond le mieux à votre situation au travail?**

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord
Je pense souvent à quitter cet établissement					
Je vais probablement chercher un nouvel emploi durant l'année qui vient					

### **E3. Ces quatre dernières semaines...**

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Avez-vous été dérangés par un événement inattendu?					
Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?					
Vous êtes-vous sentis nerveux ou stressés					
Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens?					
Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie?					
Vous êtes-vous sentis confiants dans vos capacités de prendre en main vos problèmes personnels?					
Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?					
Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?					
Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?					
Avez-vous senti que vous dominiez la situation?					
Vous êtes-vous sentis irrités parce que les événements échappaient à votre contrôle?					
Vous êtes-vous surpris à penser à des choses que vous deviez mener à bien?					

Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps?					
Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler?					

**E4. Pour chaque énoncé, indiquez la fréquence d'apparition de ces sentiments en vous.**

	Jamais	Quelques fois ou moins par année	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé par mon travail							
Je me sens épuisé à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail							
Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi							
Je me sens vidé par mon travail							
Je me sens frustré par mon travail							
Je sens que je travaille trop fort au travail							
Travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension sur moi							
Je me sens comme si j'étais au bout du rouleau							

**E5. À quel point êtes-vous satisfait de votre travail dans son ensemble, en prenant en considération tous les aspects?**

- Très insatisfait
- Insatisfait
- Satisfait
- Très satisfait

**E6. Lisez chaque énoncé et dites si vous éprouvez ce sentiment à l'égard de votre emploi.**

	Jamais	Presque jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Toujours
Je déborde d'énergie pour mon travail							
Je me sens fort et vigoureux pour faire ce métier							
Je suis passionné par mon travail							
Faire ce métier est stimulant							
Lorsque je me lève le matin, j'ai envie d'aller travailler							
Je suis content lorsque je suis captivé par mon activité							
Je suis fier du travail que je fais							
Je suis complètement absorbé par mon travail							
Je suis littéralement plongé dans mon travail							

**Partie F**

**F1. Pour chaque énoncé, indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.**

	Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord
J'arrive toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort				
Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux				
C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts				
J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus				
Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues				
Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires				
Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés, car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes				
Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions				
Si je suis coincé, je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire				

Peu importe ce qui m'arrive, je suis capable d'y faire face généralement				
--	--	--	--	--

## Partie G

### **G1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?**

- 18 à 25 ans
- 26 à 35 ans
- 36 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 à 65 ans
- 66 ans et plus
- Ne souhaite pas répondre

### **G2. Depuis combien d'année(s) exercez-vous à titre d'infirmière?**

- Moins d'un an
- 1 à 5ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 20 ans
- 21 à 30 ans
- Plus de 31 ans

### **G3. Quel est votre plus haut niveau d'étude?**

- Diplôme collégial (technique)
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Autre \_\_\_\_\_

### **G4. Dans quel domaine de pratique exercez-vous?**

- Santé physique
- Santé mentale
- Soins critiques
- Première ligne

### **G5. Sur quel quart de travail exercez-vous le plus souvent?**

- Nuit
- Jour
- Soir
- Rotation

**G6. Dans quelle région administrative du Québec exercez-vous?**

- Bas-Saint-Laurent
  - Saguenay – Lac-Saint-Jean
  - Capitale-Nationale
  - Mauricie
  - Estrie
  - Montréal
  - Outaouais
  - Abitibi-Témiscamingue
  - Côte-Nord
  - Nord-du-Québec
  - Gaspésie – Île-de-la-Madeleine
  - Chaudière-Appalaches
  - Laval
  - Lanaudière
  - Laurentides
  - Montérégie
  - Centre-du-Québec
- 

Nous vous remercions d’avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

En cliquant sur le lien indiqué plus bas, vous aurez la possibilité d’imprimer vos réponses ou de les télécharger dans un format PDF.

Pour toutes questions ou tous commentaires concernant cette étude, vous pouvez rejoindre la personne ressource de l’équipe de recherche en composant le XXX ou en envoyant un message électronique à l’adresse courriel XXX

## Annexe 2 : Catégorisation des variables

### 1. Accès aux possibilités de développement et d'avancement professionnel (score minimum = 1 ; score maximum = 5)

#### Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1,33	1	0,1	0,1	0,1
	1,67	4	0,4	0,4	0,6
	2,00	10	1,1	1,1	1,7
	2,33	16	1,8	1,8	3,5
	2,67	34	3,8	3,8	7,3
	3,00	44	4,9	4,9	12,2
	3,33	82	9,2	9,2	21,4
	3,67	121	13,6	13,6	35,0
	4,00	203	22,8	22,8	57,8
	4,33	126	14,1	14,1	71,9
	4,67	115	12,9	12,9	84,8
	5,00	135	15,2	15,2	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

#### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un accès plus important aux possibilités de développement et d'avancement professionnel.

#### Catégorisation retenue :

Score < 2,5 = faible accès aux possibilités  
 Score 2,5-3 = accès moyen aux possibilités  
 Score 4-5 = accès élevé aux possibilités

### 2. Accès à l'information (score minimum = 1 ; score maximum = 5)

#### Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1,00	32	3,6	3,6	3,6
	1,33	34	3,8	3,8	7,4
	1,67	46	5,2	5,2	12,6
	2,00	97	10,9	10,9	23,5
	2,33	106	11,9	11,9	35,4
	2,67	66	7,4	7,4	42,8
	3,00	171	19,2	19,2	62,0
	3,33	100	11,2	11,2	73,2
	3,67	67	7,5	7,5	80,7
	4,00	104	11,7	11,7	92,4
	4,33	25	2,8	2,8	95,2
	4,67	15	1,7	1,7	96,9
	5,00	28	3,1	3,1	100,0
Total	891	100,0	100,0		

#### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un accès plus important à l'information.

#### Catégorisation retenue :

Score < 2,5 = faible accès à l'information  
 Score 2,5-3 = accès moyen à l'information  
 Score 4-5 = accès élevé à l'information

### 3. Accès au soutien (score minimum = 1 ; score maximum = 5)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1,00	48	5,4	5,4	5,4
	1,33	48	5,4	5,4	10,8
	1,67	73	8,2	8,2	19,0
	2,00	107	12,0	12,0	31,0
	2,33	97	10,9	10,9	41,9
	2,67	78	8,8	8,8	50,6
	3,00	149	16,7	16,7	67,3
	3,33	92	10,3	10,3	77,7
	3,67	63	7,1	7,1	84,7
	4,00	90	10,1	10,1	94,8
	4,33	15	1,7	1,7	96,5
	4,67	15	1,7	1,7	98,2
	5,00	16	1,8	1,8	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un accès plus important au soutien.

Catégorisation retenue :

Score < 2,5 = faible accès au soutien

Score 2,5-3 = accès moyen au soutien

Score 4-5 = accès élevé au soutien

### 4. Accès aux ressources (score minimum = 1 ; score maximum = 5)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1,00	10	1,1	1,1	1,1
	1,33	17	1,9	1,9	3,0
	1,67	49	5,5	5,5	8,5
	2,00	88	9,9	9,9	18,4
	2,33	103	11,6	11,6	30,0
	2,67	110	12,3	12,3	42,3
	3,00	162	18,2	18,2	60,5
	3,33	87	9,8	9,8	70,3
	3,67	105	11,8	11,8	82,0
	4,00	114	12,8	12,8	94,8
	4,33	26	2,9	2,9	97,8
	4,67	9	1,0	1,0	98,8
	5,00	11	1,2	1,2	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un accès plus important aux ressources

Catégorisation retenue :

Score < 2,5 = faible accès au soutien

Score 2,5-3 = accès moyen au soutien

Score 4-5 = accès élevé au soutien

## 5. Adéquation de la dotation (minimum = 1 ; maximum = 4)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1,00	26	2,9	2,9	2,9
	1,25	47	5,3	5,3	8,2
	1,50	65	7,3	7,3	15,5
	1,75	74	8,3	8,3	23,8
	2,00	125	14,0	14,0	37,8
	2,25	114	12,8	12,8	50,6
	2,50	119	13,4	13,4	64,0
	2,75	93	10,4	10,4	74,4
	3,00	113	12,7	12,7	87,1
	3,25	37	4,2	4,2	91,2
	3,50	30	3,4	3,4	94,6
	3,75	25	2,8	2,8	97,4
	4,00	23	2,6	2,6	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Score < 2,5 = désaccord quant à la perception sur l'adéquation de la dotation

Score = 2,5 = point médian neutre

Score > 2,5 = accord quant à la perception sur l'adéquation de la dotation

### Catégorisation retenue :

Score < 2 = faible adéquation de la dotation

Score 2-3 = adéquation de la dotation moyenne

Score > 3 = adéquation de la dotation élevée

## 6. Clarté des rôles (minimum = 6 ; maximum = 42)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé	
Valide	6	2	0,2	0,2	0,2	
	10	1	0,1	0,1	0,3	
	11	3	0,3	0,3	0,7	
	12	2	0,2	0,2	0,9	
	13	2	0,2	0,2	1,1	
	14	2	0,2	0,2	1,3	
	15	5	0,6	0,6	1,9	
	16	4	0,4	0,4	2,4	
	17	8	0,9	0,9	3,3	
	18	9	1,0	1,0	4,3	
	19	12	1,3	1,3	5,6	
	20	15	1,7	1,7	7,3	
	21	18	2,0	2,0	9,3	
	22	18	2,0	2,0	11,3	
	23	24	2,7	2,7	14,0	
	24	20	2,2	2,2	16,3	
	25	31	3,5	3,5	19,8	
	26	41	4,6	4,6	24,4	
	27	50	5,6	5,6	30,0	
	28	54	6,1	6,1	36,0	
	29	69	7,7	7,7	43,8	
	30	78	8,8	8,8	52,5	
	31	41	4,6	4,6	57,1	
	32	56	6,3	6,3	63,4	
	33	66	7,4	7,4	70,8	
	34	53	5,9	5,9	76,8	
	35	50	5,6	5,6	82,4	
	36	61	6,8	6,8	89,2	
	37	24	2,7	2,7	91,9	
	38	26	2,9	2,9	94,8	
	39	17	1,9	1,9	96,7	
	40	14	1,6	1,6	98,3	
	41	7	0,8	0,8	99,1	
	42	8	0,9	0,9	100,0	
		Total	891	100,0	100,0	

Proposition des auteurs :

Aucune, un faible score indique un niveau plus important d'ambiguïté

Catégorisation retenue :

Score 6-22 = ambiguïté des rôles élevée

Score 23-30 = ambiguïté de rôles moyenne

Score 31-42 = ambiguïté des rôles faible

## 7. Autonomie (minimum = 3 ; maximum = 21)

### Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	3	7	0,8	0,8	0,8
	4	7	0,8	0,8	1,6
	5	8	0,9	0,9	2,5
	6	17	1,9	1,9	4,4
	7	10	1,1	1,1	5,5
	8	14	1,6	1,6	7,1
	9	29	3,3	3,3	10,3
	10	38	4,3	4,3	14,6
	11	30	3,4	3,4	18,0
	12	78	8,8	8,8	26,7
	13	58	6,5	6,5	33,2
	14	71	8,0	8,0	41,2
	15	103	11,6	11,6	52,7
	16	82	9,2	9,2	62,0
	17	65	7,3	7,3	69,2
	18	120	13,5	13,5	82,7
	19	52	5,8	5,8	88,6
	20	37	4,2	4,2	92,7
	21	65	7,3	7,3	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un niveau plus important d'autonomie

### Catégorisation retenue :

Score 3-9 = faible autonomie

Score 10-15 = autonomie moyenne

Score 16-21 = autonomie élevée

## 8. Soutien des supérieurs (minimum = 0 ; maximum = 15)

### Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	0	5	0,6	0,6	0,6
	1	7	0,8	0,8	1,3
	2	12	1,3	1,3	2,7
	3	30	3,4	3,4	6,1
	4	34	3,8	3,8	9,9
	5	65	7,3	7,3	17,2
	6	77	8,6	8,6	25,8
	7	133	14,9	14,9	40,7
	8	218	24,5	24,5	65,2
	9	150	16,8	16,8	82,0
	10	73	8,2	8,2	90,2
	11	43	4,8	4,8	95,1
	12	39	4,4	4,4	99,4
	13	2	0,2	0,2	99,7
	15	3	0,3	0,3	100,0
		Total	891	100,0	100,0

### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un niveau important de soutien des supérieurs

### Catégorisation retenue :

Score 0-6 = faible soutien des supérieurs

Score 7-9 = soutien moyen des supérieurs

Score 10-15 = soutien élevé des supérieurs

## 9. Soutien des collègues (minimum = 0 ; maximum = 15)

### Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé	
Valide	1	1	0,1	0,1	0,1	
	3	1	0,1	0,1	0,2	
	4	1	0,1	0,1	0,3	
	5	5	0,6	0,6	0,9	
	6	16	1,8	1,8	2,7	
	7	52	5,8	5,8	8,5	
	8	198	22,2	22,2	30,8	
	9	223	25,0	25,0	55,8	
	10	134	15,0	15,0	70,8	
	11	129	14,5	14,5	85,3	
	12	124	13,9	13,9	99,2	
	13	6	0,7	0,7	99,9	
	15	1	0,1	0,1	100,0	
		Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un niveau important de soutien des collègues.

### Catégorisation retenue :

Score 0-6 = faible soutien des collègues

Score 7-9 = soutien moyen des collègues

Score 10-15 = soutien élevé des collègues

## 10. Sentiment d'efficacité personnelle (minimum = 10 ; maximum = 40)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	20	4	0,4	0,4	0,4
	21	3	0,3	0,3	0,8
	22	3	0,3	0,3	1,1
	23	4	0,4	0,4	1,6
	24	8	0,9	0,9	2,5
	25	16	1,8	1,8	4,3
	26	20	2,2	2,2	6,5
	27	35	3,9	3,9	10,4
	28	61	6,8	6,8	17,3
	29	129	14,5	14,5	31,8
	30	208	23,3	23,3	55,1
	31	74	8,3	8,3	63,4
	32	46	5,2	5,2	68,6
	33	39	4,4	4,4	73,0
	34	43	4,8	4,8	77,8
	35	38	4,3	4,3	82,0
	36	45	5,1	5,1	87,1
	37	37	4,2	4,2	91,2
	38	35	3,9	3,9	95,2
	39	26	2,9	2,9	98,1
40	17	1,9	1,9	100,0	
	Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un sentiment d'efficacité personnelle plus important

### Catégorisation retenue :

Score 10-28 = sentiment d'efficacité personnelle faible  
 Score 29-30 = sentiment d'efficacité personnelle moyen  
 Score 31-40 = sentiment d'efficacité personnelle élevé

## 11. Demandes physiques (minimum = 0 ; maximum = 9)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	0	695	78,0	78,0	78,0
	1	126	14,1	14,1	92,1
	2	42	4,7	4,7	96,9
	3	22	2,5	2,5	99,3
	4	3	0,3	0,3	99,7
	5	2	0,2	0,2	99,9
	6	1	0,1	0,1	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Score 0 = aucune contrainte physique  
 Score 1-3 = de 1 à 3 contraintes  
 Score 4-9 = 4 contraintes ou plus

### Catégorisation retenue :

Score 0 = faibles demandes physiques du travail

Score 1 = demandes physiques du travail moyennes  
 Score 2-9 = demandes physiques du travail élevées

## 12. Demandes psychologiques (minimum = 0 ; maximum = 27)

Distribution des scores :

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide 2	1	0,1	0,1	0,1
4	1	0,1	0,1	0,2
5	2	0,2	0,2	0,4
6	5	0,6	0,6	1,0
7	8	0,9	0,9	1,9
8	10	1,1	1,1	3,0
9	18	2,0	2,0	5,1
10	35	3,9	3,9	9,0
11	39	4,4	4,4	13,4
12	60	6,7	6,7	20,1
13	82	9,2	9,2	29,3
14	95	10,7	10,7	40,0
15	116	13,0	13,0	53,0
16	87	9,8	9,8	62,7
17	75	8,4	8,4	71,2
18	83	9,3	9,3	80,5
19	58	6,5	6,5	87,0
20	43	4,8	4,8	91,8
21	34	3,8	3,8	95,6
22	24	2,7	2,7	98,3
23	10	1,1	1,1	99,4
24	5	0,6	0,6	100,0
Total	891	100,0	100,0	

Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un niveau plus important de demandes psychologiques

Catégorisation retenue :

Score 0-10 = demandes psychologiques faibles  
 Score 11-16 = demandes psychologiques moyennes  
 Score 17-27 = demandes psychologiques élevées

**13. Intention de quitter son emploi** (minimum = 3 ; maximum = 15)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé	
Valide	3	268	30,1	30,1	30,1	
	4	76	8,5	8,5	38,6	
	5	75	8,4	8,4	47,0	
	6	98	11,0	11,0	58,0	
	7	56	6,3	6,3	64,3	
	8	62	7,0	7,0	71,3	
	9	56	6,3	6,3	77,6	
	10	49	5,5	5,5	83,1	
	11	37	4,2	4,2	87,2	
	12	40	4,5	4,5	91,7	
	13	18	2,0	2,0	93,7	
	14	12	1,3	1,3	95,1	
	15	44	4,9	4,9	100,0	
		Total	891	100,0	100,0	

Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique une intention plus importante de quitter son emploi

Catégorisation retenue :

Score 3-7 = intention faible de quitter son emploi

Score 8-10 = intention moyenne de quitter son emploi

Score 11-15 = intention élevée de quitter son emploi

**14. Satisfaction** (minimum = 1 ; maximum = 4)

Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1	42	4,7	4,7	4,7
	2	144	16,2	16,2	20,9
	3	587	65,9	65,9	86,8
	4	118	13,2	13,2	100,0
	Total	891	100,0	100,0	

Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique une satisfaction plus importante

Catégorisation retenue :

Score 1-2 = satisfaction faible

Score 3-4 = satisfaction élevée

## 15. Stress (minimum = 0 ; maximum = 56)

### Distribution des scores :

		Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	0	2	0,2	0,2	0,2
	13	1	0,1	0,1	0,3
	20	1	0,1	0,1	0,4
	21	1	0,1	0,1	0,6
	22	3	0,3	0,3	0,9
	23	1	0,1	0,1	1,0
	24	12	1,3	1,3	2,4
	25	20	2,2	2,2	4,6
	26	21	2,4	2,4	7,0
	27	24	2,7	2,7	9,7
	28	30	3,4	3,4	13,0
	29	58	6,5	6,5	19,5
	30	55	6,2	6,2	25,7
	31	74	8,3	8,3	34,0
	32	86	9,7	9,7	43,7
	33	89	10,0	10,0	53,6
	34	78	8,8	8,8	62,4
	35	84	9,4	9,4	71,8
	36	70	7,9	7,9	79,7
	37	66	7,4	7,4	87,1
	38	34	3,8	3,8	90,9
	39	24	2,7	2,7	93,6
	40	27	3,0	3,0	96,6
	41	8	0,9	0,9	97,5
	42	12	1,3	1,3	98,9
	43	2	0,2	0,2	99,1
	44	2	0,2	0,2	99,3
	45	1	0,1	0,1	99,4
46	2	0,2	0,2	99,7	
47	2	0,2	0,2	99,9	
48	1	0,1	0,1	100,0	
	Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Score < 25 = stress faible

Score > 50 = stress élevé

### Catégorisation retenue :

Score 0-27 = stress faible

Score 28-37 = stress moyen

Score 38-56 = stress élevé

## 16. Épuisement professionnel (minimum = 0 ; maximum = 54)

### Distribution des scores :

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	0	7	0,8	0,8
	1	5	0,6	1,3
	2	5	0,6	1,9
	3	9	1,0	2,9
	4	15	1,7	4,6
	5	23	2,6	7,2
	6	13	1,5	8,6
	7	25	2,8	11,4
	8	21	2,4	13,8
	9	37	4,2	18,0
	10	38	4,3	22,2
	11	27	3,0	25,3
	12	34	3,8	29,1
	13	27	3,0	32,1
	14	27	3,0	35,1
	15	21	2,4	37,5
	16	23	2,6	40,1
	17	32	3,6	43,7
	18	36	4,0	47,7
	19	27	3,0	50,7
	20	25	2,8	53,5
	21	26	2,9	56,5
	22	28	3,1	59,6
	23	21	2,4	62,0
	24	18	2,0	64,0
	25	27	3,0	67,0
	26	18	2,0	69,0
	27	19	2,1	71,2
	28	19	2,1	73,3
	29	21	2,4	75,6
	30	19	2,1	77,8
	31	17	1,9	79,7
	32	13	1,5	81,1
	33	18	2,0	83,2
	34	13	1,5	84,6
	35	16	1,8	86,4
	36	11	1,2	87,7
	37	15	1,7	89,3
	38	11	1,2	90,6
	39	12	1,3	91,9
	40	13	1,5	93,4
	41	14	1,6	94,9
	42	7	0,8	95,7
	43	10	1,1	96,9
	44	8	0,9	97,8
	45	3	0,3	98,1
	47	1	0,1	98,2
	48	5	0,6	98,8
	49	1	0,1	98,9
	50	3	0,3	99,2
	51	2	0,2	99,4
	52	1	0,1	99,6
	53	2	0,2	99,8
	54	2	0,2	100,0
	Total	891	100,0	100,0

### Proposition des auteurs :

Score  $\leq 17$  = épuisement émotionnel faible

Score 18-29 = épuisement émotionnel moyen

Score  $\geq 30$  = épuisement émotionnel élevé

### Catégorisation retenue :

Score  $\leq 17$  = épuisement émotionnel faible

Score 18-29 = épuisement émotionnel moyen

Score  $\geq 30$  = épuisement émotionnel élevé

## 17. Engagement au travail (minimum = 0 ; maximum = 54)

### Distribution des scores :

	Fréquence	%	% valide	% cumulé
Valide	1	0,1	0,1	0,1
7	1	0,1	0,1	0,2
10	1	0,1	0,1	0,3
11	1	0,1	0,1	0,4
13	1	0,1	0,1	0,6
15	2	0,2	0,2	0,8
16	2	0,2	0,2	1,0
17	2	0,2	0,2	1,2
18	3	0,3	0,3	1,6
19	4	0,4	0,4	2,0
20	4	0,4	0,4	2,5
21	4	0,4	0,4	2,9
22	5	0,6	0,6	3,5
23	12	1,3	1,3	4,8
24	5	0,6	0,6	5,4
25	6	0,7	0,7	6,1
26	14	1,6	1,6	7,6
27	14	1,6	1,6	9,2
28	12	1,3	1,3	10,5
29	21	2,4	2,4	12,9
30	14	1,6	1,6	14,5
31	16	1,8	1,8	16,3
32	23	2,6	2,6	18,9
33	22	2,5	2,5	21,3
34	23	2,6	2,6	23,9
35	22	2,5	2,5	26,4
36	23	2,6	2,6	29,0
37	30	3,4	3,4	32,3
38	36	4,0	4,0	36,4
39	37	4,2	4,2	40,5
40	33	3,7	3,7	44,2
41	46	5,2	5,2	49,4
42	39	4,4	4,4	53,8
43	60	6,7	6,7	60,5
44	43	4,8	4,8	65,3
45	66	7,4	7,4	72,7
46	45	5,1	5,1	77,8
47	32	3,6	3,6	81,4
48	34	3,8	3,8	85,2
49	29	3,3	3,3	88,4
50	26	2,9	2,9	91,4
51	26	2,9	2,9	94,3
52	24	2,7	2,7	97,0
53	5	0,6	0,6	97,5
54	22	2,5	2,5	100,0
Total	891	100,0	100,0	

### Proposition des auteurs :

Aucune, un score élevé indique un engagement au travail plus important

### Catégorisation retenue :

Score 0-25 = engagement au travail faible

Score 26-40 = engagement au travail moyen

Score 41-56 = engagement au travail élevé

## Annexe 3 : Tableau des corrélations des variables

		Score développement et avancement professionnel	Score accès à l'information	Score accès au soutien	Score accès aux ressources	Score perception de la dotation (MOYENNE)	Score clarté des rôles	Score autonomie	Score soutien des supérieurs	Score soutien des collègues	Score demandes physiques	Score demandes psychologiques	Score intention de quitter son emploi	Score stress	Score épuisement émotionnel	Score satisfaction au travail	Score épuisement émotionnel	Score épuisement émotionnel
Score développement et avancement	Coefficient de corrélation	1,000	0,241	0,332	0,189	0,173	0,293	0,325	0,192	0,118	0,009	-0,051	-0,232	0,026	-0,158	0,249	0,299	0,085
Score accès à l'information	Coefficient de corrélation	0,241	1,000	0,368	0,293	0,194	0,244	0,258	0,265	0,081	-0,088	-0,161	-0,174	0,011	-0,204	0,158	0,151	0,102
Score accès au soutien	Coefficient de corrélation	0,332	0,368	1,000	0,414	0,223	0,347	0,287	0,356	0,096	0,024	-0,183	-0,224	-0,055	-0,231	0,191	0,252	0,086
Score accès aux ressources	Coefficient de corrélation	0,189	0,293	0,414	1,000	0,351	0,359	0,271	0,329	0,112	-0,077	-0,308	-0,239	-0,149	-0,348	0,234	0,157	0,153
Score perception de la dotation	Coefficient de corrélation	0,173	0,194	0,223	0,351	1,000	0,217	0,237	0,176	0,042	-0,114	-0,262	-0,181	-0,125	-0,251	0,193	0,112	0,130
Score clarté des rôles	Coefficient de corrélation	0,293	0,244	0,347	0,359	0,217	1,000	0,376	0,317	0,211	0,017	-0,213	-0,220	-0,054	-0,325	0,221	0,274	0,245
Score autonomie	Coefficient de corrélation	0,325	0,258	0,287	0,271	0,237	0,376	1,000	0,289	0,193	-0,076	-0,239	-0,287	0,025	-0,264	0,299	0,304	0,259
Score soutien des supérieurs	Coefficient de corrélation	0,192	0,265	0,356	0,329	0,176	0,317	0,289	1,000	0,176	-0,044	-0,156	-0,238	-0,057	-0,274	0,244	0,165	0,118
Score soutien des collègues	Coefficient de corrélation	0,118	0,081	0,096	0,112	0,042	0,211	0,193	0,176	1,000	0,034	-0,015	-0,079	0,060	-0,103	0,089	0,103	0,205
Score demandes physiques	Coefficient de corrélation	0,009	-0,088	0,024	-0,077	-0,114	0,017	-0,076	-0,044	0,034	1,000	0,124	0,055	0,052	0,125	-0,057	0,030	-0,020
Score demandes psychologiques	Coefficient de corrélation	-0,051	-0,161	-0,183	-0,308	-0,262	-0,213	-0,239	-0,156	-0,015	0,124	1,000	0,225	0,216	0,418	-0,213	-0,055	-0,054
Score intention de quitter son emploi	Coefficient de corrélation	-0,232	-0,174	-0,224	-0,239	-0,181	-0,220	-0,287	-0,238	-0,079	0,055	0,225	1,000	0,097	0,364	-0,358	-0,236	-0,086
Score stress	Coefficient de corrélation	0,026	0,011	-0,055	-0,149	-0,125	-0,054	0,025	-0,057	0,060	0,052	0,216	0,097	1,000	0,181	-0,076	-0,004	0,101
Score épuisement émotionnel	Coefficient de corrélation	-0,158	-0,204	-0,231	-0,348	-0,251	-0,325	-0,264	-0,274	-0,103	0,125	0,418	0,364	0,181	1,000	-0,364	-0,305	-0,217
Score satisfaction au travail	Coefficient de corrélation	0,249	0,158	0,191	0,234	0,193	0,221	0,299	0,244	0,089	-0,057	-0,213	-0,358	-0,076	-0,364	1,000	0,288	0,143
Score épuisement émotionnel	Coefficient de corrélation	0,299	0,151	0,252	0,157	0,112	0,274	0,304	0,165	0,103	0,030	-0,055	-0,236	-0,004	-0,305	0,288	1,000	0,252
Score épuisement émotionnel	Coefficient de corrélation	0,085	0,102	0,086	0,153	0,130	0,245	0,259	0,118	0,205	-0,020	-0,054	-0,086	0,101	-0,217	0,143	0,252	1,000

# Annexe 4 : Approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal



Comité d'éthique de la recherche en santé

10 novembre 2016

Objet: Approbation éthique - « Étude transversale descriptive de l'expérience au travail des infirmières québécoises »

Mme Marie-Annick Gagné,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)  
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Carl-Ardy Dubois, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières

Roxane Borgès Da Silva, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières

p.j. Certificat #16-148-CERES-D

**adresse postale**

C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Briçon  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.montreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Étude transversale descriptive de l'expérience au travail des infirmières québécoises
Étudiante requérante	Marie-Annick Gagné (ND), Candidate à la M. Sc. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Carl-Ardy Dubois, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Roxane Borgès Da Silva, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

#### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

  
Dominique Langeneer, Présidente  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

10 novembre 2016  
Date de délivrance

1er décembre 2017  
Date de fin de validité

# Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (VERSION FRANÇAISE)

### ÉTUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE DE L'EXPÉRIENCE AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES

**Étudiante chercheuse :** Marie-Annick Gagné, B.Sc.Inf  
Candidate à la maîtrise en administration des services infirmiers de l'Université de Montréal  
Courriel : [REDACTED]  
Téléphone [REDACTED]

**Sous la direction de :**  
Carl-Ardy Dubois, Ph.D., Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal  
Courriel : [REDACTED]  
Roxane Borgès Da Silva, Ph.D., Professeur adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal  
Courriel : [REDACTED]

**Organisme subventionnaire :** Notez que cette étude qui est effectuée dans le cadre d'une maîtrise en administration des services infirmiers ne fait l'objet d'aucune subvention.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à contacter la personne ressource de l'équipe de recherche pour toutes questions que vous jugerez utiles.

### Section 1 : Présentation du projet

#### I. Informations générales

Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de Marie-Annick Gagné, B.Sc.Inf., et est dirigé par Carl-Ardy Dubois, Ph.D. et Roxane Borgès Da Silva, Ph.D. de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche. Avant de débiter et de consentir à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de bien considérer l'information qui suit.

Si pour quelque raison les renseignements ne vous semblent pas clairs, vous pouvez en tout temps contacter la personne ressource de l'équipe de recherche.

Si vous consentez à participer à cette recherche, vous serez directement dirigé vers le questionnaire électronique et pourrez alors le compléter immédiatement selon votre convenance.

---

## II. Objectifs du projet de recherche et implication des participants

Cette étude a le but de décrire l'expérience au travail des infirmières québécoises, concept difficile à appréhender tant par les milieux de pratique que par les chercheurs. Pour ainsi répondre au but de l'étude, plusieurs données seront collectées en lien avec votre perception sur les ressources liées aux facteurs structurels de l'environnement de travail et aux processus de travail, vos ressources personnelles, les demandes imposées par votre travail, divers résultats tels que votre satisfaction au travail.

Le nombre de participants visés pour cette étude est de 500 infirmières.

Les résultats obtenus au terme de cette recherche permettront de générer des connaissances utiles aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux soucieux d'améliorer la gestion des ressources humaines infirmières dans leurs établissements.

Votre implication consiste à compléter le questionnaire, dont le temps requis est estimé à vingt minutes. Celui-ci sera directement renvoyé à l'équipe de recherche une fois complété.

## III. Déroulement du projet

Suite à un processus de sélection effectué en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), vous avez reçu un courriel vous invitant à participer à cette étude. Une fois le formulaire d'information et de consentement lu, vous disposerez d'une période de réflexion à l'intérieur de laquelle vous pourrez contacter à tout moment la personne ressource de l'équipe de recherche si une ou des informations ne vous semblent pas assez claires. Si vous consentez à participer à cette étude, vous serez directement dirigé vers le questionnaire en ligne (via  *Lime Survey* ). Une fois celui-ci complété, il sera directement renvoyé à l'équipe de recherche à des fins d'analyse. Les résultats de cette étude seront disponibles à partir de l'automne 2017.

Les principaux thèmes abordés sont liés à votre perception sur la dotation, les relations avec vos supérieurs et collègues, la clarté de vos rôles, votre autonomie décisionnelle, les demandes psychologiques et physiques exigées par votre travail, le stress ressenti, l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail, l'intention de quitter votre emploi, l'engagement au travail, l'accès à l'information, aux sources de soutien, aux ressources et aux possibilités ainsi que sur le sentiment d'auto-efficacité.

Dix jours suivant l'envoi du courriel d'invitation, deux rappels seront systématiquement effectués par voie électronique auprès de toutes les personnes sélectionnées par cette étude. Dans l'éventualité où vous auriez déjà complété le questionnaire ou ne souhaitez pas participer à l'étude, ne tenez pas compte de ces rappels. Après cette période, l'étude prendra fin et il ne vous sera plus possible d'y participer.

Si vous devez quitter le questionnaire sans toutefois avoir complété toutes les questions, il vous sera possible d'y revenir plus tard, en reprenant où vous étiez rendus.

Vous avez également le choix de refuser de participer en ignorant ce courriel d'invitation ainsi que les rappels qui suivront.

## IV. Risques et inconvénients

Cette étude ne comporte aucun risque ou inconvénient outre le temps nécessaire pour compléter le questionnaire.

## V. Avantages

Il se puisse que vous ne retiriez aucun avantage direct à votre participation. Toutefois, vous contribuerez à l'avancement des connaissances dans les domaines de l'administration et des sciences infirmières. De plus, les résultats issus de cette recherche pourraient améliorer la gestion des ressources humaines infirmières dans les différents établissements.

## VI. Confidentialité et protection des données

Votre participation à cette étude se fera de nature non-identificatoire pour respecter votre confidentialité.

Puisque l'OIIQ a fourni à l'équipe de recherche une liste nominative des personnes sélectionnées, cette dernière s'est engagée à la confidentialité de vos données personnelles. Celles-ci seront uniquement conservées durant la période prévue pour la collecte des données afin de permettre à l'équipe de recherche de procéder aux rappels électroniques. Elles seront accessibles par l'équipe de recherche puis détruites par la suite.

Quant aux données collectées par le questionnaire, seuls les renseignements nécessaires pour répondre au but de l'étude seront recueillis. Toutes les données seront gardées en sécurité dans une base de données et demeureront strictement confidentielles. Elles seront conservées pour une période de sept ans suivant la fin de l'étude, puis détruites par la suite.

Les résultats généraux de cette recherche seront envoyés par courriel aux personnes sélectionnées dans le cadre de cette étude sous forme d'infolettre. Les données pourront par la suite être diffusées et publiées dans des revues scientifiques ou faire l'objet de discussion. Aucune donnée confidentielle liée aux participants ne sera mentionnée de quelque manière que ce soit.

## VII. Participation volontaire

Votre participation à ce projet se fait sur une base volontaire, sans contrainte. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Votre participation ou refus de participer ne sera en aucun cas rapporté à l'OIIQ.

Notez bien que vous ne pourrez pas vous retirer de cette étude une fois le questionnaire complété et renvoyé à l'équipe de recherche puisque celui-ci ne permet pas d'identifier les participants. Les données qui y seront collectées ne pourront donc pas être détruites.

## VIII. Personne ressource

Pour toutes questions ou préoccupations relatives à cette étude, vous pouvez communiquer avec la personne ressource de l'équipe de recherche aux coordonnées suivantes :

Marie-Annick Gagné, B.Sc.Inf.

Courriel

Téléphone :

Disponibilités : Tous les jours, de 9h à 17h

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

## Section 2 : Consentement

### Déclaration du participant

J'ai bien pris connaissance des renseignements ci-haut. J'ai pu contacter l'équipe de recherche si l'information ne me semblait pas assez précise pour me permettre une compréhension éclairée de ce qu'impliquait cette étude. Je comprends qu'en participant à ce projet, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre une décision quant à ma participation volontaire.

**J'ai lu les informations ci-haut et je  
consens à participer à cette étude**