

Université de Montréal

La qualité de vie au travail des infirmières québécoises en lien avec la réalisation d'heures
supplémentaires

Par
Catherine Marceau

Faculté des Sciences Infirmières

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

Avril 2022

© Catherine Marceau, 2022

Ce mémoire intitulé

**La qualité de vie au travail des infirmières québécoises en lien avec la réalisation
d'heures supplémentaires**

Présentée par

Catherine Marceau

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

José Côté, Ph. D.

Présidente-rapporteure

Lucie Richard, Ph. D.

Directrice de recherche

Roxane Borgès Da Silva, Ph. D.

Codirectrice

Isabelle Brault, Ph. D.

Membre du jury

Résumé

But : Cette étude visait à examiner le nombre d'heures supplémentaires effectuées chez les infirmières québécoises œuvrant en CH, leur qualité de vie au travail et le lien entre heures supplémentaires et qualité de vie au travail, cela en tenant compte de caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. **Problématique :** Le recours aux heures supplémentaires est une préoccupation internationale. Au Québec, il y a une augmentation des heures supplémentaires depuis quelques années. Il existe peu de recherches sur les liens entre la réalisation des heures supplémentaires des infirmières québécoises et la qualité de vie au travail. **Méthode:** 16009 infirmières ont été invitées à participer à cette étude corrélationnelle en répondant à la version française du questionnaire *Quality of Work Life* (QoWL). Les données ont été collectées durant les mois de février et mars 2021. Des analyses statistiques ont permis d'examiner les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires et la qualité de vie au travail des infirmières en tenant compte de diverses caractéristiques personnelles et professionnelles. **Résultats :** 1555 infirmières ont rempli le questionnaire. 65 % des répondantes ont indiqué faire des heures supplémentaires volontaires. Près de 30 % des répondantes ont déclaré effectuer des heures supplémentaires obligatoires. En moyenne, les répondantes ont déclaré un niveau moyen/modéré de la QVT. Les heures supplémentaires obligatoires se sont avérées un prédicteur significatif de la QVT. D'autres variables telles l'âge, le genre, le statut matrimonial, le titre d'emploi, le secteur d'activité et le quart de travail ont également émergé comme prédictives de la QVT. **Conclusion :** Contrairement aux heures supplémentaires effectuées de manière volontaire, l'absence d'heures supplémentaires obligatoires est associée à une meilleure qualité de vie au travail. Il serait pertinent d'instaurer une réglementation pour restreindre l'utilisation des heures supplémentaires obligatoires afin d'améliorer la QVT. Les résultats de cette étude renforcent en outre l'importance de distinguer les heures supplémentaires effectuées de façon obligatoires de celles volontaires dans les futurs travaux sur cette question. **Mots-clés :** Infirmières, heures supplémentaires, heures supplémentaires obligatoires, qualité de vie au travail

Abstract

Objective: This study aims to examine the amount of overtime hours worked by nurses from Quebec working in hospitals, their quality of work life (QWL) and the relationship between the two variables while also taking into account socio-demographic and professional characteristics. **Background:** Relying on overtime is an international concern. In Quebec, the amount of overtime has been increasing in the past few years. Little research has been conducted about the impact of overtime on the QWL of nurses in Quebec. **Methods:** An invitation to participate in this correlational study was sent to 16 009 nurses. The data was collected in the months of February and March 2021. Statistical analyses served to examine the links between working overtime hours and the quality of work life of nurses taking into account various personal and professional characteristics. **Results:** The questionnaire was completed by 1 555 nurses. Sixty-five percent of respondents indicated that they voluntarily worked overtime. Nearly 30% of respondents declared they had worked mandatory overtime. On average, respondents declared having a mid/moderate level of QWL. Mandatory overtime has proven to have a significant impact on the level of QWL. Other variables such as age, gender, marital status, job title, department and shift work also emerged as predictors of QWL. **Conclusion:** Unlike voluntary overtime, the absence of mandatory overtime is associated with a better quality of work life. The results show that nurses who do not perform mandatory overtime have a higher level of QWL. It would thus be appropriate to establish regulations that restrict mandatory overtime to improve QWL. The results also suggest that it would be relevant to conduct further studies in which mandatory and voluntary overtime are separate.

Keywords: Nurses, overtime hours, mandatory overtime, quality work of life

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Tables des matières	5
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
Liste des sigles et abréviations	10
Remerciements.....	11
Introduction	12
Chapitre 1 - Problématique.....	13
1.1 But du projet.....	16
Chapitre 2 - Recension des écrits	17
2.1 Définitions et contexte général des heures supplémentaires	17
2.2 Impacts des heures supplémentaires volontaires et obligatoires sur les plans individuel et professionnel	22
2.2.1 Les impacts des heures supplémentaires sur le plan personnel.....	22
2.2.2 Les impacts des heures supplémentaires sur le plan professionnel.....	23
2.2.3 La distinction des impacts des HSV et HSO.....	24
2.2.4 Les études canadiennes en sciences infirmières sur les heures supplémentaires	26
2.3 Historique, définitions et théories de la qualité de vie au travail.....	27
2.4 Qualité de vie au travail des infirmières.....	32
2.4.1 Modèles théoriques de la QVT des infirmières	34
2.5 Études quantitatives et qualitatives sur la QVT des infirmières.....	37
2.5.1 QVT étudiée en lien avec la rétention du personnel.....	37
2.5.2 Les études portant sur les facteurs qui influencent la QVT.....	38
2.6 Synthèse.....	39
2.7 Cadre conceptuel	41
Chapitre 3 - Méthodologie.....	43
3.1 Type d'étude.....	43

3.2	Contexte et milieu de l'étude.....	43
3.3	Population cible et échantillon	44
3.4	Stratégie de collecte de données.....	45
3.5	Instruments de collecte de données	46
3.5.1	Qualité de vie au travail.....	46
3.5.2	Heures supplémentaires.....	48
3.5.3	Caractéristiques personnelles et professionnelles.....	48
3.6	Analyse des données.....	49
3.7	Considérations éthiques.....	50
	Chapitre 4 - Résultats.....	51
4.1	Échantillon et taux de réponse	51
4.2	Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondantes.....	51
4.3	Analyses descriptives	54
4.3.1	Les heures supplémentaires	54
4.3.2	La qualité de vie au travail (QVT)	55
4.4	Analyses bivariées	57
4.5	Analyses multivariées	61
	Chapitre 5 - Discussion.....	64
5.1	Les heures supplémentaires travaillées chez les infirmières du Québec œuvrant en centre hospitalier	64
5.2	La qualité de vie au travail des infirmières québécoises œuvrant en centre hospitalier	65
5.3	L'association entre les heures supplémentaires et la qualité de vie au travail	67
5.4	L'association des autres variables (personnelles et professionnelles) sur la qualité de vie au travail	68
5.5	Les implications pour les gestionnaires et la recherche	71
5.6	Forces et limites de l'étude	74
	Conclusion.....	75
	Références bibliographiques.....	77
	Annexe A. Message d'invitation pour participer à l'étude.....	91
	Annexe B. Questionnaire sur les données sociodémographiques	92

Annexe C. Questionnaire sur la qualité de vie au travail.....	98
Annexe D. Certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)	99
Annexe E. Formulaire d'information et de consentement	101

Liste des tableaux

Tableau 1. Définitions de la QVT des infirmières.....	33
Tableau 2. Quatre dimensions de la QVT des infirmières de Brooks (2001).....	35
Tableau 3. Dimensions de l'échelle de QVT (WRQoL).....	47
Tableau 4. Les variables indépendantes de l'étude.....	49
Tableau 5. Distribution des participantes selon certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	53
Tableau 6. Distribution des heures supplémentaires volontaires et obligatoires effectuées par les participantes dans le dernier mois.....	55
Tableau 7. Qualité de vie au travail: score de la QVT et score de chacune des dimensions	56
Tableau 8. Score de qualité de vie (sur 5 points) selon le temps supplémentaire et certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	58
Tableau 9. Régression logistiques des scores de qualité de vie sur les variables sociodémographiques et professionnelles	62

Liste des figures

Figure 1. « Cercle vicieux du manque de personnel » de Rajbhandary et Basu (2010) ...	21
Figure 2. Structure conique de la qualité de vie au travail en regard de la qualité de vie en général, adaptée par Sylvain Brousseau (2006). Tiré et traduit d'Elizur, D. et Shye, S. (1990)	30
Figure 3. Le modèle théorique de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes de O'Brien-Pallas et Baumann (1992)	34
Figure 4. Le modèle de la qualité de vie au travail de Van Laar, Edwards et Easton (2007), adapté par Deidra Bernard Dudley (2015)	41
Figure 5. Distribution du score du score global de la qualité de vie au travail (sur 5 points)	56

Liste des sigles et des abréviations

α	Coefficient alpha de Cronbach
BEG	Bien-être général
CAT	Contrôle au travail
CET	Conditions et environnement de travail
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
ETV	Équilibre travail-vie personnelle
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
HSO	Heures supplémentaires obligatoires
HSV	Heures supplémentaires volontaires
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
QVT	Qualité de vie au travail
SEC	Satisfaction de l'évolution de carrière et l'autonomie
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAT	Stress au travail
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
WRQoL	Work-Related Quality of Life Scale

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche Lucie Richard qui m'a soutenu, motivé et s'est montrée disponible tout au long de mon projet de maîtrise. Je tiens également à remercier Roxane Borgès Da Silva, co-directrice de recherche, pour ses connaissances et son expertise. Il m'aurait été difficile de mener à terme ce projet sans les compétences d'Alexandre Prud'homme, professionnel de recherche.

Je tiens à souligner l'importante collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui m'a permis de rejoindre un grand nombre d'infirmières. Je souhaite remercier aussi tous les infirmières et infirmiers qui ont accepté de participer à l'étude.

Finalement, je veux remercier mes parents qui m'ont toujours encouragé à persévérer dans l'atteinte de mes accomplissements personnels, universitaires et professionnels. Je tiens à remercier ma précieuse amie Sanaa pour sa présence et son écoute au cours des dernières années.

Introduction

Depuis quelques années, le système de santé est l'objet de nombreuses réformes, et cela, dans un contexte de vieillissement démographique, d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, de rareté des ressources, d'expansion rapide des technologies et de pénurie de personnel. (Dubois, Bentein, Mansour, Gilbert et Bédard, 2013). En collaboration avec le Conseil international des Infirmières et le programme Nursing Now, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport indiquant que les pays sont confrontés à une pénurie planétaire d'infirmières (OMS, 2020). Un manque de 60 000 infirmières est à prévoir dans le réseau canadien d'ici 2022 (AIIC, 2009). Les principaux facteurs rapportés comme ayant précipité et maintenu une pénurie du personnel infirmier dans le réseau de la santé québécois sont : un départ massif d'infirmières à la retraite depuis le milieu des années 1990 (Bougie et Cara, 2008), la fermeture et les fusions des hôpitaux (Lapointe, Chayer, Bernard Malo, et Rivard, 2000), les compressions budgétaires (Rajbhandary et Basu, 2010) et des successions rapides de transformation du réseau telle que la plus récente réforme modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment la loi n^o 10 (Loi sur la santé publique, RLRQ c S-2.2) et l'abolition des agences régionales en 2015. Les infirmières sont appelées à faire des heures supplémentaires volontaires ou obligatoires pour contrer cette pénurie de ressources humaines (Bougie et Cara, 2008; Rochefort, 2019). Peu d'études ont abordé la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières qui effectuent des heures supplémentaires en centre hospitalier, plus particulièrement au Québec (Bae et Fabry, 2014; Bougie et Cara, 2008).

Chapitre 1 - Problématique

Le recours aux heures supplémentaires est une préoccupation internationale en Asie, en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie (Bae et Fabry, 2014). En 2016, près de 27 % des infirmières canadiennes travaillant dans le secteur public ont effectué des heures supplémentaires (Jacobson Consulting Inc., 2017). Les infirmières ont travaillé environ 15,2 millions d'heures supplémentaires rémunérées pour une année, occasionnant des dépenses de 788 millions de dollars au Canada (Jacobson Consulting Inc., 2017). La situation est particulièrement marquée au Québec (Canadian Federation of Nurses Union, 2018). Le Québec détient le taux d'heures supplémentaires le plus élevé chez le personnel infirmier dans les provinces et territoires du Canada, soit 35,3 % des heures supplémentaires totales (Jacobson Consulting Inc., 2017). Depuis le milieu des années 1990, le recours à des heures supplémentaires pour contrer la pénurie de personnel infirmier persiste dans les établissements de santé au Québec (Bougie et Cara, 2008; Rochefort, 2019). Cette pratique de gestion est dénoncée dans les médias par les infirmières et les milieux syndicaux (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec, 2017). Aucune législation, politique, loi ou convention collective ne limite l'utilisation des heures supplémentaires volontaires ou n'interdit les heures supplémentaires obligatoires chez les infirmières au Québec (FIQ, 2017).

Un dilemme éthique se présente à l'infirmière que l'on contraint de faire des heures supplémentaires, car celle-ci doit se conformer à son code de déontologie. En effet, dans le cadre de ses fonctions, l'infirmière doit prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité (Art. 42 du Code de déontologie des infirmières et des infirmiers) et fournir des soins et traitements à un client. Celle-ci ne peut l'abandonner (Art. 43 du Code de déontologie des infirmières et des infirmiers). Cependant, l'infirmière doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'elle est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services prodigués (Art. 16 du Code de déontologie des infirmières et des infirmiers). Il est donc difficile pour les infirmières de refuser de faire des heures supplémentaires obligatoires étant donné l'ambiguïté relative du code de déontologie et des pressions exercées par les gestionnaires qui peuvent se traduire par des avertissements ou des mesures disciplinaires (Bougie et Cara 2008).

Les données issues de la recherche ont permis de mettre en lumière l'impact du recours aux heures supplémentaires volontaires ou obligatoires sur les patients, les infirmières et les organisations (Bae, 2021; Bae et Fabry, 2014; Bannai et Tamakoshi, 2014; Lobo et al., 2015; Olds et Clarke, 2010). Les effets négatifs du recours aux heures supplémentaires sur la qualité et la sécurité des soins sont documentés dans la littérature (Bae, 2021; Bae et Fabry, 2014; Olds et Clarke, 2010), notamment dans deux récentes études québécoises. L'étude de cohorte rétrospective de Beltempo et al. (2017) rapporte que les nouveau-nés hospitalisés dans une unité de soins intensifs néonataux d'un centre hospitalier canadien sont plus à risque de développer une infection nosocomiale lors des jours précédant un ratio élevé d'heures supplémentaires chez le personnel infirmier. Une première étude longitudinale de Rochefort et al. (2021) avait examiné les associations entre les pratiques de dotation chez le personnel infirmier et le risque d'événements indésirables chez les patients dans 16 hôpitaux québécois. Pour chaque augmentation de 1 % des heures supplémentaires par quart de travail, il y a une augmentation de risque d'événements indésirables de 0.7 %. Quelques études abordent également les coûts engendrés par ce recours sur le système de santé (Bae et Fabry, 2014). Les chercheurs soulignent des incidences sur la santé, tant physique que mentale, pouvant contribuer à une augmentation du taux d'absentéisme, aux risques de blessures, ainsi qu'aux congés de maladie des infirmières dans la revue systématique de Bae et Fabry (2014).

Les heures supplémentaires non volontaires tendent à avoir des effets néfastes sur des dimensions professionnelles et personnelles, notamment sur la santé mentale et l'engagement au travail, alors que les heures supplémentaires volontaires auraient un effet plutôt bénéfique sur le développement professionnel (Watanabe et Yamauchi, 2018). Dans la littérature, plusieurs études omettent de distinguer les heures supplémentaires obligatoires des heures volontaires (Wheatley, 2017). Cette lacune se retrouve également dans les études ayant évalué la QVT des infirmières travaillant en centre hospitalier (Khajehnasiri, Foroushani, Kashani et Kassiri, 2020). La QVT, les conditions de travail et les risques psychosociaux sont des concepts pour lesquels les chercheurs des disciplines infirmières et autres ont manifesté un intérêt depuis les années 1980 (Vidal-Blanco et al., 2019). La QVT est un concept utilisé pour définir la qualité de vie des individus sur leur

lieu de travail (Vagharseyyedin, Vanaki et Mohammadi, 2011). La QVT est reliée à des aspects inhérents à l'organisation du travail (Vidal-Blanco et al., 2019). Selon des études, la structure organisationnelle, le style de gestion et l'environnement de travail peuvent avoir une incidence sur la QVT des infirmières (Aiken et al., 2013; Horrigan, Lightfoot, Larivière et Jacklin, 2013). Van Laar et al. (2007) soutiennent que le concept et la mesure de la QVT doivent inclure des facteurs internes et externes au travail qui influencent la perception de l'individu de son expérience au travail. Les auteurs ont développé un instrument qui englobe les dimensions suivantes : satisfaction de l'évolution de carrière et l'autonomie, au contrôle au travail, le stress au travail, les conditions de travail, le bien-être général et l'équilibre travail-vie personnelle. Certains chercheurs ont constaté qu'une QVT déficiente dans les organisations de santé est associée à des résultats négatifs chez les infirmières : le stress (Van Bogaert et al., 2013; Jones, 2017), l'engagement professionnel, la satisfaction au travail, le taux de roulement et la rétention du personnel (Almalki et al., 2012; Mosadeghrad et al., 2011; Lee et al., 2017), l'épuisement professionnel (Aiken et al., 2013; Jones, 2017), la santé du personnel (Horrigan et al., 2013; Kelly et al., 2011) et la qualité des soins prodigués aux patients (Van Bogaert et al., 2014). Une faible QVT génère des conséquences négatives à la fois pour les infirmières et pour le patient.

Peu d'études ont porté sur la QVT des infirmières en lien avec la réalisation d'heures supplémentaires, plus spécifiquement en distinguant les heures supplémentaires volontaires de celles travaillées de façon obligatoires (Khajehnasiri et al., 2020; Nowrouzi et al., 2015). Au Québec, seule l'étude de Bougie et Cara qui date de 2008 a porté sur les perceptions des infirmières en contexte de temps supplémentaires (Bougie et Cara, 2008). La présente recherche contribuera à faire avancer les connaissances sur la qualité de vie au travail des infirmières du Québec en lien avec la réalisation d'heures supplémentaires volontaires et obligatoires.

1.1 But du projet

Le but de cette étude consiste à examiner les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires volontaires et obligatoires et la qualité de vie au travail des infirmières œuvrant en centre hospitalier au Québec. Les questions de recherche formulées sont les suivantes :

- Quelle est l'ampleur des HSV et HSO effectuées chez les infirmières du Québec œuvrant en centre hospitalier?
- Quelle est la QVT des infirmières québécoises œuvrant en centre hospitalier?
- Quelle est l'association entre HS (HSV et HSO) et QVT en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles?

Chapitre 2 - Recension des écrits

Trois thèmes principaux seront abordés dans cette section : les heures supplémentaires, les impacts des heures supplémentaires et la qualité de vie au travail. Tout d'abord, le contexte et la définition des heures supplémentaires seront présentés. Ensuite, nous aborderons les impacts des heures supplémentaires des infirmières sur les plans individuel et professionnel, la distinction des impacts des HSV et HSO et les études canadiennes en sciences infirmières qui ont porté sur les heures supplémentaires. Un bref survol quant à l'historique, les définitions et les théories de la qualité de vie au travail seront exposés, de même que la qualité de vie au travail des infirmières. Finalement, le modèle conceptuel de la QVT choisi dans le cadre cette étude sera présenté.

Nous avons choisi les mots-clés suivants pour entreprendre une revue de la littérature des données probantes entourant les concepts centraux de l'étude : infirmières, heures supplémentaires et qualité de vie au travail. Les bases de données électroniques suivantes ont été consultées : Medline, PsycINFO, CINAHL et PubMed. Le processus de sélection documentaire a été établi à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion. Les articles publiés entre 2006 et 2021, rédigés en langues française et anglaise ont été examinés. De plus, les types de publication sélectionnés sont : les méta-analyses, les revues systématiques, les métasynthèses, les revues intégratives, les guides de pratique, les études qualitatives et les études quantitatives. Certaines études datant d'avant 2006 ont été retenues étant donné leur apport considérable au développement des connaissances des concepts clés.

2.1 Définitions et contexte général des heures supplémentaires

Les heures supplémentaires sont définies par l'Office québécois de la langue française comme les : « heures de travail qui sont effectuées, à la demande de l'employeur, au-delà de la durée de la semaine normale de travail ou en dehors des heures normales de travail » (Office québécois de la langue française, 2013). À notre connaissance, il n'existe aucune définition acceptée du concept d'heures supplémentaires obligatoires dans les écrits

scientifiques. Néanmoins, le tribunal d'arbitrage dans le jugement *Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec)* 2014 QCTA 836, définit le temps supplémentaire obligatoire au paragraphe 557 :

1 - Toute période pendant laquelle une infirmière est forcée à exécuter une prestation de travail en dehors de son quart régulier de travail.

2 - L'acceptation in extremis d'une infirmière faisant le constat de la nécessité de « se sacrifier » pour éviter l'odieux d'une charge de travail supplémentaire sur les épaules des collègues déjà surchargés.

3 - Le fait d'entrer au travail plusieurs heures avant le début de son quart de travail dans l'espoir de ne pas se voir exiger de continuer à travailler en TSO après son quart de travail.

L'expression « temps supplémentaire » est utilisée fréquemment dans les écrits scientifiques (Wheatley, 2017). Elle reste toutefois mal définie et utilisée de manière interchangeable avec des termes tels : heures supplémentaires, temps supplémentaire volontaire, temps supplémentaire obligatoire, être de garde, heures supplémentaires non rémunérées (Lobo et al., 2013). Cette réalité a conduit à un ensemble d'études utilisant des méthodologies et des mesures diverses limitant ainsi la capacité de comparer les résultats obtenus, et ultimement de développer des stratégies d'intervention appropriées (Lobo et al., 2013). En outre, d'autres lacunes méthodologiques, notamment liées à l'échantillonnage et au manque de contrôle de variables confondantes, affectent également la qualité des études sur les effets des heures supplémentaires dans le secteur infirmier (Wheatley, 2017; Lobo et al., 2013). L'absence d'une définition cohérente constitue un défi fondamental dans l'évaluation de la prévalence et des conséquences des heures supplémentaires dans le domaine des soins infirmiers (Wheatley, 2017).

Les heures supplémentaires effectuées par les infirmières sont un phénomène répandu mondialement. Les proportions d'infirmières ayant déclaré effectuer des heures

supplémentaires dans différents pays vont de 60 % aux États-Unis (Bae, 2012), 27 % en Europe (Griffiths et al., 2014) et 26 % au Canada (Lobo et al., 2017). Une enquête réalisée dans 34 états américains rapporte que 61 % des 1744 nouvelles diplômées affirment avoir fait des heures supplémentaires obligatoires ou volontaires chaque semaine (Stimpfel, Brewer et Kovner, 2015). Selon l'enquête américaine de Bae (2012) réalisée auprès de 229 infirmières travaillant en milieu hospitalier, la proportion d'infirmières ayant déclaré ne travailler aucune heure supplémentaire par semaine est de 40 % (n=91). Plus de 30 % des répondantes (n=74) ont indiqué faire moins de 12 heures supplémentaires par semaine. Moins de 30 % des répondantes (n=64) ont affirmé faire plus de 12 heures supplémentaires par semaine. Dans le groupe des infirmières travaillant moins de 12 heures supplémentaires par semaine, 62 % déclaraient effectuer des heures supplémentaires volontaires contre 18 % qui déclaraient effectuer des heures supplémentaires obligatoires. Parmi les infirmières qui travaillent 12 heures supplémentaires ou plus par semaine, 35 % ont déclaré effectuer des heures supplémentaires obligatoires. Certains chercheurs évoquent que ce sont les infirmières travaillant à temps plein qui effectuent le plus d'heures supplémentaires (Berney et Needleman, 2006; D'Sa et al., 2018). En Colombie-Britannique, les infirmières travaillant à temps plein dans les départements des urgences, des soins intensifs et de la médecine sont celles qui ont effectué la majorité des heures supplémentaires (Drebit, Ngan, Hay et Alamgir, 2010). Selon une enquête nationale canadienne, près de la moitié (49 %) des 19 000 infirmières et infirmières auxiliaires participant à l'étude affirment effectuer des heures supplémentaires non rémunérées, comparativement à 30 % qui effectuent des heures supplémentaires rémunérées (Shields et Wilkins, 2006). Peu d'efforts ont été déployés par les établissements de santé afin de comprendre et de réduire l'utilisation excessive des heures supplémentaires chez les infirmières au Canada (Drebit, Ngan, Hay et Alamgir, 2010).

Les organisations de soins de santé, notamment celles qui sont situées dans des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, tels que le Canada, le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie, connaissent des enjeux majeurs liés à la planification de la main-d'œuvre infirmière, compromise notamment par une pénurie du personnel et un taux de roulement élevé (Currie et Hall, 2012). Le manque d'effectifs infirmiers au Canada contraint les gestionnaires à avoir recours aux heures supplémentaires

de manière récurrente, conditions susceptibles d'engendrer du stress et de l'absentéisme chez les infirmières, du découragement chez les recrues et une situation de pénurie (Basu et Gupta, 2007), donnant ainsi lieu au « cercle vicieux de la pénurie d'infirmières » (voir Figure 1, p.21). [Traduction libre] (Rajbhandary et Basu, 2010, p.153). L'utilisation répétée des heures supplémentaires, principalement les heures supplémentaires obligatoires, était l'une des raisons pour lesquelles les infirmières changeaient de poste ou quittaient complètement la profession (Kushner et Ruffin, 2015). Le recours à répétition aux heures supplémentaires est un indicateur des défis liés à la main-d'œuvre infirmière (Rajbhandary et Basu, 2010). Il s'agit d'un enjeu majeur qui entraîne des répercussions négatives à la fois pour les patients, les infirmières et les organisations de soins (Bae, 2021; Bae et Fabry 2014).

Depuis le début des années 2000, de nombreuses associations d'infirmières aux États-Unis s'efforcent de réglementer les heures supplémentaires obligatoires pour les infirmières (Schildmeier, 2012). Dans le but de réduire les conséquences néfastes des longues heures de travail et des heures supplémentaires, douze états américains ont interdit les heures supplémentaires obligatoires pour les infirmières, sept états ont limité les heures de travail et deux états ont commencé à réglementer ces pratiques (American Nurses Association [ANA], 2014). Les lois américaines qui interdisent les heures supplémentaires obligatoires requièrent des établissements de soins de santé de ne pas demander aux employés de travailler plus que leurs heures régulières, sauf en cas d'une urgence sanitaire qui augmenterait inopinément le besoin de personnel de santé. De plus, la plupart des lois ne permettent pas un quart de travail excédant plus de douze heures (Bae et Yoon, 2014). Aucune loi ou règlement similaire n'existe au Québec.

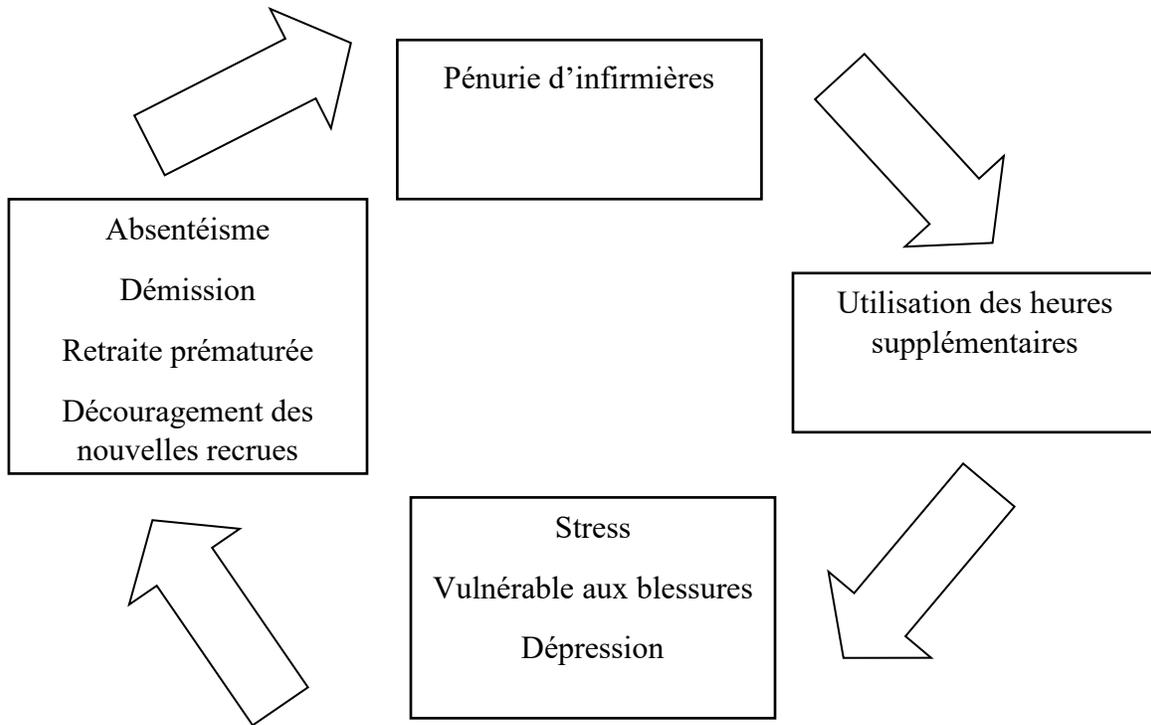


Figure 1. « Cercle vicieux du manque de personnel » [Traduction libre] (Rajbhandary et Basu, 2010, p.153).

2.2 Impacts des heures supplémentaires volontaires et obligatoires sur les plans individuel et professionnel

2.2.1 Les impacts des heures supplémentaires sur le plan personnel

Au terme d'une revue systématique, Bae et Fabry (2014) observent une relation positive entre le fait de travailler de longues heures et des effets défavorables sur la santé des infirmières et leur pratique professionnelle. Ces résultats révèlent que les infirmières qui travaillent plus longtemps ou qui font des heures supplémentaires éprouvent de la fatigue due à une mauvaise qualité de sommeil, ce qui nuit à leur vigilance, à leur temps de réaction et à leur capacité à prendre des décisions (Bae et Fabry, 2014). Les infirmières qui effectuent des heures supplémentaires imprévues apparaissent également plus à risque de subir des blessures liées au travail et des problèmes de santé menant à des congés de maladie (de Castro et al., 2010). Comparativement aux résultats observés dans la revue systématique d'Estabrooks et al. (2009), les résultats de Bae et Fabry (2014) font ressortir une plus forte association entre la durée du quart de travail (12 h) et les effets négatifs sur les infirmières. Ces résultats suggèrent que le fait de travailler des quarts de travail de plus de 12 heures et/ou des semaines de travail de plus de 40 heures nuisent à la santé mentale et physique des infirmières.

Selon l'étude de Stimpfel, Brewer et Kovner (2015), les heures supplémentaires et le travail de nuit sont significativement associés à l'augmentation du risque de blessures chez les infirmières nouvellement diplômées, indépendamment des autres facteurs organisationnels et des caractéristiques démographiques. Dans une revue intégrative, Min, Min et Hong (2019) ont examiné l'association entre des caractéristiques de l'horaire de travail telles que : le nombre total d'heures de travail, les heures supplémentaires, la durée des quarts et le nombre de quarts de nuit et de soir travaillés et la fatigue des infirmières durant une période d'un mois. Les facteurs contribuant à la fatigue des infirmières étaient: une insuffisance de la période de repos entre les quarts de travail et le fait d'être appelé à travailler dans ses journées de congé.

Dans une revue systématique, Bannai et Tamakoshi (2014) ont examiné l'association entre les heures supplémentaires et la santé des travailleurs de la santé. Les heures supplémentaires sont associées à des effets négatifs sur la santé: dépression, anxiété, trouble du sommeil et des maladies coronariennes. Watanabe, Imamura, et Kawakami (2016) ont examiné l'association entre les heures supplémentaires sur l'apparition d'un trouble dépressif chez les travailleurs d'organisations ou de compagnies. Les heures supplémentaires sont associées à une légère augmentation non-significative de la prévalence des troubles dépressifs dans cette revue systématique et méta-analyse. Les auteurs de ces revues rapportent des lacunes méthodologiques communes susceptibles de limiter la portée de la contribution des études: les différentes définitions des heures supplémentaires, des biais de la mesure et d'attrition, l'omission de certaines variables médiatrices (l'intensité du travail). Il y avait également un nombre limité d'études. Plusieurs études provenaient de l'Asie et principalement du Japon, aucune étude d'Amérique latine ou d'Afrique.

2.2.2 Les impacts des heures supplémentaires sur le plan professionnel

Suite à une analyse secondaire de données, Stimpfel et al., (2012) ont examiné l'association entre la durée des quarts de travail et le bien-être des infirmières américaines travaillant dans les hôpitaux (n= 22 275). Un quart de travail de plus de treize heures était associé à une plus grande probabilité d'épuisement professionnel, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter leur emploi. Analysant des données provenant des ressources humaines, des registres des unités et des services de contrôle d'infection de trois hôpitaux en Ontario, l'étude D'Sa et al. (2018), a examiné l'association entre les heures supplémentaires et les congés de maladie, la mortalité des patients et les incidents reliés aux infections des patients de onze unités de soins intensifs. La moyenne d'heures supplémentaires cumulatives du personnel infirmier dans ces unités était de 345,1 heures par mois. La durée moyenne des congés de maladie par mois était de 601 heures par unité. Les résultats de cette étude relèvent que pour chaque tranche de 10 heures supplémentaires effectuée par les infirmières, une augmentation de 3,3 heures du temps de maladie des infirmières est associée ($p < 0,0001$).

Dans une étude observationnelle utilisant un devis transversal, Ma et Stimpfel (2018) ont examiné l'association entre la durée du quart de travail et les heures supplémentaires des infirmières d'une part et, d'autre part, la qualité de leur collaboration professionnelle avec les infirmières et médecins. Les données ont été recueillies auprès de 24 013 infirmières travaillant dans 957 unités de soins de 168 hôpitaux aux États-Unis. Le quart de travail de 12 h était en place pour 65 % des unités, 33 % des infirmières ont déclaré avoir fait des heures supplémentaires lors de leur dernier quart de travail et 35 % ont perçu une augmentation de la demande de la part des gestionnaires en égard à la prestation d'heures supplémentaires. Les résultats montrent que les heures supplémentaires étaient associées à une plus faible collaboration professionnelle entre les infirmières et les médecins.

2.2.3 La distinction des impacts des HSV et HSO

Le recours aux heures supplémentaires volontaires et obligatoires a des incidences sur la santé physique et mentale des infirmières (Stimpfel, Sloane et Aiken, 2012; Bae et Fabry, 2014). Celles-ci sont exposées à davantage de stress, sont sujettes à la démotivation quant au développement professionnel, à un risque accru d'épuisement professionnel et à un taux élevé d'absentéisme (Van Bogaert et al., 2013). La revue systématique de Caruso (2104) a recensé deux études américaines qui semblent établir un lien entre les heures supplémentaires obligatoires, en plus d'un risque plus élevé de blessures liées au travail et d'être absent au travail pendant plus de deux jours.

Des études rapportent que les effets sur le bien-être des infirmières varient selon que les heures supplémentaires se font sur une base volontaire ou obligatoire (Bae, Brewer, et Kovner, 2012; Watanabe et Yamauchi, 2016). Watanabe et Yamauchi (2016) ont examiné, au moyen d'une enquête, l'association entre les heures supplémentaires volontaires et obligatoires et le bien-être des infirmières japonaises, tant au niveau individuel que professionnel. Les résultats de cette étude révèlent que les heures supplémentaires volontaires et obligatoires ont des effets différents quant au bien-être des employés. Les HSV exerçant une influence positive notamment sur l'équilibre entre le travail et la vie personnelle comparativement aux HSO. Watanabe et Yamauchi (2018) ont

tenté de clarifier les motifs expliquant pourquoi les infirmières japonaises dans les hôpitaux font des heures supplémentaires afin de déterminer si les effets sur le bien-être différaient selon les motifs pour lesquelles les heures supplémentaires étaient effectuées. Ces chercheurs ont identifié cinq sous-groupes en fonction des motifs incitant à faire des heures supplémentaires : heures supplémentaires non volontaires pour se conformer; heures supplémentaires non volontaires dues à la charge de travail; heures supplémentaires volontaires pour gagner de l'argent et préserver sa réputation; heures supplémentaires volontaires pour le plaisir et, finalement, heures supplémentaires volontaires pour le développement professionnel. Plus du quart des infirmières rapportaient travailler plus de 3 heures supplémentaires par jour. La majorité des infirmières ont indiqué effectuer des heures supplémentaires en raison de la charge de travail et du désir de se conformer aux pratiques des collègues. Les résultats révèlent que le fait d'avoir effectué des heures supplémentaires non volontaires était associé à des effets négatifs sur l'engagement au travail et la détresse psychologique. Inversement, les heures supplémentaires volontaires étaient associées à un effet bénéfique sur l'engagement au travail. Dans cette étude, près de 1 % des infirmières ont rapporté avoir fait des heures supplémentaires volontaires afin de faire de l'argent, de préserver leur réputation ou pour le plaisir de travailler (Watanabe et Yamauchi 2018). Ces résultats divergent des résultats des études américaines précédentes sur les infirmières faisant des heures supplémentaires dans des hôpitaux, selon lesquelles 30 % des infirmières faisaient volontairement des heures supplémentaires (Bae et Yoon, 2014) et que plus de 60 % des infirmières effectuaient des heures supplémentaires dans le but d'augmenter leur revenu et de ne pas laisser tomber leurs collègues (Bae, 2012). De plus, les infirmières américaines qui déclarent travailler des heures supplémentaires non rémunérées le font pour finaliser leur travail (Wheatley, 2017). Les motifs d'utilisation des heures supplémentaires et le climat de travail dans lequel sont effectuées les heures supplémentaires sont d'importantes variables médiatrices pouvant influencer le bien-être des infirmières (Watanabe et Yamauchi, 2018). L'étude de Watanabe et Yamauchi, (2019) avait pour but d'examiner les effets de la qualité et de la quantité des heures supplémentaires sur la santé et le bien-être des infirmières. Watanabe et Yamauchi (2019) ont analysé les données obtenues auprès de 1 075 infirmières à temps plein travaillant dans quatre hôpitaux au Japon. Ils ont identifié cinq types de travailleurs effectuant des heures

supplémentaires : « les travailleurs effectuant peu d'heures supplémentaires », « les travailleurs effectuant des heures supplémentaires motivés par la conformité », « les travailleurs effectuant des heures supplémentaires motivés par la charge de travail », « les travailleurs effectuant des heures supplémentaires non volontaires » et « les travailleurs effectuant des heures supplémentaires motivés par la motivation intrinsèque ». Les résultats montrent aussi que les infirmières effectuant des heures supplémentaires par motivation intrinsèque n'étaient pas en détresse psychologique et avaient le niveau d'engagement au travail le plus élevé. À l'opposé, les infirmières faisant des heures supplémentaires non volontaires étaient les plus fatiguées, en détresse psychologique et avaient le niveau d'engagement le plus faible.

2.2.4 Les études canadiennes en sciences infirmières sur les heures supplémentaires

Peu d'études canadiennes ont porté sur les perceptions des infirmières effectuant des heures supplémentaires, ainsi que sur les conséquences de cette situation sur les infirmières et leurs patients. (Griffiths et al., 2014; Kunaviktikul et al., 2015). L'étude phénoménologique interprétative de Lobo et al. (2017) effectuée auprès de 28 infirmières des soins intensifs en Ontario a fait ressortir cinq thèmes émergents liés aux effets des heures supplémentaires sur le plan individuel : des effets sur la santé physique, un impact sur les soins centrés sur le patient, un déséquilibre sur la conciliation travail-famille, un avantage financier et un risque pour la sécurité des soins. En 2018, Lobo et al. ont réalisé des entrevues semi-structurées auprès du même échantillon de participants afin d'explorer les raisons pour lesquelles les infirmières aux soins intensifs font ou non des heures supplémentaires (Lobo et al., 2018). Les raisons pour lesquelles les participants ont effectué des heures supplémentaires sont : (1) augmenter son revenu (96 % des participants); (2) aider ses collègues (68 %); (3) assurer la continuité des soins des patients par l'infirmière (39 %); et (4) accélérer l'évolution de sa carrière (39 %). Les raisons motivant le choix de ne pas effectuer des heures supplémentaires étaient (1) se sentir fatigués d'être au travail (50 %); (2) avoir établi des plans à l'extérieur du travail (71 %); et (3) ne pas recevoir suffisamment de préavis (61 %).

Dans l'étude phénoménologique de Bougie et Cara (2008), huit principaux thèmes ressortaient d'entretiens menés auprès d'infirmières ayant réalisé du TSO : la perception d'un manque de justice dans le processus administratif, un sentiment de perte de contrôle, de la détresse psychologique, un impact majeur sur la qualité de vie personnelle et professionnelle, une perte de sens au travail, une baisse en termes de responsabilité professionnelle et de leur amour de la profession. Beaucoup d'infirmières entrent dans la profession non pour des raisons salariales, mais parce qu'elles aiment aider les gens (Buja et al., 2013). Or, lorsque les infirmières croient que leur lieu de travail compromet leur capacité à prendre soin d'un patient, elles peuvent en venir à choisir de quitter la profession (Han, Trinkoff et Gurses, 2015; Karnick, 2014).

En résumé, les heures supplémentaires des infirmières sont désignées de diverses façons dans les écrits. L'utilisation des heures supplémentaires volontaires et obligatoires est observée à l'échelle mondiale chez les infirmières, plus particulièrement celles œuvrant en centres hospitaliers. Il s'agit d'un enjeu majeur qui entraîne des répercussions négatives à la fois pour les patients, les infirmières et les organisations de soins. À court et long terme, l'utilisation courante des heures supplémentaires a des conséquences chez les infirmières sur le plan personnel et professionnel. Les répercussions se manifestent sur la santé mentale et physique.

2.3 Historique, définitions et théories de la qualité de vie au travail

La QVT trouve son origine dans plusieurs courants de pensée s'étant développés au cours du 20^e siècle, notamment l'école des ressources humaines et la théorie des systèmes sociotechniques (Larouche et Trudel, 1983). Les travaux menés par des chercheurs comme Elton Mayo, issus de l'école des ressources humaines, associent la QVT à la satisfaction des besoins de l'individu. Ces résultats mettent l'accent sur l'humanisation du travail. La théorie des systèmes sociotechniques propose une approche de la conception du travail dans les organisations (Davis et Trist, 1974). Elle s'intéresse plus précisément à l'interaction entre les personnes, la technologie et l'environnement d'une organisation. La

théorie des systèmes sociotechniques définit l'environnement d'une organisation comme ayant deux composantes : sociale et technique. La composante sociale désigne les interactions entre les personnes travaillant dans l'organisation : le type de relation, la capacité des personnes à atteindre les objectifs de l'organisation, l'adaptation au milieu de travail et l'intégration des employés. La composante technique de l'environnement d'une organisation désigne pour sa part les outils, les procédures techniques, les compétences, les connaissances et les dispositifs utilisés par le personnel afin d'accomplir les tâches de l'organisation.

Plusieurs auteurs ont tenté de définir et d'identifier les composantes conceptuelles de la qualité de vie au travail (Dyer et Hoffenberg, 1975; Lawler, 1975; Seashore, 1976; Walton, 1975). Le concept de QVT a été utilisé dans la littérature avec de nombreuses significations différentes. Cette diversité est due aux différentes conceptions de la QVT dans les diverses disciplines des sciences sociales (Westley, 1979), ainsi qu'à l'évolution des conceptions liées aux responsabilités des entreprises et des droits des employés (Walton, 1975). Walton (1975) a été le premier auteur à la définir et la mesurer. Walton (1975) propose huit dimensions de la QVT : a) une rémunération adéquate et équitable; b) un environnement sûr; c) le respect des droits, y compris l'équité et la régularité des procédures; d) un potentiel de développement des capacités humaines; e) des possibilités d'avancement; f) des relations humaines entre employeur et employé; g) un équilibre entre le travail et la famille; h) la pertinence sociale de l'employeur et i) l'influence des employés sur les décisions qui les concernent. Les chercheurs en sciences du comportement ont associé la QVT à la « satisfaction » des employés par rapport aux salaires, aux heures de travail et aux conditions de travail (Taylor, 1974). Cette définition a été élargie afin d'inclure la satisfaction des travailleurs dans tous les aspects de leur environnement de travail et de leurs tâches (Mirvis et Lawler, 1984). Dans la littérature, la qualité de vie au travail est généralement définie comme un concept multidimensionnel : des divergences sur le construit, ainsi que sur ses composantes sont notées. (Davis et Cherns, 1975; Lee et Kanungo, 1984; Mirvis et Lawler, 1984).

Les définitions de QVT ont évolué en cinq temps selon l'analyse de Nadler et Lawler (1983). Entre 1959 et 1972, la QVT dans les études était essentiellement

appréhendée comme une « variable » permettant l'étude de l'expérience humaine au travail. La perspective de la qualité de vie au travail était axée alors sur des résultats individuels, tels que la satisfaction au travail ou la santé mentale, en mettant l'accent sur l'impact du travail sur la personne. Entre 1969 et 1974, une deuxième conception de la QVT a émergé, cette fois-ci en tant qu'« approche ». Les travaux portaient ici encore davantage sur les questions individuelles plutôt qu'organisationnelles. Les groupes de recherches et syndicaux s'intéressaient aux moyens spécifiques de modifier le milieu de travail afin de viser un impact sur les individus. De 1972 à 1975, une troisième conception de la QVT est apparue. Celle-ci avait trait à un ensemble de « méthodes », d'approches ou de technologies visant l'amélioration de l'environnement de travail, le rendant plus productif et satisfaisant. Une quatrième conception en vogue entre 1975 et 1980 réfère quant à elle à un « courant de pensée ». La QVT devient alors perçue comme un énoncé idéologique sur la nature du travail et la relation du travailleur avec l'organisation. Entre 1979 et 1982, la QVT est davantage envisagée de façon holistique et considérée comme un concept global. La pluralité des définitions de la qualité de vie au travail amène le concept à un point nébuleux où les gestionnaires deviennent à la fois préoccupés et confus quant à ce qu'elle désigne et circonscrit (Nadler et Lawler 1983).

Elyzur et Shy (1990) proposent une définition et un modèle conceptuel de la QVT. Ces chercheurs définissent la QVT comme étant : « un niveau élevé d'efficacité du fonctionnement de la personne dans ses dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle au cours de ses interactions avec l'environnement, selon les modes conservateur, expressif, adaptatif et intégratif. » (cité dans Delmas, Escobar, et Duquette, 2001, p.21). Le modèle conceptuel (voir figure 2), de forme conique expose la relation entre la qualité de vie et la qualité de vie au travail. La qualité de vie occupe la base du cône et la QVT le haut. La satisfaction au travail se situe entre les deux. Cela indique que la satisfaction au travail des employés est affectée par leur qualité de vie, ainsi que par leur qualité de vie au travail. La qualité de la vie au travail ainsi que la qualité de la vie en général influencent l'expérience vécue au travail par l'individu (Elyzur et Shy, 1990). La QVT n'affecte pas seulement la satisfaction au travail, mais aussi la satisfaction dans d'autres domaines de la vie tels que la vie familiale, les loisirs, la vie sociale ou encore la vie financière (Sirgy, Efraty, Siegel et Dong-Jin, 2001).

Étroitement liées sur le plan conceptuel, la satisfaction au travail, la qualité de vie et la QVT sont largement confondues dans la littérature (Kocman et Weber, 2018). La satisfaction au travail fait généralement référence aux attitudes d'un employé à l'égard de son travail (Brief, 1998). Selon Locke (1976), elle peut être définie comme « un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation de l'emploi ou de l'expérience professionnelle » (p. 1300). La satisfaction au travail est un concept qui ne s'applique qu'au domaine du travail (Kocman et Weber, 2018). L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement » (OMS, 1996).



Figure 2. Structure conique de la qualité de vie au travail en regard de la qualité de vie en général, adaptée par Sylvain Brousseau (2006). Tiré et traduit d'Elizur, D. et Shye, S. (1990). Quality of works and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An international review*. 39, (3), p.287.

Sirgy et al. (2001) associent la QVT à « la satisfaction des employés face à une variété de besoins par le biais de ressources, d'activités et de résultats découlant de leur participation au lieu de travail » (p.242). La conceptualisation et la mesure de la QVT sont la somme de la satisfaction des sept besoins du travailleur dans l'organisation. Sirgy et al. (2001) ont tenté l'élaboration d'une mesure de la QVT. Leur instrument mesure la satisfaction dans les différents domaines liés au travail. Ces auteurs « passent alors par le biais du concept de satisfaction au travail, faisant ainsi une adéquation entre ce concept et celui de la QVT » (Dupuis et al., 2009, p 33).

L'absence d'un consensus sur la définition de la QVT (Martel et Dupuis, 2006) rend difficile la distinction avec la satisfaction au travail. La nature exacte de la relation entre les deux concepts (satisfaction au travail/QVT) demeure à préciser. Par ailleurs, la satisfaction au travail peut effectivement être un déterminant, une composante et/ou un effet de la QVT (Sirgy et al., 2001). Il n'y a pas de critères ou de mesures standards quant à l'évaluation de la qualité de vie au travail (Dupuis et al., 2009; Easton et Van Laar, 2018). Peu d'instruments valides tiennent compte de l'ensemble des variables qui semblent sous-tendre ce concept. (Loscocco et Roschelle, 1991; Mirvis et Lawler, 1984; Sirgy et al., 2001). Plusieurs études utilisent des mesures de satisfaction au travail comme indicateurs de la qualité de vie au travail (Mirvis et Lawler, 1984; Seashore, 1975; Sheppard, 1975). Loscocco et Roschelle (1991) concluent que les recherches antérieures sur la QVT n'ont pas permis d'évaluer de manière adéquate les influences des facteurs à l'extérieur du travail.

Selon Dupuis et al., (2009), la QVT se définit ainsi :

La Qualité de Vie au Travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société. (Dupuis et al., 2009, p.27).

La QVT s'apparente aux notions de productivité/performance organisationnelle, de satisfaction au travail et de qualité de vie générale (Dupuis et al. 2009). Les facteurs organisationnels influençant le concept de la qualité vie au travail englobent: le stress au

travail, la santé psychologique au travail et la satisfaction au travail. À la suite de leurs travaux de recherche, Dupuis et al. (2009) ont développé leur propre concept de la qualité de vie au travail et une échelle de mesure appelée Inventaire systématique de la QVT (ISQVT) qui regroupe huit dimensions : la rémunération, le cheminement professionnel, le climat avec les collègues, le climat avec les supérieurs, les caractéristiques de l'environnement, les facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche, le soutien offert à l'employé et l'horaire de travail (Dupuis et al., 2009). Malgré les propriétés psychométriques intéressantes de cet instrument, il n'a pas été développé en tenant compte des spécificités de la discipline infirmière et des caractéristiques du travail infirmier (Brousseau 2016).

Actuellement, la QVT est à prendre comme une nouvelle « approche qui va au-delà de la prise en compte des risques au travail pour s'intéresser aux leviers qui génèrent et améliorent la santé au travail » (Tornare, Rinfret et Privé, 2018). Le concept multidimensionnel et opérationnel de la QVT vise à saisir l'essence de l'expérience de travail d'un individu (Easton et Laar, 2018). Le modèle et l'échelle de la qualité de vie au travail (WRQoL) de Van Laar et al. (2007), lesquels prennent en compte ces dimensions, sera utilisé cette étude. Le modèle et l'échelle (WRQoL) seront expliqués plus en détail dans les sections qui suivent.

2.4 Qualité de vie au travail des infirmières

Les principaux travaux théoriques sur la QVT ont été menés dans un contexte d'organisations à prédominance masculine dans les secteurs de l'économie, la gestion et l'ingénierie (Brooks, 2001). Les chercheurs s'étant principalement intéressés au concept de la qualité de vie au travail dans les organisations de santé sont des femmes et des infirmières (Attridge et Callahan, 1990; O'Brien-Pallas et Baumann, 1992; Villeneuve et al., 1995). Herzberg (1972) soutient que la profession infirmière diffère des métiers des domaines industriels. Les infirmières semblent avoir beaucoup plus de possibilités de croissance psychologique, de charges psychologiques, de responsabilités et de tâches variées.

La qualité de vie au travail des infirmières est un construit qui découle des théories de la QVT (Brooks et Anderson 2005). L'intérêt pour la QVT des infirmières trouve son origine dans la théorie des systèmes sociotechniques (STS), des premières études de la QVT et des conceptualisations antérieures de la QVT des infirmières. (Attridge et Callahan, 1990; O'Brien-Pallas et Baumann, 1992; Villeneuve et al., 1995).

Plusieurs définitions de la QVT des infirmières sont utilisées par les différents chercheurs (voir tableau 1). Selon la revue intégrative de Vagharseyyedin, Vanaki et Mohammadi (2011), il ne semble pas y avoir de consensus sur la définition de la QVT des infirmières. Certains auteurs considèrent la QVT comme un « résultat », tandis que d'autres la perçoivent comme un « processus » (Vagharseyyedin, et al., 2011). La QVT peut également être considérée comme la qualité de l'interaction entre les personnes et toutes les dimensions du travail (Hsu et Kernohan, 2006).

Tableau 1. Définitions de la QVT des infirmières

Références	Définition
Brooks et Anderson (2004)	Un construit qui permet de décrire et d'évaluer l'expérience vécue des infirmières au travail, le travail lui-même, le bien-être des employés au travail et l'environnement de travail
Brooks et al. (2007)	La QVT des infirmières détermine l'importance dans laquelle les infirmières sont en mesure de satisfaire leurs besoins personnels à travers leurs expériences de travail, tout en atteignant les objectifs de l'organisation
Lee, Dai, Park et McCreary (2013); Lee, Dai et McCreary (2015)	La QVT fait référence à la satisfaction subjective d'un employé à l'égard de sa vie professionnelle, fondée sur ses sentiments et ses perceptions personnels, et joue un rôle important dans le taux de roulement du personnel infirmier et l'intention de quitter son emploi.
Hsu et Kernohan (2006)	La QVT est une façon de concevoir les personnes, le travail et les organisations.
Vagharseyyedin, Vanaki et Mohammadi (2011)	La QVT réfère à un phénomène subjectif influencé par les sentiments et les perceptions personnels quant à sa vie professionnelle.

2.4.1 Modèles théoriques de la QVT des infirmières

Le modèle théorique de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes proposé par O'Brien-Pallas et Baumann (1992) distingue deux dimensions : internes et externes. Celles-ci interagissent entre elles et influencent la QVT des infirmières. La dimension interne désigne : l'administration, le bien-être de la personne, les caractéristiques sociodémographiques, le contexte socioenvironnemental et la structure organisationnelle. Les politiques sur les soins de santé, le marché du travail et les demandes soumises par les usagers font partie de la dimension externe. (Figure 3). Ce modèle conceptuel met en lumière l'expérience subjective de l'infirmière dans son environnement social et culturel en lien avec son contexte socioéconomique (O'Brien-Pallas et Baumann, 1992)

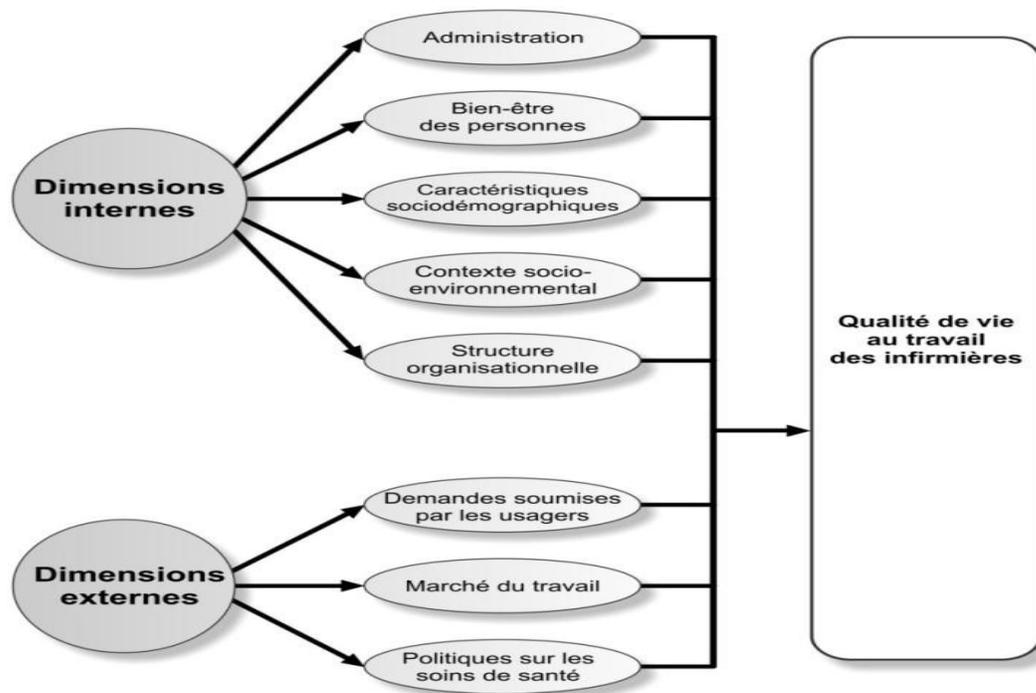


Figure 3. Le modèle théorique de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes [Traduction libre par Sylvain Brousseau (2006).] (O'Brien-Pallas et Baumann, 1992, p.13).

En se basant sur les travaux du modèle théorique de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes de O'Brien-Pallas et Baumann (1992), Brooks (2001) a développé un cadre conceptuel qui spécifie davantage le concept. Brooks (2004) propose également des outils pour l'évaluation de son cadre. Le cadre conceptuel de la qualité de vie au travail des infirmières (Brooks, 2004) repose sur quatre dimensions : la conciliation travail-famille, la conception du travail (charge de travail), le contexte du travail (milieu de pratique et environnement de travail) et le monde du travail (l'influence des décisions politiques sur la pratique infirmière) (Brooks, 2001), (voir tableau 2). La qualité de vie au travail des infirmières décrit la capacité des infirmières à satisfaire leurs besoins personnels dans leurs expériences de travail, tout en atteignant les objectifs de l'organisation (Brooks, 2001; Brooks et Anderson, 2005).

Tableau 2. Quatre dimensions de la QVT des infirmières [Traduction libre] (Brooks, 2001).

<p>1) <u>Conciliation travail-famille</u></p> <p>Cette dimension reflète le rôle et les responsabilités qui incombent à l'infirmière à l'extérieur de son travail, c'est-à-dire dans son rôle de parent et de conjointe.</p>	<p>2) <u>Conception du travail</u></p> <p>Les composantes du travail infirmier comprennent la charge du travail, le soutien au travail, l'autonomie professionnelle et la dotation du personnel.</p>
<p>3) <u>Contexte du travail</u></p> <p>La relation des infirmières avec leur supérieur, la collaboration interdisciplinaire, la disponibilité des ressources et la participation des infirmières aux décisions dans l'organisation sont les principaux éléments qui influencent le milieu de travail de l'infirmière et son environnement.</p>	<p>4) <u>Monde du travail</u></p> <p>Il est défini par l'influence des décisions politiques sur la pratique infirmière, ceci peut avoir un impact sur l'image de la profession, la sécurité d'emploi et des enjeux économiques.</p>

Beth A. Brooks a élaboré un outil intitulé « *Instrument to Measure Quality of Nursing Work Life* » en 2001. Cet instrument permet de décrire l'expérience vécue des infirmières au travail, d'évaluer le travail lui-même, le bien-être des employés et l'environnement de travail (Brooks, 2004), en plus de suggérer des éléments précis du milieu de travail ou du travail qui pourraient être modifiés afin d'améliorer la QTV et la productivité des infirmières. Les propriétés psychométriques de l'instrument présentent des fiabilité et validité de construit limitées (Brooks, 2001). Ce questionnaire est disponible en anglais et dans plusieurs autres langues. Celui-ci n'a pas été traduit jusqu'à ce jour en français. Ce questionnaire a été utilisé dans les recherches en soins infirmiers dans plusieurs pays (Brooks et Anderson, 2004; Brooks et al., 2007; Clarke et Brooks, 2010).

Il ne semble pas y avoir de consensus entre les chercheurs en sciences infirmières quant à l'opérationnalisation du concept de QVT (Attridge et Callahan, 1990; Brooks et Anderson, 2005; Hsu et Kernohan, 2006; Martel et Dupuis, 2006; Vagharseyyedin et al., 2010; Van Laar et al., 2007). Néanmoins, Van Laar et son équipe (2007) ont mené une étude auprès des infirmières et autres professionnels de la santé travaillant à l'hôpital dans le but de développer une échelle de mesure de la QVT et d'en tester les propriétés psychométriques. L'échelle Work-Related Quality of Life Scale (WRQoL) est scientifiquement validée en tant que mesure de la QVT et est reconnue en psychologie du travail (Easton et Van Laar, 2018). Dans l'optique de ces recherches, le concept de la QVT est multidimensionnel et opérationnel. Ainsi, la QVT capture la perception de l'individu de son expérience au travail. Les auteurs ont identifié six dimensions contribuant à la QVT : le contrôle au travail, les conditions et environnement de travail, la satisfaction de l'évolution de carrière et l'autonomie, le stress au travail, l'équilibre travail-vie personnelle et le bien-être général (Van Laar et al., 2007; Easton et Van Laar, 2018). Sur le plan opérationnel, l'échelle WRQoL évalue la perception de l'employé quant à son expérience au travail, détermine et examine la relation entre les différentes dimensions affectant l'expérience au travail en demandant à l'employé d'indiquer s'il est ou non d'accord avec les énoncés de l'échelle (Easton et Van Laar, 2018). Le modèle conceptuel et l'échelle Work-Related Quality of Life Scale (WRQoL) ont été utilisés avec profit dans une étude

américaine visant à examiner la QVT des infirmières travaillant en centre hospitalier (Dudley, 2015).

2.5 Études quantitatives et qualitatives sur la QVT des infirmières

Les principales études ayant examiné la QVT des infirmières œuvrant en centre hospitalier se sont produites en Chine (Dai et al., 2016, Lee et al., 2015), en Arabie Saoudite (Almalki et al., 2012), en Iran (Khajehnasiri et al., 2020; Mosadeghrad et al., 2011; Vagharseyyedin et al., 2011) et aux États-Unis (Brooks, 2007; Dudley, 2015). En Ontario, Nowrouzi et al. (2015) ont examiné la QVT d'infirmières travaillant dans des services d'obstétrique et de périnatalité. En sciences infirmières, les études quantitatives et qualitatives ont étudié la QVT principalement à des fins d'examen de sa relation avec la rétention du personnel/l'intention de quitter son emploi. Plusieurs de ces travaux ont permis l'identification de facteurs influençant la QVT (Vagharseyyedin et al., 2011).

2.5.1 QVT étudiée en lien avec la rétention du personnel

Quelques études se sont intéressées à la QVT en relation avec la rétention du personnel. Almalki et al. (2012) se sont intéressés à l'intention de quitter son emploi de 508 infirmières exerçant dans des hôpitaux en Arabie Saoudite et ont constaté que leur intention était significativement liée à la QVT ($r = 0,245$ à $0,497$, $P < 0,01$). Les principaux facteurs apparaissant comme influençant négativement la QVT des infirmières dans cette étude étaient les horaires de travail, l'incapacité de concilier le travail et les besoins familiaux, ainsi que le manque de temps de vacances pour les infirmières et leur famille. Des différences significatives de la QVT des infirmières ont été observées en fonction du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, du fait d'avoir des enfants ou des parents à charge, de la nationalité, du rôle de l'infirmière, du mandat de l'organisation et du salaire mensuel (Almalki et al., 2012). Brooks et al. (2007) ont mené une étude longitudinale auprès de 1544 infirmières américaines afin d'évaluer la QVT. Les chercheurs ont constaté après la réalisation d'intervention visant la rétention du personnel que les dimensions de la conception et le contexte de travail de l'échelle de QVT avaient obtenu de meilleurs scores cinq ans plus tard ($r = 0,018-0,043$, $P < 0,05$). Cela laisse entendre l'existence d'un potentiel

favorable des interventions organisationnelles sur le développement des programmes des nouveaux employés. Dans une étude descriptive corrélationnelle menée auprès de 608 professionnels de la santé d'hôpitaux iraniens, Mosadeghrad et al. (2011) ont exploré les relations entre le stress au travail, la QVT et l'intention de quitter des employés. Ces chercheurs ont observé que la QVT était inversement liée à l'intention de quitter leur emploi ($r = 0,15$ à $0,308$, $P < 0,01$) et que le stress au travail était négativement corrélé à la QVT ($r = 0,184$, $P < 0,01$). Ces résultats vont dans le sens d'un constat énoncé par Milton (2010) voulant que les difficultés en matière d'attraction et de rétention du personnel infirmier relèvent souvent des problèmes associés à la QVT dans les organisations de santé selon la grande majorité des études (Milton, 2010).

Dans une étude qualitative exploratoire (13 groupes de discussion), Tourangeau et al. (2009) ont examiné les facteurs associés à la rétention chez 78 infirmières canadiennes (Tourangeau et al., 2009). Les chercheurs ont observé que le soutien, la disponibilité de ressources humaines et matérielles, l'équilibre travail-vie personnelle, les charges de travail adéquates, les horaires de travail flexibles, le stress au travail et les tâches autres que les soins infirmiers étaient des facteurs influençant le taux de rétention des infirmières (Tourangeau et al., 2009).

2.5.2 Les études portant sur les facteurs qui influencent la QVT

L'étude mixte de Nowrouzi et al. (2015) s'est intéressée à la qualité de vie au travail des infirmières travaillant dans les services d'obstétrique et de périnatalité de quatre hôpitaux du Nord-Est de l'Ontario. Cette étude visait à examiner l'association de certaines variables personnelles et professionnelles avec la QVT, en plus explorer les facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie au travail des infirmières. Les auteurs observent une association statistiquement significative entre le type ou la mission de l'unité de soins, le stress, le type ou la mission d'hôpital et le statut d'emploi sur la QVT à partir d'analyses bivariées. L'étude corrélationnelle prédictive et transversale de Dudley (2015) a examiné l'association entre les facteurs liés au travail, les facteurs non liés au travail et certaines variables individuelles/professionnelles sur la QVT de 797 infirmières américaines travaillant sur des unités de médecine et chirurgie. Le rôle du gestionnaire émerge comme

étant un prédicteur significatif de la QVT pour ces infirmières. Une revue de littérature a été réalisée par Nowrouzi et al. (2016) sur la QVT des infirmières afin d'identifier les facteurs influençant la QVT des infirmières canadiennes et américaines. Les principaux facteurs identifiés sont l'intégration et le suivi des nouveaux diplômés en sciences infirmières, les possibilités de formation continue, la promotion de relations collégiales positives, les programmes de réduction du stress et la compensation financière. En effet, les facteurs qui influencent la QVT s'étendent au-delà du salaire ou de la charge de travail des infirmières, celles-ci accordant une importance particulière à leur satisfaction professionnelle et au développement d'un environnement propice à leur bien-être (Horrihan et al., 2013; Nowrouzi et al., 2016). La QVT peut être influencée par différents facteurs liés au personnel, à l'organisation et à l'employeur (Hsu et Kernohan, 2006).

2.6 Synthèse

La réalisation d'heures supplémentaires est un phénomène répandu qui affecte les organisations de santé de façon importante. Les études majoritairement issues des États-Unis et du Japon montrent que les heures supplémentaires ont un impact négatif sur la santé physique et mentale des infirmières. La QVT est un concept complexe qui attire l'attention des chercheurs en sciences infirmières, particulièrement en ce qui a trait à l'étude des préoccupations organisationnelles telles que l'intention de quitter son emploi, le taux de roulement et la rétention du personnel infirmier. La QVT peut être influencée par différents facteurs liés au personnel, à l'organisation et à l'employeur (Hsu et Kernohan, 2006). La QVT peut avoir plusieurs impacts sur les infirmières, les services infirmiers et les organisations (Viselita, Handiyani et Pujasari, 2019). Peu d'études se sont penchées sur la QVT des infirmières en lien avec la réalisation des heures supplémentaires en tenant compte de la distinction entre HSO et HSV (Khajehnasiri et al., 2020; Nowrouzi et al., 2015). Vagharseyyedin et al. (2011) ont noté deux observations importantes dans la recherche sur la QVT des infirmières. D'abord, la plupart des études ont procédé au moyen d'enquêtes qualitatives ou quantitatives et de devis de nature corrélationnelle. Ensuite, les chercheurs ont souvent tenté de mesurer la QVT à l'aide d'instruments non validés ou peu appuyés sur des conceptions reconnues de la QVT. Plusieurs études affirmaient mesurer la QVT, mais utilisaient des instruments pour évaluer la satisfaction au travail (Brooks, 2001;

Brooks et Anderson, 2005; Vagharseyyedin et al., 2011; Van Laar et al., 2007). Il semble donc pertinent d'examiner la QVT en lien avec la réalisation des heures supplémentaires volontaires et obligatoires des infirmières œuvrant en centre hospitalier au Québec, car peu d'études en ont fait l'objet à ce jour (Bougie et Cara, 2008; Bae et Fabry, 2014).

2.7 Cadre conceptuel

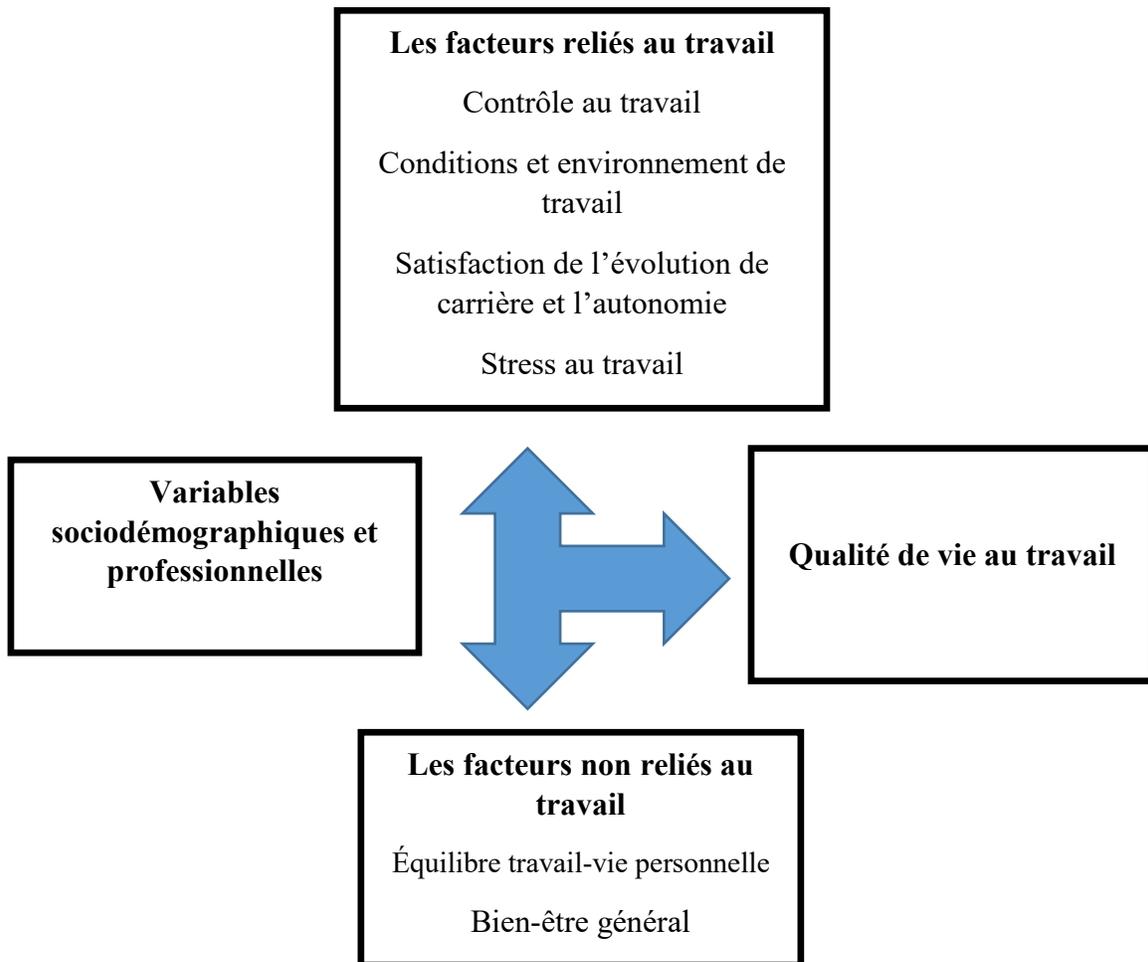


Figure 4. Le modèle de la qualité de vie au travail de Van Laar et al. (2007), [Traduction libre], adapté par Deidra Bernard Dudley (2015).

Le modèle de la qualité de vie au travail (Van Laar et al., 2007) guidera la présente étude. Dérivé des travaux théoriques de Maslow (1954) et Herzberg (1966) en matière de théorisation et satisfaction des besoins et des travaux sur la théorie du débordement (Staine, 1980), ce modèle (figure 4) postule que la qualité de vie globale au travail est influencée par deux types de facteurs : les facteurs liés au travail et les facteurs non liés au travail. Les facteurs liés au travail incluent des concepts propres à la satisfaction face au travail et à la carrière, au contrôle et au stress au travail, ainsi qu'aux conditions de travail. Les facteurs non liés au travail incluent des concepts propres au bien-être général et à

l'interface domicile-travail. Ces deux types de facteurs sont reliés à une série de caractéristiques individuelles comme l'âge, le genre, l'éducation, etc. Les heures supplémentaires sont ici conceptualisées comme une dimension des conditions et de l'environnement de travail des infirmières. Certaines variables sociodémographiques et professionnelles sont des prédicteurs de la QVT : le sexe, l'âge, le statut matrimonial et le niveau de scolarité (Hsu et Kernohan, 2006).

La présente étude examine les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires volontaires et obligatoires, ainsi que la qualité de vie au travail des infirmières œuvrant en centre hospitalier au Québec. Tout cela dans le but de mesurer le concept de la QVT des infirmières selon le modèle de la QVT de Van Laar et al. (2007) qui repose sur la relation mutuelle entre les facteurs reliés au travail et les facteurs non reliés au travail. Ces facteurs influencent directement ou indirectement la QVT de l'individu (Easton et Van Laar, 2014). Ce modèle conceptuel nous permettra d'identifier les différentes variables qui influencent positivement et négativement la QVT des infirmières, mais aussi d'étudier la force des associations entre ces variables et la QVT.

Chapitre 3 – Méthodologie

Ce chapitre présentera successivement le type d'étude, le contexte et le milieu de l'étude, la population cible et l'échantillon, la stratégie de collecte de données, les instruments de collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques.

3.1 Type d'étude

Un devis corrélationnel transversal sera utilisé afin d'examiner la QVT et ses liens avec la réalisation des heures supplémentaires et le rôle des différentes variables personnelles et professionnelles associées. Ce type de devis permettra de décrire et d'observer l'existence d'une association entre un ensemble de concepts qui se dégagent de la situation de recherche. (Polit et Beck, 2017).

3.2 Contexte et milieu de l'étude

Depuis le 1^{er} avril 2015, la mise en place de la loi 10 dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a engendré d'importants changements, notamment en modifiant l'organisation et la gouvernance du système de santé (Gouvernement du Québec, 2015). Cette réorganisation du système de santé a instauré de nouvelles structures, soit des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), qui sont garants de la majorité des soins à desservir sur un territoire (St-George, 2015). Les CISSS et CIUSSS peuvent exploiter un Centre local de services communautaires (CLSC), un Centre hospitalier (CH), un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), un Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et un Centre de réadaptation (CR). La mission d'un CH est d'offrir des services diagnostics, des soins médicaux généraux et spécialisés. Au Québec, il existe deux classes de CH : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et centre hospitalier de soins psychiatriques.

Les hôpitaux québécois sont caractérisés par une administration publique fonctionnant sur une période de 24 h en continu et disposant de trois quarts de 8 h ou deux

quarts de 12 h de travail pour le personnel infirmier. Le Québec est la province canadienne où l'on retrouve le plus haut taux d'heures supplémentaires chez les infirmières (Jacobson Consulting Inc., 2017) et l'utilisation des heures supplémentaires est une préoccupation provinciale du système de santé québécois (FIQ, 2017). L'étude s'est déroulée pendant la période de la pandémie COVID-19.

3.3 Population cible et échantillon

Les infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ pour l'année 2020-2021 étaient la population cible de cette étude. Selon le Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 du Québec et ses régions (OIIQ, 2020), 77 347 infirmières et infirmiers exerçaient la profession au Québec.

Les infirmières québécoises qui se conformaient aux critères d'admissibilités suivants étaient invitées à participer à l'étude:

- 1) Exercer dans un centre hospitalier
- 2) Avoir travaillé à temps partiel ou à temps plein en tant qu'infirmière dans les 30 derniers jours
- 3) Lire, écrire et comprendre le français.

Les infirmières n'ayant pas travaillé plus de 5 jours consécutifs dans les 30 derniers jours (incluant les vacances, les études, les congés de maladie ou de maternité) étaient exclues.

La technique d'échantillonnage non probabiliste a été retenue pour cette étude. Une collaboration a été instaurée avec l'OIIQ (Daniel Marleau, Direction optimisation performance) qui a accepté de nous rendre accessibles les noms et adresses courriel des infirmières inscrits au Tableau de l'OIIQ en date du 1er janvier 2021 et ayant explicitement autorisé l'OIIQ à divulguer leurs coordonnées à un tiers à des fins de recherche lors du renouvellement annuel de leur inscription au tableau de l'OIIQ. L'échantillon était composé de 16 019 infirmières ayant fourni un consentement et qui travaillent dans un établissement ayant au moins la mission d'être un Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Le taux de réponse aux études effectuées par l'OIIQ est

généralement de 10 %, selon les informations obtenues par M. Marleau (Direction optimisation performance, OIIQ). Une analyse de puissance a été faite préalablement afin de déterminer le nombre d'infirmières nécessaires pour l'étude. Le nombre visé de participants pour cette étude est de 1609 infirmières et infirmiers. En fixant z à 1,96, un échantillon de 1609 répondants sera associé à une marge d'erreur de 2,3 %.

3.4 Stratégie de collecte de données

Les adresses électroniques des infirmières sélectionnées ont été transmises à un responsable de l'équipe de recherche qui les a hébergées sur un serveur sécurisé. Les 10 et 11 février 2021, les infirmières sélectionnées ont reçu un courriel (Annexe A) les invitant à participer à l'étude, incluant le formulaire d'information et de consentement. Par la suite, les infirmières ayant consenti à participer à l'étude étaient dirigées vers le questionnaire en ligne (LimeSurvey). Deux questions filtres étaient incluses au début du questionnaire : « Travaillez-vous dans un centre hospitalier? » et « Dans les 30 derniers jours, avez-vous travaillé à temps plein ou à temps partiel en tant qu'infirmière? ». Les infirmières qui étaient en congé de maternité, en congé sans solde, en congé de maladie ou en vacances pour plus de 5 jours consécutifs étaient invitées à répondre non. Les infirmières qui ont répondu par la négative étaient informées qu'elles ne pouvaient pas participer; celles qui ont répondu positivement étaient invitées à poursuivre. Tous les documents utilisés pour cette étude étaient disponibles en version française. Dans le but d'assurer un bon taux de participation, un courriel de rappel deux semaines suivant l'envoi initial a été effectué. Un courriel de rappel aux participantes a été envoyé le 27 février 2021. Les participantes avaient du 10 février 2021 au 10 mars 2021 pour remplir le questionnaire. Une fois rempli, le questionnaire a été transmis au responsable de l'équipe de recherche. Les infirmières étaient invitées à participer à l'étude sur une base volontaire.

3.5 Instruments de collecte de données

Le questionnaire d'enquête (Annexe B et C) est constitué de deux parties. Une première inclut une série de questions sur les caractéristiques personnelles et professionnelles des participantes ainsi que sur la prestation d'HSV et d'HSO. La seconde inclut l'échelle WRQoL de Van Laar, Edwards et Easton (2007) mesurant la QVT des participantes. Au total, le questionnaire comprenait 45 questions qui se complétaient entre quinze et vingt minutes.

3.5.1 Qualité de vie au travail

L'échelle WRQoL a été développée par Van Laar, Edwards et Easton, (2007) afin d'évaluer la qualité de vie au travail des médecins et infirmières. L'échelle a été utilisée depuis dans de nombreux contextes de travail à l'international, notamment auprès des enseignants, des policiers, des professionnels de la santé et des avocats (Easton et Van Laar, 2018). Comme mentionné précédemment, l'échelle WRQoL prend en compte les domaines de la vie professionnelle et non professionnelle, en accordant une attention aux besoins psychosociaux du personnel. Les facteurs liés au travail se rapportent aux quatre dimensions suivantes : satisfaction de l'évolution de carrière et autonomie, stress au travail, conditions et environnement de travail et contrôle au travail. Les facteurs non liés au travail sont constitués des deux dimensions suivantes : équilibre travail-vie personnelle et bien-être général. Un ensemble de 14 items du questionnaire mesure les facteurs liés au travail; 9 items mesurent les facteurs non liés au travail. La validité de construit de l'échelle (WRQoL) est supporté par une analyse factorielle (Van Laar et al., 2007).

Ce questionnaire a été utilisé par des chercheurs et des consultants dans divers types d'organisations et a été traduit dans plusieurs langues (Easton et Van Laar, 2018). Le questionnaire (WRQoL) comprend 23 questions se rapportant aux six domaines listés plus haut. Une dernière question a trait à une évaluation globale de la QVT, d'où l'énoncé suivant : « Je suis satisfaite de la qualité générale de l'ensemble de ma vie professionnelle ». L'échelle de réponse est de type Likert en 5 points allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord. Le score total est obtenu en additionnant les scores aux questions individuelles. Des scores plus élevés suggèrent une meilleure QVT. Le risque de biais est

réduit par l'inclusion de questions formulées de façons positives et négatives (Waltz et al., 2010; Van Laar et al., 2007).

Cette échelle comporte des propriétés psychométriques intéressantes avec un alpha de Cronbach de 0,91 pour la cohérence interne de l'échelle. Les alphas de Cronbach (indice de fidélité) de chacune des dimensions de l'échelle (WRQoL) sont satisfaisants, variant entre 0,75 et 0,89 : (Easton et Van Laar, 2018). Les dimensions de l'échelle ont été validées auprès de plusieurs échantillons (Edwards, Van Laar, Easton et Kinman, 2009; Van Laar et Easton, 2010). L'échelle (WRQoL) fournit une mesure de la conceptualisation multidimensionnelle de la QVT (Easton et Van Laar, 2018). Le tableau 3 présente les dimensions de l'échelle de mesure de la QVT (WRQoL).

Tableau 3. Dimensions de l'échelle de QVT (WRQoL)

Dimensions de la QVT	Définition
Satisfaction de l'évolution de carrière et autonomie (SEC)	Cette dimension est liée à des caractéristiques qui permettent à l'individu de se sentir bien au travail, telles que le sentiment d'accomplissement, l'estime de soi et la réalisation de son potentiel.
Stress au travail (SAT)	Cette dimension considère le stress « en termes d'inadéquation entre les demandes de l'environnement (charge de travail, ambiguïté, conflit de rôle) et les ressources de l'individu » (Ponnelle, Vaxevanoglou et Garcia, 2012).
Conditions et environnement de travail (CET)	Cette dimension comprend la sécurité au travail, ainsi que les facilités mises en place par l'employeur afin de permettre aux employés de réaliser leurs activités avec efficacité.

Contrôle au travail (CAT)	Cette dimension reflète le niveau de contrôle qu'un employé sent qu'il peut exercer dans son environnement de travail.
Bien-être général (BEG)	Cette dimension s'intéresse à l'épanouissement et au bien-être de l'employé non seulement dans son travail, mais aussi dans sa vie en général.
Équilibre travail-vie personnelle (ETV)	Cette dimension s'intéresse à la façon dont les employés peuvent gérer l'articulation entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

3.5.2 Heures supplémentaires

Des questions ont été ajoutées sur la réalisation d'heures supplémentaires volontaires ou obligatoires et la fréquence de ces prestations sur une période d'un mois. Les heures supplémentaires volontaires réfèrent ici à la situation où l'infirmière décide délibérément de faire un quart supplémentaire de travail de 4 h ou de 8 h consécutif à son quart de travail régulier de 8 h. Dans le cas de l'infirmière effectuant un quart de travail de 12 h, les heures supplémentaires renvoient à la situation où l'infirmière décide délibérément de faire un quart supplémentaire de travail de 4 h. Dans la même veine, la définition d'heures supplémentaires obligatoires se réfère à des situations où l'infirmière est forcée de faire un quart supplémentaire de travail de 4 h ou 8 h consécutif à son quart de travail régulier de 8 h, ou un quart supplémentaire de 4 h consécutif à un quart de travail de 12 h.

3.5.3 Caractéristiques personnelles et professionnelles

Une série de questions ont été ajoutées sur les caractéristiques personnelles des infirmières incluant l'âge, le sexe, le niveau de formation, le titre d'emploi, l'état matrimonial, la présence d'une personne à charge, le nombre d'années d'expérience. Les caractéristiques professionnelles comprennent : le quart de travail (8 h ou 12 h), le type

d'unité, le statut emploi (temps plein ou temps partiel), le quart de travail assigné, la rotation des quarts de travail et le nombre de blocs (4 h ou 8 h) effectués en heures supplémentaires le mois dernier (volontaires et obligatoires). Le tableau 4 présente les variables indépendantes de l'étude.

Tableau 4. Les variables indépendantes de l'étude

Heures supplémentaires
<ul style="list-style-type: none"> - Heures supplémentaires volontaires - Heures supplémentaires obligatoires
Caractéristiques personnelles
<ul style="list-style-type: none"> - Âge - Genre - État matrimonial - Niveau de formation, - Titre d'emploi - Présence d'une personne à charge - Nombre d'années d'expérience
Caractéristiques professionnelles
<ul style="list-style-type: none"> - Quart de travail (8 h ou 12 h) - Type d'unité - Statut d'emploi (temps plein ou temps partiel), - Quart de travail - Rotation des quarts de travail

3.6 Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 2002. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour dresser le profil des répondants en ce qui a trait aux variables à l'étude. Des analyses bivariées ont été conduites entre la QVT mesurée de façon continue et les différentes variables à l'étude au moyen d'analyses de variance. Une analyse de régression logistique des données a été effectuée pour identifier le meilleur ensemble de variables prédictives. La QVT a été recodée en deux catégories : faible (<3,5) et élevée (> / =3,5) pour les fins de l'analyse multivariée.

3.7 Considérations éthiques

L'approbation du Comité d'éthique et scientifique de l'Université de Montréal de la recherche a été obtenue (Annexe D). Les infirmières ont reçu un courriel les invitant à participer volontairement à cette étude, qui comprenait le formulaire d'information de consentement (Annexe E). Le document précisait le but de la recherche, les critères et les étapes rattachés à la participation, les mesures pour assurer la confidentialité des renseignements, le droit au retrait, la nature des informations recueillies, le temps requis pour participer et les coordonnées du personnel de recherche. Les infirmières qui ont accepté de participer à l'étude, elles étaient dirigées directement vers le questionnaire. Les infirmières qui ont refusé de participer à l'étude, elles ont été remerciées.

La liste nominative des infirmières sélectionnées pour cette étude a été obtenue par l'OIIQ. Chaque participant s'est vu attribuer un numéro d'identification unique. La liste maîtresse contenant les numéros d'identification et les noms des participants a été strictement confidentielle et conservée par un responsable de l'étudiante sur un serveur sécurisé pendant la période prévue pour la collecte de données afin de permettre à l'équipe de recherche de procéder aux rappels électroniques. Par la suite, la liste maîtresse a été détruite. Les données ont été anonymisées, c'est-à-dire que le nom ne figurait pas sur le fichier rassemblant les données de l'étude. Ainsi, en aucun cas la présentation des résultats ne permettrait d'identifier les répondants. En aucun cas, l'OIIQ n'était informé de la participation à cette étude des infirmières sélectionnées.

CHAPITRE 4 - Résultats

La première section de ce chapitre expose les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes, les heures supplémentaires effectuées dans le dernier mois, ainsi que le score de la QVT et les scores de chacune des dimensions de la QVT. La deuxième section présente les résultats des analyses statistiques permettant d'examiner les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires et la qualité de vie au travail des infirmières en tenant compte de diverses caractéristiques personnelles et professionnelles.

4.1 Échantillon et taux de réponse

Un total de 1555 infirmières ont rempli le questionnaire (9,7 % de l'échantillon). En rappel, l'échantillon était composé de 16 019 infirmières. Le questionnaire débutait par deux questions visant à déterminer l'admissibilité des participantes selon les critères d'inclusion : travailler dans un centre hospitalier et travailler à titre d'infirmière à temps plein ou à temps partiel durant les 30 derniers jours. Les participantes ayant répondu « Oui » (n = 1555, 9,7 %) à ces deux premières questions étaient invitées à remplir le questionnaire. Les infirmières répondant non à l'une ou l'autre ou à ces deux questions (n=145 [0,9 %] ne travaillant pas en CH; n=228 [1,42 %] n'ayant pas travaillé à temps plein ou à temps partiel dans les 30 derniers jours) étaient remerciées pour leur intérêt et informées qu'elles ne pourraient pas participer. Ainsi, 373 infirmières ont été exclues de l'étude. Il importe de noter qu'il est impossible de préciser ici le nombre exact d'infirmières non admissibles au sein de l'échantillon.

4.2 Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondantes

Le tableau V présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes. La grande majorité (88 %) est des femmes. Plus des deux tiers (66,4 %) sont âgées de moins de 40 ans, avec une proportion non négligeable (37,2 %) âgées de moins de 30 ans. Plus de la moitié (53,9 %) des participantes déclarent avoir un baccalauréat en sciences infirmières comme niveau de scolarité, comparativement à 42,3 % pour le diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. Une majorité des participantes

(62,4 %) ont répondu être en couple (mariée ou en union de fait) et la moitié des participantes (54 %) ont indiqué ne pas avoir d'enfant ou de personne à leur charge. L'échantillon est composé d'infirmières techniciennes, d'infirmières cliniciennes et de cadres/conseillères en soins infirmiers/assistantes infirmières-chefs (AIC). Près de la moitié des répondantes (47,3 %) sont des infirmières cliniciennes (46,7 %) ou des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) (0,6 %). Les infirmières ayant moins de cinq années d'expérience à titre d'infirmières représentent environ 40 % des répondantes. Une majorité de répondantes travaillent soit à l'Urgence/Soins critiques (30,8 %), soit en Médecine/Chirurgie (35,2 %). Moins de 10 % des répondantes exercent en CH dans un autre secteur (par exemple, hémodialyse, endoscopie, clinique externe). Enfin, des répondantes (4,1 %) œuvrant notamment en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ont été regroupées au sein de la catégorie « autre mission que CH ». Certaines infirmières de notre échantillon pouvaient en effet travailler dans un établissement de santé exploitant plusieurs missions à la fois, ce qui explique que ces répondantes œuvrant au sein de telles missions aient pu se retrouver au sein de l'échantillon. Les proportions de répondantes déclarant travailler à temps plein ou à temps partiel sont 65.1 % et 34.9 % respectivement. Près de la moitié (48,4 %) des répondantes travaillent sur le quart de jour.

Tableau 5. Distribution des participantes (n=1555) selon certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	n (%)
Genre	
- Homme	183 (11,8)
- Femme	1372 (88,2)
Âge	
- 18-29 ans	578 (37,2)
- 30-39 ans	454 (29,2)
- 40-49 ans	303 (19,5)
- 50-59 ans	188 (12,1)
- 60 ans ou plus	32 (2,1)
Niveau de scolarité complété	
- Technique	657 (42,3)
- Baccalauréat	838 (53,9)
- Maîtrise	60 (3,9)
Statut matrimonial	
- Célibataire, divorcée, veuve	585 (37,6)
- En couple	970 (62,4)
Nombre de personnes à charge	
- Aucune	840 (54,0)
- Au moins une	715 (46,0)
Titre d'emploi	
- Infirmière (technicienne)	616 (39,6)
- Infirmière (clinicienne ou IPS)	736 (47,3)
- Cadre, Conseillère, AIC	203(13,1)
Secteur d'activité principale	
- Médecine/Chirurgie	548 (35,2)
- Urgence/Soins critiques	479 (30,8)
- Périnatalité/Pédiatrie	195 (12,5)
- Santé mentale	122 (7,8)

- Autre secteur en CH	147 (9,5)
- Autre mission que CH	64 (4,1)
Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière	
- Moins d'un an	153 (9,8)
- 1 à 5 ans	482 (31,0)
- 6 à 10 ans	283 (18,2)
- 11 à 15 ans	244 (15,7)
- 16 à 20 ans	139 (8,9)
- 21 à 25 ans	93 (6,0)
- 26 à 30 ans	66 (4,2)
- Plus de 30 ans	95 (6,1)
Statut d'emploi	
- Temps plein	1013 (65,1)
- Temps partiel/occasionnel	542 (34,9)
Quart de travail	
- Jour	753 (48,4)
- Soir	484 (31,1)
- Nuit	318 (20,5)

4.3 Analyses descriptives

4.3.1 Les heures supplémentaires

Le tableau 6 présente la distribution des infirmières selon le nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires volontaires et obligatoires au cours du mois précédant l'enquête. Environ 65 % (64,4 %) des participantes affirment avoir effectué des heures supplémentaires volontaires comparativement à 35 % n'ayant travaillé aucune heure supplémentaire de façon volontaire. Un peu plus de 20 % des infirmières ont indiqué avoir fait plus de 30 h en heures supplémentaires volontaires lors du dernier mois. Les heures supplémentaires volontaires effectuées par les participantes dans le dernier mois se distribuent d'un minimum de 4 h/mois à un maximum de 160 h/mois. Près de 30 % des répondantes ont indiqué avoir effectué des heures supplémentaires de façon obligatoire.

Les heures supplémentaires obligatoires effectuées par les participantes dans le dernier mois se distribuent d'un minimum de 4 h par mois à un maximum de 160 h par mois.

Tableau 6. Distribution des heures supplémentaires volontaires et obligatoires effectuées par les participantes dans le dernier mois (n=1555).

Heures supplémentaires	n (%)
Heures supplémentaires volontaires	
- Aucune	554 (35,6)
- 1-9 h	251 (16,2)
- 10-19 h	226 (14,5)
- 20-29 h	180 (11,6)
- 30 h +	334 (22,1)
Heures supplémentaires obligatoires	
- Aucune	1077 (69,3)
- 1-9 h	241 (15,5)
- 10-19 h	119 (7,7)
- 20-29 h	43 (2,7)
- 30 h+	75 (4,8)

4.3.2 La qualité de vie au travail (QVT)

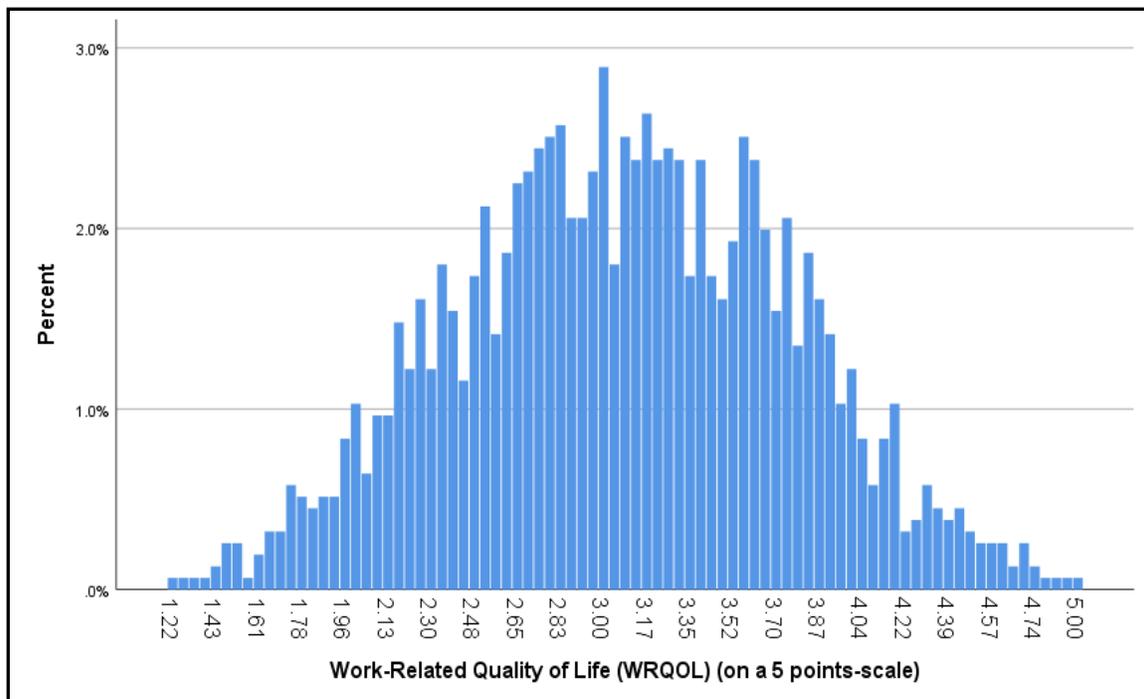
Les statistiques descriptives associées aux scores de QVT et ses dimensions sont présentées au tableau 7. Le score de QVT est de 3.08/5 pour l'ensemble des répondantes, ce qui rend compte d'une QVT de niveau moyen/modéré. Les dimensions satisfaction de l'évolution de la carrière et autonomie (SEC) (M = 3,48; ET = 0,69) et le bien-être en général (BEG) (M = 3,22; ET = 0,85) présentent les scores les plus élevés. Les scores les plus bas se retrouvent pour les dimensions suivantes : stress au travail (SAT) (M = 2,27; ET = 0,99) et contrôle au travail (CAT) (M = 2,76; ET = 0,94). La figure 5 présente la distribution des scores globaux de la QVT des participantes.

Tableau 7. Qualité de vie au travail : score de la QVT et score de chacune des dimensions (n=1555)

Variable	Moyenne	Médiane	Écart-Type
SEC	3,48	3,50	0,69
BEG	3,22	3,33	0,85
ETV	2,90	3,00	1,04
SAT	2,27	2,00	0,99
CET	2,99	3,00	0,94
CAT	2,76	2,67	0,94
QVT	3,08	3,09	0,67

Note. Les sigles associés à chacune des dimensions de la QVT. BEG : Bien-être général, CAT : Contrôle au travail, CET : Conditions et environnement de travail, ETV : Équilibre travail-vie personnelle, SAT : Stress au travail, SEC : Satisfaction de l'évolution de carrière et l'autonomie

Figure 5. Distribution du score global de la qualité de vie au travail (sur 5 points)



4.4 Analyses bivariées

Le tableau 8 présente le résultat des analyses bivariées entre la réalisation d'heures supplémentaires volontaires et obligatoires, les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles d'une part et la QVT d'autre part. Les résultats montrent une association significative entre les heures supplémentaires obligatoires et la QVT. Les infirmières n'effectuant aucune heure supplémentaire obligatoire détiennent un score plus élevé de la QVT. Aucune association significative n'a été décelée entre les heures supplémentaires volontaires effectuées lors du dernier mois et la QVT. Des associations significatives sont par ailleurs observées pour trois variables sociodémographiques. La QVT est plus élevée pour les répondantes vivant en couple et celles ayant au moins une personne à charge. Également, les répondantes qui ont déclaré avoir une scolarité de maîtrise apparaissent comme ayant une QVT supérieure. Outre les HSO, plusieurs variables professionnelles ressortent comme étant significativement associées à la QVT. Les infirmières travaillant sur le quart de soir affichent le score de la QVT le plus bas. Les infirmières travaillant à temps partiel ont un score de QVT inférieur à celles qui œuvrent à temps plein. Le titre d'emploi ressort également comme étant corrélé, alors que les conseillères ou les cadres affichent des scores significativement plus élevés que les infirmières (techniciennes). Enfin, des associations sont décelées pour les années d'expérience (QVT 26-30 ans supérieure à 6-10 ans) et le secteur d'activité (plus élevé en périnatalité qu'en médecine/chirurgie). L'association est de taille marginale dans le dernier cas.

Tableau 8. Score de qualité de vie (sur 5 points) selon le temps supplémentaire et certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Association		Score	p
HSV	Aucune	3,08	0,139
	1-9	3,12	
	10-19	3,13	
	20-29	3,09	
	30 ou plus	3,00	
HSO	Aucune	3,19 ^a	< 0.001
	1-9	2,87 ^b	
	10-19	2,83 ^b	
	20-29	2,64 ^b	
	30 ou plus	2,67 ^b	
Genre	Homme	3,13	0,238
	Femme	3,07	
Âge	18-29 ans	3,07	0,169
	30-39 ans	3,07	
	40-49 ans	3,04	
	50-59 ans	3,13	
	60 ans ou plus	3,33	
Niveau de scolarité complété en soins infirmiers/sciences infirmières	Technique	3,02 ^a	0,001
	Bac	3,10 ^a	

	Maîtrise	3,32 _b	
Statut matrimonial			
	Célibataire, divorcé, veuf	2,99	< 0.001
	En couple (marié, union de fait)	3,13	
Nombre de personnes à charge			
	Aucune	3,04	0,050
	Au moins une	3,11	
Titre d'emploi			
	Infirmière (technicienne)	3,01 _a	0,002
	Infirmière (clinicienne & IPS)	3,10 _{a, b}	
	Cadre et conseillère	3,19 _b	
Secteur d'activité			
	Médecine/Chirurgie/Périopératoire	3,04	0,003
	Urgence/soins critiques	3,02	
	Périnatalité/pédiatrie	3,18	
	Santé mentale	3,10	
	Autre secteur en CH	3,23	
	Autre mission que CH	3,10	
Nombre d'années d'expérience			
	Moins d'un an	3,07 _{a, b}	0,040
	1 à 5 ans	3,06 _{a, b}	
	6 à 10 ans	3,00 _a	
	11 à 15 ans	3,08 _{a, b}	
	16 à 20 ans	3,09 _{a, b}	
	21 à 25 ans	3,05 _{a, b}	
	26 à 30 ans	3,33 _b	
	Plus de 30 ans	3,18 _{a, b}	
Statut d'emploi			

	Temps plein	3,12	0,001
	Temps partiel/occasionnel	3,00	
Quart de travail			
	Jour	3,14 _a	< 0.001
	Soir	2,95 _b	
	Nuit	3,12 _a	

Note. Les moyennes qui ne présentent pas les mêmes indices (a, b) sont différentes ($p < 0,05$) au test de Tukey.

4.5 Analyses multivariées

Le tableau 9 présente les résultats de l'analyse de régression logistique de la QVT (recodée en deux catégories : QVT faible score $< 3,5$ et QVT élevée score $\geq 3,5$) sur les variables sociodémographiques et professionnelles. Plusieurs variables émergent comme des prédicteurs significatifs de la QVT : l'absence d'heures supplémentaires obligatoires, l'âge, le genre, l'état matrimonial, le titre d'emploi, le secteur d'activité et le quart de travail. Les infirmières n'ayant fait aucune heure supplémentaire obligatoire ont 5,4 fois plus de chance d'obtenir un score de QVT élevé lorsque comparées avec celles ayant déclaré plus de 30 heures HSO. Les infirmières du secteur périnatalité ont 1,5 fois plus de chance d'avoir une QVT élevée lorsque comparées avec celles du secteur médecine/chirurgie, tout comme les conseillères et les cadres lorsque comparées aux infirmières (techniciennes). Par ailleurs le fait de travailler de jour (vs de soir), de vivre en couple (vs célibataire) et d'être un homme (vs une femme) sont associés à une QVT plus élevées. Enfin, les répondantes âgées entre 18 et 29 ans sont susceptibles d'avoir une QVT plus élevée comparativement aux répondantes âgées entre 30 et 39 ans.

Tableau 9. Régression logistique des scores de qualité de vie sur les variables sociodémographiques et professionnelles.

Variable		RC	p
Heures supplémentaires volontaires	20-29 heures	1,285	0,246
(réf.: 30 heures ou plus)	10-19 heures	1,288	0,206
	1-9 heures	1,107	0,608
	Aucun HSV	1,112	0,530
Heures supplémentaires obligatoires	20-29 heures	0,884	0,853
(réf.: 30 heures ou plus)	10-19 heures	1,543	0,372
	1-9 heures	1,974	0,124
	Aucun HSO	5,449	0,001
Genre (réf.: Homme)	Femme	0,670	0,027
Âge	30-39 ans	0,707	0,026
(réf.: 18-29 ans)	40-49 ans	0,851	0,354
	50-59 ans	0,711	0,101
	60 ans ou plus	0,783	0,549
Statut marital (réf.: Célibataire)	En couple	1,510	0,001
Titre d'emploi (réf.: Infirmière)	Infirmière clinicienne	1,019	0,886
	Cadre	1,569	0,018
Secteur d'activité	Urgence/Soins critiques	0,801	0,153
(réf.: Médecine/Chirurgie)	Périnatalité/Pédiatrie	1,473	0,044
	Santé mentale	1,232	0,363
	Autre secteur CH	1,120	0,593
	Autre mission que CH	0,903	0,742
Statut d'emploi (réf.: Temps plein)	Temps partiel	0,847	0,215

Quart	Soir	0,613	0,001
(réf.: Jour)	Nuit	0,956	0,782
	Constante	0,130	0,000

Note. La QVT est recodée en deux catégories. Faible= 3,5 ou moins / Élevée = 3,5 égale ou plus.

CHAPITRE 5 - Discussion

Cette étude visait à examiner le nombre d'heures supplémentaires faites par les infirmières québécoises œuvrant en CH, leur qualité de vie au travail et le niveau d'association entre les heures supplémentaires et la qualité de vie au travail, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Des statistiques descriptives ont été utilisées afin de décrire le profil des infirmières, les heures supplémentaires et le niveau de la QVT des participantes à l'étude. Les analyses bivariées et multivariées nous ont permis de décrire et d'évaluer l'association entre les différentes variables. Dans les paragraphes suivants, les principaux résultats de l'étude seront discutés, ainsi que les implications pour la pratique et la recherche. Finalement, les forces et les limites de cette étude seront abordées.

5.1 Les heures supplémentaires travaillées chez les infirmières du Québec œuvrant en centre hospitalier

Une proportion de 65 % des répondantes ont indiqué faire des heures supplémentaires volontaires. Près de 30 % des répondantes ont déclaré effectuer des heures supplémentaires obligatoires. Les heures supplémentaires volontaires et obligatoires effectuées par les participantes dans le dernier mois se distribuent d'un minimum de 4 h par mois à un maximum de 160 h par mois. Il est ici possible qu'il y ait eu une surestimation des HS rapportées par un petit nombre de répondantes. Ainsi, 17 infirmières de l'échantillon ont déclaré avoir fait plus de 160 HSV durant le mois précédent l'enquête; 4 infirmières ont déclaré avoir fait plus de 160 HSO. Comme mentionnée par quelques répondantes (n=13) dans la section commentaire de l'étude, celles-ci ont aussi pu déclarer le nombre d'heures où elles étaient de garde ou sur appel dans leur comptabilisation des HSV ou HSO. Plusieurs études réalisées dans différentes provinces canadiennes et aux États-Unis abordent les heures supplémentaires. Durant une période de 4 ans (2005-2008), des données concernant la paie des infirmières (n=7738) travaillant dans les départements de médecine, de soins intensifs et l'urgence ont été analysées en Colombie-Britannique. Les infirmières à temps plein ont travaillé en moyenne 15 à 20 heures supplémentaires

chaque mois (Drebit, Ngan, Hay et Alamgir, 2010). En Ontario, les heures supplémentaires des unités de soins intensifs de trois hôpitaux varient d'un minimum de 3,8 à 2 042,3 heures par mois. La moyenne d'heures supplémentaires de ces unités était de 345,1 heures par mois (D'Sa et al., 2018). En 2020, dans une enquête sur la rémunération menée auprès d'infirmières américaines travaillant en soins périopératoires, 72 % de l'échantillon (n=2 829) ont indiqué avoir fait des heures supplémentaires durant les quatre dernières semaines. La moyenne d'heure supplémentaire par semaine variait de 3,5 h à 8,6 h en fonction des différents titres d'emploi (Bacon et Stewart, 2020). Selon Statistique Canada, près du quart (26 %) du personnel infirmier a fait des heures supplémentaires d'avril à mai 2019-2020. Comparativement au reste du Canada, la moyenne des heures supplémentaires par semaine a augmenté de manière significative au Québec et en Ontario en 2020. Les heures supplémentaires effectuées par les infirmières québécoises ont passé de 6,2 heures en mai 2019 à 16,9 heures en mai 2020. Ces deux provinces ont aussi enregistré les plus fortes hausses de nombre de cas de COVID-19 en avril et mai 2020 (Carrière, Park, Deng, et Kohen, 2020). La pandémie COVID-19 a accentué l'écart entre la demande de soins et la capacité des effectifs infirmiers (Sriharan et al., 2021). Ainsi, les infirmières québécoises travaillaient dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre relié à un taux élevé d'absentéisme en raison de l'infection à la COVID-19 et de démissions. Entre juillet 2020 et janvier 2021, 23 142 travailleurs de la santé ont reçu un diagnostic de COVID-19 (Pelletier et al., 2021). Depuis le début de la pandémie, 4000 infirmières ont quitté leur poste du réseau de la santé publique. (Duchaine et al., 2021). Donc, les infirmières du Québec étaient prédisposées à effectuer davantage d'heures supplémentaires volontaires ou obligatoires durant la pandémie.

5.2 La qualité de vie au travail des infirmières québécoises œuvrant en centre hospitalier

Dans notre étude, la moyenne du score de la QVT des répondantes est de 3,08/5, ce qui indique qu'elles percevaient une QVT de niveau moyen/modéré. Un score de la QVT qui se situe au niveau moyen peut indiquer que la QVT n'offre pas des niveaux élevés de satisfaction (Easton et Van Laar, 2018). Plusieurs études ayant utilisé la même échelle ont

obtenu des résultats similaires quant au score global de la QVT des infirmières travaillant en centre hospitalier (Dai, Tang, Chen, 2016 ; Dudley, 2015). Les infirmières américaines travaillant en centre hospitalier percevaient aussi une QVT de niveau moyen/modéré. Elles ont obtenu un score de 3,43 (Dudley, 2015). L'étude de Dai et al. (2016) menée auprès d'infirmières chinoises a obtenu un score de QVT à 3.4/5. Ces chercheurs ont établi que ce score de QVT était associé à un niveau élevé. Ce score est inférieur au score de référence de 4/5 sur l'échelle qui se caractérise par un niveau élevé ou supérieur de la QVT (Van Laar et al., 2007). La revue systématique, Viselita, Handiyani et Pujasari, (2020) ont colligé la QVT d'infirmières ayant participé dans des études (n=21) menées globalement dans huit pays : l'Iran, l'Égypte, le Mexique, l'Éthiopie, le Bangladesh, l'Arabie saoudite, l'Inde et la Turquie. La moitié des études (n =11, 52, 4 %) révélaient un niveau modéré de QVT. Pour les infirmières américaines et chinoises, la dimension de la QVT ayant obtenu le plus haut score est la satisfaction de l'évolution de carrière et autonomie, un résultat qui correspond à celui observé dans notre étude (Dai et al., 2016; Dudley, 2015). Selon Cicolini, Comparcini et Simonetti (2014), la satisfaction de l'évolution de carrière et l'autonomie des infirmières sont liées à des facteurs professionnels et organisationnels. L'infirmière aspire à de l'autonomie, à trouver un sens au travail et à pratiquer dans un environnement de travail positif et solidaire (Kushner et Ruffin, 2015). La satisfaction de l'évolution de carrière et l'autonomie étaient positivement corrélées à la QVT dans les travaux de Nowrouzi et al. (2015). Le stress au travail était la dimension ayant obtenu le plus faible score dans notre étude, tout comme pour les infirmières américaines, tandis que la dimension bien-être au travail affichait le plus faible score pour les infirmières chinoises. Le stress est une dimension importante. Les infirmières sont des professionnels susceptibles d'être exposées au stress et de développer des problèmes de santé, par exemple de l'épuisement professionnel, de la fatigue et de la détresse morale, ce qui peut contribuer à une diminution de la QVT (Mason et al., 2014; Scruth, Garcia et Buchner, 2018). Le stress au travail était négativement corrélé à la QVT dans les travaux de Mosadeghrad et al. (2011). L'origine du stress infirmier peut être personnelle, professionnelle ou organisationnelle (Botha, Gwin et Purpora, 2015).

5.3 L'association entre les heures supplémentaires et la qualité de vie au travail

Les résultats de notre étude montrent une association significative entre l'absence d'heures supplémentaires obligatoires et la QVT. Les infirmières n'ayant fait aucune heure supplémentaire obligatoire ont 5,4 fois plus de chance d'obtenir un score de QVT élevé, lorsque comparées avec celles ayant déclaré plus de 30 HSO. Un climat de travail malsain engendré par le temps supplémentaire obligatoire peut provoquer un déséquilibre quant à l'harmonie de l'infirmière et de son bien-être au travail qui peut se manifester par de la souffrance, de la détresse émotionnelle et ainsi mener à une QVT négative. (Bougie et Cara, 2008). L'étude iranienne de Khajehnasiri et al. (2020) rapportait une association significative entre la fréquence des heures supplémentaires et le score de la QVT à partir d'une analyse bivariée. Les infirmières iraniennes qui faisaient « parfois » des heures supplémentaires avaient un meilleur score de la QVT par rapport à celles qui faisaient « toujours » ou « jamais » des heures supplémentaires. Cette étude omet de préciser si les infirmières effectuent des HSV ou des HSO. Dans la littérature, il est mentionné que les infirmières peuvent être prédisposées à effectuer des heures supplémentaires sur une base volontaire pour des motifs personnels ou professionnels (Bae et Yoon, 2014; Lobo et al., 2018; Watanabe et Yamauchi 2018). Par contre, certaines infirmières peuvent subir des pressions de la part des gestionnaires à faire des heures supplémentaires « volontaires » (Stimpfel et al., 2012). L'utilisation répétée des heures supplémentaires à long terme peut mener à l'insatisfaction au travail et nuire à la QVT des infirmières (Bae et Fabry, 2014). Selon l'étude de Stimpfel, Sloane et Aiken (2012), les infirmières américaines ayant fait des quarts de travail de plus de 13 heures étaient deux fois plus à risque de subir un épuisement professionnel et de vivre de l'insatisfaction au travail. Dans l'étude canadienne de Nowrouzi et al. (2015), aucune association significative n'a été observée entre les heures supplémentaires travaillées par semaine et le score de QVT des infirmières. Aucune association significative n'a été décelée entre les heures supplémentaires volontaires effectuées lors du dernier mois et la QVT dans notre étude. Il est important de distinguer les heures supplémentaires volontaires ou obligatoires, ce qui peut influencer les résultats

et expliquer la différence des résultats obtenus dans les études. (Wheatley, 2017; Lobo et al, 2013).

5.4 L'association des autres variables (personnelles et professionnelles) sur la qualité de vie au travail.

Certaines variables sociodémographiques émergent comme prédicteurs significatifs : l'âge, le genre, l'état matrimonial. Les répondantes âgées de 18 à 29 ans émergent comme plus susceptibles d'avoir une QVT élevée (contre les répondantes âgées de 30 à 39 ans) tout comme celles qui vivent en couple (contre célibataire). Dans notre étude, le sexe et le fait d'avoir au moins une personne à charge ne sont pas des variables prédictives pour le score de la QVT. L'étude de Khajehnasiri et al. (2021) a démontré que l'âge, l'état matrimonial et le nombre d'enfants à charge ne sont pas des prédicteurs significatifs du score de la QVT des infirmières iraniennes. Dans l'étude canadienne de Nowrouzi et al. (2015), le sexe, l'origine ethnique et le niveau de scolarité ne sont pas des prédicteurs significatifs sur le score de la QVT. Le statut matrimonial est aussi identifié comme une variable prédictive pour la QVT dans certaines études. L'étude chinoise de Dai et al. (2016) et l'étude canadienne de Nowrouzi et al. (2015) indiquent que les infirmières mariées détiennent un score plus élevé de la QVT que les infirmières célibataires. Les relations personnelles et le réseau de soutien de l'infirmière dans sa vie privée peuvent influencer sa QVT (Nowrouzi et al., 2015).

Plusieurs variables professionnelles émergent comme des prédicteurs significatifs de la QVT : le titre d'emploi, le secteur d'activité et le quart de travail. Dans notre étude, les infirmières du secteur périnatalité ont 1.5 fois plus de chance d'avoir une QVT élevée, lorsque comparées avec celles du secteur médecine/chirurgie, tout comme les conseillères et les cadres lorsque comparées aux infirmières (techniciennes). Dans l'étude chinoise de Dai (2016), le titre d'emploi de l'infirmière et l'unité de soins sont ressorties des analyses comme associées au score de QVT. Les infirmières gestionnaires affichaient une QVT plus élevée et les infirmières travaillant sur une unité de chirurgie un score de QVT plus bas. (Dai,Tang, Chen et Yu, 2016). L'étude de Khajehnasiri et al. (2020) a également révélé

une association statistiquement significative entre l'unité de soins et la QVT. Les infirmières travaillant dans les services d'urgence ont un score significativement inférieur à celles qui travaillent pour des services internes ou chirurgicaux. Les soins critiques et l'urgence sont reconnus pour être des environnements de travail stressants (Nowrouzi et al., 2016). La combinaison des disponibilités des ressources et le climat de travail de l'unité influencent l'environnement de travail (Park, Gass, Boyle, 2016). Le statut d'emploi aussi ne s'est pas relevé comme un prédicteur significatif pour le score de la QVT, tout comme dans l'étude canadienne de Nowrouzi et al. (2015). La seule variable prédictive observée pour le score de la QVT dans l'étude canadienne est la formation (Nowrouzi et al., 2015). Les infirmières ayant reçu une formation complémentaire spécifique de l'unité pouvant travailler autant dans les services obstétricaux et périnatalités (infirmière polyvalente) avaient 3.82 fois plus de chance d'avoir un score de la QVT élevée (>4/5) comparativement aux infirmières n'ayant reçu aucune formation. Selon les revues systématiques Nowrouzi et al. (2016) et Viselita, Handiyani et Pujasari (2020), plusieurs facteurs professionnels et organisationnels peuvent avoir une incidence sur la QVT: le ratio infirmière-patient, le niveau de dotation d'infirmière, les relations avec les collègues ou le supérieur et la charge de travail.

Par ailleurs, le fait de travailler de soir (contre de jour) est associé à une QVT plus faible. Il est intéressant de souligner que le score le plus bas de la QVT se trouve chez les infirmières travaillant de soir. Aux Pays-Bas, Armstrong et al. (2015) ont mesuré la charge de travail des infirmières sur chacun des quarts de travail sur une unité de soins intermédiaires. Les chercheurs ont été étonnés de constater que les infirmières de soir avaient une charge de travail plus élevée comparativement à leur collègue de jour. Selon ces chercheurs quelques éléments possibles peuvent expliquer l'augmentation de la charge de travail perçue par les infirmières travaillant de soir : les visites des familles étant plus nombreuses, un nombre plus élevé d'admissions (ex : retour de patient sur l'unité en postopératoire) en l'absence de personnel administratif et une réduction du nombre de personnels de soutien pour faire les soins d'hygiène et la mobilisation des patients. Ces tâches devaient être prises en charge par les infirmières. De plus, l'horaire de travail atypique des infirmières affecte la conciliation du travail et de la famille. Il est difficile pour les infirmières de trouver des services de garde adaptés à leur horaire de travail : soir,

nuit et fin de semaine (Kushner et Ruffin, 2015). Ces éléments semblent être des pistes de réponses pouvant expliquer la faible QVT des répondantes travaillant de soir.

La qualité de vie au travail des infirmières est influencée par de nombreux aspects du travail, de la vie personnelle et l'interaction de ces deux facteurs (Van Laar et al., 2007; Easton et Van Laar, 2018). Les dimensions internes et externes du travail peuvent influencer positivement ou négativement la QVT des infirmières. (Vidal-Blanco, Oliver, Galiana, et Sanso, 2019). Plusieurs variables personnelles et professionnelles à l'étude émergent comme prédicteurs significatifs de la QVT.

5.5 Les implications pour les gestionnaires et la recherche

Les HS demeurent un enjeu important pour la profession infirmière. Il semble n'y avoir aucun registre provincial disponible et mis en place pour comptabiliser les HSV et les HSO des infirmières actuellement. Tel que mentionné par Carrière et al. (2020), la réalisation d'heures supplémentaires et une charge de travail excessive sont associées à une diminution du bien-être et ont des conséquences à long terme sur la santé des travailleurs, ainsi que sur la prestation des services de santé. Une compilation de données sur ces conditions de travail du personnel infirmier serait importante.

Cette étude nous a permis d'examiner le nombre d'heures supplémentaires volontaires et obligatoires travaillées chez les infirmières québécoises œuvrant en CH et leur qualité de vie au travail. L'absence d'HSO est liée à une meilleure QVT des infirmières dans notre enquête. Les gestionnaires et les décideurs doivent être sensibilisés quant à l'utilisation systématique et répétitive des heures supplémentaires chez les infirmières. Certains changements dans la gestion du système de santé pourraient être mis en place dans les hôpitaux afin de diminuer l'utilisation des heures supplémentaires, plus particulièrement les heures supplémentaires obligatoires. Ainsi, ils amélioreraient la QVT des infirmières en modifiant la planification et l'aménagement du temps de travail, en plus d'introduire une loi ou des réglementations qui encadrent les HSV et les HSO.

Les gestionnaires réévaluent sans cesse leur modèle de planification et de dotation du personnel afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2012). Une des principales fonctions des gestionnaires est de planifier l'organisation du travail et d'assurer d'avoir la main-d'œuvre nécessaire pour offrir un continuum de soins de qualité aux patients (Lobo et al., 2013). La disponibilité des effectifs infirmiers fluctue en fonction de l'offre et la demande, c'est-à-dire les infirmières qui sont disponibles sur le marché du travail et les postes inoccupés (Squires et al., 2017). Quelques pistes de solution sont proposées dans la littérature afin de diminuer l'utilisation des heures supplémentaires par les gestionnaires. Parmi celles-ci, notons la création de postes à temps plein (D'Sa et al., 2018). Dans un contexte de pénurie d'infirmières, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers recommandait la

conversion des postes à temps partiel en postes à temps plein pour les infirmières intéressées, afin de maximiser l'utilisation des ressources disponibles et ainsi mieux répondre aux demandes. De plus, ces postes à temps plein pourraient être attribués aux départements qui en ont le plus besoin (Drebit, Ngan, Hay et Alamgir, 2010). Il est important de souligner que certaines infirmières choisissent de travailler à temps partiel pour des raisons familiales et pour assurer une meilleure conciliation travail-famille (McIntosh, et Archibong, 2020). Une autre piste de solution est l'introduction des quarts de 12 heures qui ont été mis en place pour faire face aux pressions financières et humaines depuis quelque années (Harris et al., 2015). La majorité des hôpitaux américains (60 %) mettent en application les quarts de travail de 12 h (American Nurses Association, 2009). Plusieurs infirmières disent apprécier ce type d'horaire (Harris et al., 2015). Par contre, cet horaire tend à diminuer le temps de repos et de sommeil. (Rhéaume et Mullen, 2018). Cette pratique de gestion est courante en Amérique du Nord et au Royaume-Uni. Certains pays d'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont moins enclins à adopter cette pratique, alléguant l'insuffisance de résultats probants sur les risques et les bénéfices d'une telle pratique (Harris et al., 2015).

Des lois et des réglementations au Québec visant à restreindre ou à interdire les heures supplémentaires obligatoires et/ou les heures de travail des infirmières pourraient être mises en place comme aux États-Unis (ANA, 2014). Dans certains États, il existe une loi permettant aux infirmières de refuser les demandes de l'employeur à effectuer des heures supplémentaires obligatoires, sauf dans des situations d'urgence imprévisibles (Bae et Yoon, 2014). La deuxième réglementation consiste en une interdiction des infirmières de travailler des heures consécutives au-delà d'un certain seuil. Les infirmières américaines ne peuvent pas faire plus de 12 heures dans une période de 24 heures (Bae, Brewer, et Kovner, 2012). Des réglementations existent pour encadrer la durée du travail permise dans plusieurs autres secteurs d'activité, notamment la police, le transport aérien et le transport routier, etc. (Yumang-Ross et Burns 2014). Certaines revues systématiques mettent en évidence des associations entre la durée d'une semaine de travail de plus de 55 h-60 h par semaine et le risque de développer des problèmes de santé à court et à long terme chez les infirmières (Bannai et Tamakoshi, 2014; Caruso, 2014). Les résultats de l'étude

comparative de Vedaa et al. (2019) suggèrent que la planification et l'aménagement du temps de travail sont susceptibles d'affecter le taux d'absentéisme relié aux congés de maladie de longue durée (30 jours et plus) chez le personnel infirmier au Danemark et en Finlande (n =38 000). De longues heures de travail hebdomadaires (>40 h par semaine et >48 h par semaine) et la durée du quart de travail (9 h-12 h) étaient associées à un risque plus élevé de congés de maladie de longue durée pour les infirmières finlandaises. La durée maximale d'un quart de travail des infirmières devrait être limitée à 12 h par jour. La durée d'une semaine de travail à 40 h par semaine et l'introduction d'une législation devraient être mises en place dans le but de restreindre l'utilisation des HSO afin d'assurer des soins de qualité et sécuritaires aux patients et une meilleure QVT des infirmières. (Bae et Fabry, 2014).

Par ailleurs, les approches et les interventions dans les organisations qui améliorent l'environnement de travail ont le potentiel d'influencer les différentes dimensions internes et externes de la QVT des infirmières (Khajehnasiri et al., 2020; Nowrouzi et al., 2016). Selon les revues systématiques de Nowrouzi et al. (2016) et de Viselita, Handiyani et Pujasari (2020), l'intégration et le suivi des nouvelles infirmières diplômées, l'offre de formation et de développement professionnels, la promotion de relations positives entre les collègues, les incitatifs financiers et l'implantation de programmes de gestion du stress sont quelques stratégies pouvant améliorer la QVT. Certaines stratégies pourraient être mises en place par des gestionnaires dans l'optique d'améliorer la QVT des infirmières de soir, qui ressortent comme un groupe plus vulnérable dans notre étude.

Cette étude fournit des données probantes supplémentaires quant au caractère complexe et multidimensionnel de la QVT des infirmières (Dudley, 2015). Les résultats de cette étude renforcent l'importance de distinguer les heures supplémentaires effectuées de façon obligatoire des heures volontaires dans les futurs travaux sur la QVT (Bae et Fabry, 2014 ; Wheatley, 2017). Des études quantitatives longitudinales produites dans d'autres milieux de soins seront nécessaires afin de valider l'association des heures supplémentaires sur la QVT des infirmières. De plus, des études qualitatives devraient explorer les facteurs qui influencent positivement et négativement la QVT des infirmières travaillant de soir.

5.6 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte de nombreuses forces. À notre connaissance, il s'agit de la première étude au Québec qui distingue, d'une part, les heures supplémentaires volontaires et obligatoires (Bae, 2013; Lobo et al., 2013; Wheatley, 2017). D'autre part, c'est aussi une des premières études, sinon la première étude, qui examine la relation entre les heures supplémentaires volontaires et obligatoires sur la QVT des infirmières au moyen d'analyses multivariées, qui incluent une variété de variables professionnelles et organisationnelles.

Nonobstant ces forces, l'étude comporte des limites susceptibles de restreindre la portée des résultats. Le devis de type corrélationnel utilisé dans notre étude ne permet pas de conclure à une relation causale qui impliquerait que la prestation de HSO réduit la QVT. Il s'agit d'une association significative entre les HSO et la QVT. On ne peut exclure, par exemple, qu'une variable nuisible éventuelle vienne expliquer cette association. Trois limites peuvent réduire notre capacité à généraliser les résultats de l'échantillon à l'ensemble de la population : 1) des différences ont été remarquées dans notre échantillon par rapport à l'effectif infirmier du Québec (OIIQ, 2020). Ainsi, parmi nos répondantes, un pourcentage plus élevé détenait un baccalauréat et avait moins de 40 ans, en comparaison au profil provincial, 2) l'étude s'est déroulée durant la pandémie de COVID-19, ce qui a pu influencer les résultats. Il est possible que la QVT ait été affectée par plusieurs préoccupations vécues des infirmières dans le contexte de la pandémie : la disponibilité des équipements de protection, le déplacement d'infirmières vers l'urgence et les soins intensifs, la perception d'avoir reçu une formation inadéquate pour assurer les soins (González-Gil et al., 2021) et le rehaussement de postes à temps complet pour les infirmières détenant un poste à temps partiel suite à l'arrêté ministériel. De plus, certaines infirmières travaillant en soins périopératoires ont pu effectuer davantage de HSV et de HSO dans la reprise du retard des chirurgies dû à la COVID-19 (Wang et al., 2021) et 3) les heures supplémentaires volontaires et obligatoires sont des données rapportées par les infirmières ayant répondu aux questionnaires. L'on ne peut exclure une occurrence de biais de mémoire ou de désirabilité.

Conclusion

Cette étude consistait à examiner les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires et la qualité de vie au travail des infirmières œuvrant en centre hospitalier au Québec. Globalement, les infirmières perçoivent une QVT de niveau modéré/moyen. Les résultats montrent une association significative entre les heures supplémentaires obligatoires et la QVT. L'âge, le genre, le statut matrimonial, le titre d'emploi, le secteur d'activité et le quart de travail sont les principales variables émergentes comme prédicteur significatif de la QVT. Les infirmières n'effectuant aucune heure supplémentaire obligatoire détiennent un score de QVT plus élevé. L'instauration d'une réglementation limitant l'usage des HSO pourrait être une solution afin d'améliorer la QVT des infirmières. Il est important de comprendre l'environnement de travail et la QVT des infirmières afin de favoriser leur rétention (Nowrouzi et al., 2015). Le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre et de roulement élevé de personnel fragilise le milieu et l'environnement de travail dans lesquels exercent les infirmières. L'amélioration de la QVT des infirmières est devenue un enjeu majeur pour les organisations de santé (Brunault et al., 2014) celle-ci affecte à la fois les résultats du personnel infirmier et la qualité des soins et la sécurité des patients.

Références bibliographiques

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. et 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. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W. et RN4CAST Consortium (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. et Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 10, 30. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-30>
- Almalki, M. J., FitzGerald, G. et Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC health services research*, 12, 314. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-314>
- American Nurses Association. (2014). *Mandatory overtime*. <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/MandatoryOvertime/Mandatory-Overtime-Summary-of-State-Approaches.html>.
- Attridge C. et Callahan M. (1990). Nurses' perspectives of quality work environments. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 3(3), 18–24.
- Bacon, D. R. et Stewart, K. A. (2020). Results of the 2020 AORN Salary and Compensation Survey. *AORN journal*, 112(6), 605-622. <https://doi.org/10.1002/aorn.13242>
- Bae S. H. (2012). Nursing overtime: why, how much, and under what working conditions?. *Nursing economic\$, 30(2)*, 60–72.
- Bae S. H. (2013). Presence of nurse mandatory overtime regulations and nurse and patient outcomes. *Nursing economic\$, 31(2)*, 59–69.
- Bae, S. H., Brewer, C. S. et Kovner, C. T. (2012). State mandatory overtime regulations and newly licensed nurses' mandatory and voluntary overtime and total

- work hours. *Nursing outlook*, 60(2), 60–71.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.06.006>
- Bae, S. H. et Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing outlook*, 62(2), 138–156.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
- Bae S. H. (2021). Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 30(15-16), 2202–2221. <https://doi.org/10.1111/jocn.15728>
- Bae, S. H. et Yoon, J. (2014). Impact of states' nurse work hour regulations on overtime practices and work hours among registered nurses. *Health services research*, 49(5), 1638–1658. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12179>
- Bannai, A. et Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 40(1), 5–18. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3388>
- Basu, K. et Gupta, A. (2007). Nursing shortages: where and why. *Health Policy Research Bulletin*, 13, 21-25.
- Beltempo, M., Blais, R., Lacroix, G., Cabot, M. et Piedboeuf, B. (2017). Association of Nursing Overtime, Nurse Staffing, and Unit Occupancy with Health Care-Associated Infections in the NICU. *American journal of perinatology*, 34(10), 996–1002. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1601459>
- Berney, B. et Needleman, J. (2006). Impact of nursing overtime on nurse-sensitive patient outcomes in New York hospitals, 1995-2000. *Policy, politics & nursing practice*, 7(2), 87–100. <https://doi.org/10.1177/1527154406291132>
- Beurhaus, P.I. (2008). The potential imposition of wage control on nurses: A threat to nurses, patients and hospitals. *Nursing Economic*, 26, 276-279.
- Botha, E. Gwin, T., et Purpora, C. (2015). The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(10), 21–29.
<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2380>
- Bougie, M. et Cara, C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. Une première étude phénoménologique sur les perceptions d'infirmières. Sept thèmes se dégagent de leurs propos. *Perspective infirmière*, 5(8), 32-40.
- Brunault, P., Fouquereau, E., Colombat, P., Gillet, N., El-Hage, W., Camus, V. et Gaillard, P. (2014). Do transactive memory and participative teamwork improve nurses'

- quality of work life?. *Western journal of nursing research*, 36(3), 329–345.
<https://doi.org/10.1177/0193945913493015>
- Brief A. P. (1998) *Attitudes in and Around Organizations*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Brooks, B. A. (2001). *Development of an instrument to measure quality of nursing work life* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Illinois.
- Brooks, B. A. et Anderson, M. A. (2004). Nursing work life in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 269-275.
- Brooks, B. A., et Anderson, M. A. (2005). Defining quality of nursing worklife. *Nursing Economics*, 23, 319-326.
- Brooks, B. A., Storfjell, J., Omoike, O., Stemler, I., Ohlson, S., Shaver, J. et Brown, A. (2007). Assessing the quality of nursing worklife. *Nursing Administration Quarterly*, 31, 152-157.
- Brousseau, S. (2006). *La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers oeuvrant en CSSS, mission CLSC, et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2333>
- Brousseau, S. (2016). *La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13506/Brousseau_Sylvain_2015_These.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Buja, A., Zampieron, A., Mastrangelo, G., Petean, M., Vinelli, A. et Baldo, V. (2013). Strain and health implications of nurses' shift work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26, 511-521.
 doi:10.2478/s13382-013-0122-2
- Buja, A., Zampieron, A., Mastrangelo, G., Petean, M., Vinelli, A., Cerne, D. et Baldo, V. (2013). Strain and health implications of nurses' shift work. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 26(4), 511–521.
<https://doi.org/10.2478/s13382-013-0122-2>
- Canadian Federation of Nurses Unions. (2018). «Trends in own illness- or disability-related absenteeism and overtime among publicly-employed registered nurses—Quick facts 2017». https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/01/Quick_facts_absenteeism-and-Overtime-2017-final.pdf
- Carrière, G., Park, J., Deng, Z. et Kohen, D. (2020). “Overtime work among professional nurses during the COVID-19 pandemic.” STATCAN COVID-19: Data to Insights for a Better Canada, no. 26. Statistics Canada Catalogue no. 45280001. Ottawa:

- Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00074-eng.htm>
- Caruso C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(1), 16–25. <https://doi.org/10.1002/rnj.107>
- Cherns, A. (1976). The principles of sociotechnical design. *Human Relations*, 29, 783–792.
- Cicolini, G., Comparcini, D. et Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of nursing management*, 22(7), 855–871. <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>
- Clarke, P. N. et Brooks, B. (2010). Quality of nursing worklife: conceptual clarity for the future. *Nursing science quarterly*, 23(4), 301–305. <https://doi.org/10.1177/0894318410380268>
- Congdon, J., Craft, J. et Christensen, M. (2020). Are we measuring nursing workflow correctly? A literature review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(21), 1252–1259. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1252>
- Currie, E. J. et Carr Hill, R. A. (2012). What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *International journal of nursing studies*, 49(9), 1180–1189. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.001>
- D'Sa, V. M., Ploeg, J., Fisher, A., Akhtar-Danesh, N. et Peachey, G. (2018). Potential Dangers of Nursing Overtime in Critical Care. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 31(3), 48–60. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2018.25677>
- Dai, H. D., Tang, F. I., Chen, I. J. et Yu, S. (2016). Taiwanese Version of the Work-Related Quality of Life Scale for Nurses: Translation and Validation. *The journal of nursing research : JNR*, 24(1), 58–67. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000142>
- Davis, L. E. et Cherns, A.B. (1975) *The quality of working life, Vols. 1 and 2*. Free Press, New York.
- Davis, L. E. et Trist, E. L. (1974). Improving the quality of work life: Sociotechnical case studies. In J. O'Toole (Ed.), *Work and the quality of life*. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Debergh, D. P., Myny, D., Van Herzeele, I., Van Maele, G., Reis Miranda, D. et Colardyn, F. (2012). Measuring the nursing workload per shift in the ICU. *Intensive care medicine*, 38(9), 1438–1444. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2648-3>
- de Castro, A. B., Fujishiro, K., Rue, T., Tagalog, E. A., Samaco-Paquiz, L. P. et Gee, G. C. (2010). Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *International nursing review*, 57(2), 188–194. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00793.x>
- Delmas, P., Escobar, M. et Duquette, A. (2001). La qualité de vie au travail. Validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec*, 8(6), 17–28.

- Drebit, S., Ngan, K., Hay, M. et Alamgir, H. (2010). Trends and costs of overtime among nurses in Canada. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 96(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.12.016>
- Dubois, C. A., Bentein, K., Mansour, J. B., Gilbert, F. et Bédard, J. L. (2013). Why some employees adopt or resist reorganization of work practices in health care: associations between perceived loss of resources, burnout, and attitudes to change. *International journal of environmental research and public health*, 11(1), 187–201. <https://doi.org/10.3390/ijerph110100187>
- Duchaine, G., Touzin, C., Bilodeau, M. et Lacoursière, A. (2021, 8 février). Fuite vers le privé. *La Presse*.
- Dudley, D. B. (2015). *The Influence of Work-Based Factors, Non-Work Life Factors, And Individual Factors on the Overall Quality of Working Life of United States Medical Surgical Registered Nurses Working in Acute Care Hospitals* [thèse de doctorat, Louisiana State University Health Science Center]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Dyer, J. S. et Hoffenberg, M. (1975). Evaluating the quality of working life: Some reflections on production and cost and a method for problem definition. In L. E. Davis & A. B.
- Dupuis, G., Martel, J-P., Voirol, C., Bibeau, L. et Bonneville-Hébert, N. (2009). La Qualité de Vie au travail : Bilan des connaissances et présentation de l'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©). Social Service Review. ISQVT. Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). [http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans de connaissance/BilancompletiSQVT20sept10.pdf](http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans_de_connaissance/BilancompletiSQVT20sept10.pdf)>
- Easton, S. et Van Laar, D. (2013). QoWL (Quality of Working Life): what, how, and why? *Psychology Research*, 3(10), 596-605. <http://www.davidpublishing.com/show.html?14709>
- Easton, S. et Van Laar, D. (2018). *User Manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A Measure of Quality of Working Life*. (2nd ed.) University of Portsmouth. <https://doi.org/10.17029/EASTON2018>
- Edwards, J., Van Laar, D.L., Easton, S. et Kinman, G. (2009) The Work-Related Quality of Life scale for Higher Education Employees. *Quality in Higher Education*. 15. 3. 207-219. <https://doi.org/10.1080/13538320903343057>
- Elizur, D. et Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39(3), 275-291.
- Estabrooks, C. A., Cummings, G. G., Olivo, S. A., Squires, J. E., Giblin, C. et Simpson, N. (2009). Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review. *Quality & safety in health care*, 18(3), 181–188. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024232>

- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec. (2017). *Heures Supplémentaires. Agir collectivement, Agir localement.* http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/01/heures_supplementaires_fr_web.pdf?download=1
- González-Gil, M. T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A., Otero-García, L., Navarta-Sánchez, M. V., Alcolea-Cosín, M. T., Argüello-López, M. T., Canalejas-Pérez, C., Carrillo-Camacho, M. E., Casillas-Santana, M. L., Díaz-Martínez, M. L., García-González, A., García-Perea, E., Martínez-Marcos, M., Martínez-Martín, M. L., Palazuelos-Puerta, M., Sellán-Soto, C. et Oter-Quintana, C. (2021). Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive & critical care nursing*, 62, 102966. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Projet de loi n° 10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.* <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19.* <https://sante-infobase.canada.ca/src/data/covidLive/Resume-epidemiologique-des-cas-de-COVID-19-au-Canada.pdf>
- Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., Schoonhoven, L., Tishelman, C., Aiken, L. H. et RN4CAST Consortium (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical care*, 52(11), 975–981. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000233>
- Hackman, JR. et Suttle, JL. (1977). *Improving life at work: Behavioral science approaches to organizational change.* Santa Monica, CA: Goodyear
- Han, K., Trinkoff, A. M. et Gurses, A. P. (2015). Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3224-3232. doi:10.1111/jocn.12987
- Harris, R., Sims, S., Parr, J. et Davies, N. (2015). Impact of 12h shift patterns in nursing: a scoping review. *International journal of nursing studies*, 52(2), 605–634. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014>
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man.* Cleveland, OH: The World Publishing Company.
- Herzberg F. (1972) *Work and the Nature of Man.* Staples Press, London.
- Horrigan, J. M., Lightfoot, N. E., Larivière, M. A. et Jacklin, K. (2013). Evaluating and improving nurses' health and quality of work life. *Workplace health & safety*, 61(4), 173–182. <https://doi.org/10.1177/216507991306100405>

- Hsu, M. Y. et Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 120–131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03788.x>
- Jacobson Consulting Inc. (2017). Trends in Own Illness- or Disability-Related Absenteeism and Overtime Among Publicly Employed Registered Nurses. Quick Facts 2017. Ottawa: CFNU. In press
- Jones, C.D. (2017). The Effects of Organizational Structures and Management Styles Related to the Burnout and Stress of Psychiatric Nurses. *Effects of Organizational Structures & Management Styles Related to Burnout & Stress of Psychiatric Nurses*, 1.
- Karnick P. M. (2014). The elusive profession called nursing. *Nursing science quarterly*, 27(4), 292–293. <https://doi.org/10.1177/0894318414546422>
- Kelly, L. A., McHugh, M. D. et Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 41(10), 428–433. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822eddbc>
- Khajehnasiri, F., Foroushani, A. R., Kashani, B. F. et Kassiri, N. (2021). Evaluation of the quality of working life and its effective factors in employed nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Journal of education and health promotion*, 10, 112. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_790_20
- Kocman, A. et Weber, G. (2018). Job Satisfaction, Quality of Work Life and Work Motivation in Employees with Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 31(1), 1–22. <https://doi.org/10.1111/jar.12319>
- Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Chontawan, R., Klunklin, A., Roongruangsri, S., Nantachaipan, P., Supamane, T., Chitpakdee, B., Akkadechanunt, T. et Sirakamon, S. (2015). Nurses' extended work hours: Patient, nurse and organizational outcomes. *International nursing review*, 62(3), 386–393. <https://doi.org/10.1111/inr.12195>
- Kushner, J. et Ruffin, T. (2015). Empowering a healthy practice environment. *The Nursing clinics of North America*, 50(1), 167–183. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.013>
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Bernard Malo, F. et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2), 164-180.

- Larouche, V. et Trudel, J. (1983). La qualité de vie au travail et l'horaire variable. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 38(3), 568–597. <https://doi.org/10.7202/029379ar>
- Lawler, E. E. (1975). Measuring the psychological quality of working life: The why and how of it. In L. E. Davis & A. B. Cherns (Eds.), *The quality of working life* (Vol. 1, pp. 123-133). New York: Free Press.
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Park, C. G. et McCreary, L. L. (2013). Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 45(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/jnu.12017>
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., et McCreary, L. L. (2015). Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. *Journal of nursing management*, 23(4), 521–531. <https://doi.org/10.1111/jonm.12166>
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Chang, M. Y., Chang, Y. C., Yao, K. G. et Liu, M. C. (2017). Quality of Work Life, Nurses' Intention to Leave the Profession, and Nurses Leaving the Profession: A One-Year Prospective Survey. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 49(4), 438–444. <https://doi.org/10.1111/jnu.12301>
- Lee, M. D. et Kanungo, R. N. (1983). *Management of work and personal life*. New York: Praeger.
- Lobo, V. M., Fisher, A., Ploeg, J., Peachey, G. et Akhtar-Danesh, N. (2013). A concept analysis of nursing overtime. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2401–2412. <https://doi.org/10.1111/jan.12117>
- Lobo, V., Fisher, A., Peachey, G., Ploeg, J. et Akhtar-Danesh, N. (2015). Integrative review: an evaluation of the methods used to explore the relationship between overtime and patient outcomes. *Journal of advanced nursing*, 71(5), 961–974. <https://doi.org/10.1111/jan.12560>
- Lobo, V. M., Ploeg, J., Fisher, A., Peachey, G. et Akhtar-Danesh, N. (2017). Critical care nurses' perceptions of the outcomes of working overtime in Canada. *Nursing outlook*, 65(4), 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.12.009>
- Lobo, V. M., Ploeg, J., Fisher, A., Peachey, G. et Akhtar-Danesh, N. (2018). Critical Care Nurses' Reasons for Working or Not Working Overtime. *Critical care nurse*, 38(6), 47–57. <https://doi.org/10.4037/ccn2018616>
- Locke E. A. (1976) The nature and cause of job satisfaction. In: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (ed M. Dunnette), pp. 1297–1349. Rand McNally.

- Loscocco, K.A. et A.R. Roschelle. (1991). « Influences on the quality of work and nonwork life: Two decades in review ». *Journal of Vocational Behaviour*, vol. 39, p.182-225.
- Ma, C. et Stimpfel, A. W. (2018). The Association Between Nurse Shift Patterns and Nurse-Nurse and Nurse-Physician Collaboration in Acute Care Hospital Units. *The Journal of nursing administration*, 48(6), 335–341. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000624>
- Martel J.-P. et Dupuis G. (2006) Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research* 77, 333–368.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C. et Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 33(4), 215–225. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000056>
- McIntosh, B. et Archibong, U. (2020). Why part-time nurses should be valued. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(4), 238. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.238>
- Min, A., Min, H. et Hong, H. C. (2019). Work schedule characteristics and fatigue among rotating shift nurses in hospital setting: An integrative review. *Journal of nursing management*, 27(5), 884–895. <https://doi.org/10.1111/jonm.12756>
- Mirvis. P. S. et Lawler, E. E. (1984) Accounting for the quality of work life. *Journal of Occupational Behaviour*, 5, 197-212.
- Milton C. L. (2010). Quality of worklife for nurses: an ethical perspective. *Nursing science quarterly*, 23(4), 287–289. <https://doi.org/10.1177/0894318410380259>
- Mosadeghrad, A. M., Ferlie, E. et Rosenberg, D. (2011). A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health services management research*, 24(4), 170–181. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2011.011009>
- Nadler, D.A. et E.E., III Lawler. (1983). « Quality of work life: Perceptions and direction ». *Organizational Dynamics*, vol. 11, no. 3, pp. 20-30. New York: Guilford.
- Nowrouzi, B., Giddens, E., Gohar, B., Schoenenberger, S., Bautista, M. C. et Casole, J. (2016). The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: a comprehensive literature review. *International journal of occupational and environmental health*, 22(4), 341–358. <https://doi.org/10.1080/10773525.2016.1241920>

- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Carter, L., Larivière, M., Rukholm, E., Schinke, R. et Belanger-Gardner, D. (2015). The relationship between quality of work life and location of cross-training among obstetric nurses in urban northeastern Ontario, Canada: A population-based cross-sectional study. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 28(3), 571–586. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00443>
- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Carter, L., Larivière, M., Rukholm, E., Schinke, R. et Belanger-Gardner, D. (2015). Work ability and work-related stress: A cross-sectional study of obstetrical nurses in urban northeastern Ontario. *Work (Reading, Mass.)*, 52(1), 115–122. <https://doi.org/10.3233/WOR-141976>
- O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issue: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- Office de la langue française. (2013). *Fiche Terminologique*. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=2068653
- Olds, D. M. et Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research*, 41(2), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021, 1^{er} mars). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/code>
- Organisation mondiale de la santé (1996). Rapport sur la santé dans le monde : *Combattre la maladie, promouvoir le développement*. OMS Suisse, 137 pages.
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : résumé d'orientation. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331674>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 : Le Québec et ses régions*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf>
- Park, S. H., Gass, S. et Boyle, D. K. (2016). Comparison of Reasons for Nurse Turnover in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of nursing administration*, 46(5), 284–290. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000344>
- Pelletier, M., Carazo, S., Jauvin, N., Talbot, D., De Serres, G. et Vézina, M. (2021). *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique* (publication n° 3135). Institut national de santé publique du Québec.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3135-detresse-psychologique-travailleurs-sante-atteints-covid-19-deuxieme-vague.pdf>

- Polit, D.F. et Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10ème éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponnelle, S., Vaxevanoglou, X. et Garcia, F. (2012). L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : perspectives théoriques et méthodologiques. *Le Travail Humain*, 75(2), 179–213.
- Rajbhandary, S. et Basu, K. (2010). Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 97(2-3), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.04.010>
- Rhéaume, A. et Mullen, J. (2018). The impact of long work hours and shift work on cognitive errors in nurses. *Journal of nursing management*, 26(1), 26–32. <https://doi.org/10.1111/jonm.12513>
- Rocheftort, C. M. (2019). Organisation des services infirmiers et pratique professionnelle : survol des données probantes. *Perspective Infirmière*, 16(1), 44-47. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no-1-2019.pdf/#page=44>
- Rocheftort, C. M., Abrahamowicz, M., Biron, A., Bourgault, P., Gaboury, I., Haggerty, J. et McCusker, J. (2021). Nurse staffing practices and adverse events in acute care hospitals: The research protocol of a multisite patient-level longitudinal study. *Journal of advanced nursing*, 77(3), 1567–1577. <https://doi.org/10.1111/jan.14710>
- Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L. et Granados-Gámez, G. (2020). Original Research: How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. *The American journal of nursing*, 120(7), 28–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16>
- Saint-George, C. (2015). Un réseau sous le signe du changement. *Perspective Infirmière*, 12(4), 13. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no04/04-en-bref.pdf#page=3>
- Schildmeier, D. (2012). Massachusetts nurses win mandatory overtime ban. *National Nurse*, 108(6), 8-8.
- Scruth, E. A., Garcia, S. et Buchner, L. (2018). Work Life Quality, Healthy Work Environments, and Nurse Retention. *Clinical nurse specialist CNS*, 32(3), 111–113. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000376>

- Seashore, S. E. (1975). Defining and measuring the quality of working life. In L. E. Davis & A. B. Cherns (Eds.), *The quality of working life* (pp. 105-118). New York: Free Press.
- Sheppard, H. L. (1975). Some indicators of quality of working life: A simplified approach to measurement. In L. E. Davis & A. B. Cherns (Eds.), *The quality of working life* (Vol. 1, pp. 119-122). New York: Free Press.
- Shields, M. et Wilkins, J. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats. Ottawa : Santé Canada et Institut canadien d'information sur la santé.
- Sirgy, M.J., D. Efraty, P. Siegel et L. Dong-Jin. (2001). « A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories ». *Social Indicators Research*, vol. 55, p. 241-302.
- Sriharan, A., West, K. J., Almost, J. et Hamza, A. (2021). COVID-19-Related Occupational Burnout and Moral Distress among Nurses: A Rapid Scoping Review. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 34(1), 7–19.
<https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26459>
- Staines, G. L. (1980). Spillover versus compensation: A review of the literature on the relationship between work and nonwork. *Human Relations*, 33, 111-129.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health affairs (Project Hope)*, 31(11), 2501–2509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1377>
- Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec) (Sylvie Gravel), (T.A., 2014-10-14), 2014 QCTA 836, SOQUIJ AZ-51115222, 2014EXPT-2039, D.T.E. 2014T-788, A.A.S. 2014A-79.
- Tornare, J., Rinfret, N. et Privé, C. (2018). Qualité de vie au travail : Comment 40 ans de recherches scientifiques peuvent vous amener à convaincre votre direction. *RH*. <https://ordrecrha.org/ressources/revue-rh/volume-21-no-3/comment-40-ans-recherches-peuvent-convaincre-direction>
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M. et Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 22–32.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x>
- Trépanier, S. G., Fernet, C. et Austin, S. (2013). Workplace psychological harassment in Canadian nurses: a descriptive study. *Journal of health psychology*, 18(3), 383–396.
<https://doi.org/10.1177/1359105312443401>

- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y. et Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing research*, 60(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181fff15d>
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J. et Lipscomb, J. (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 28(2), 156- 164.
- Vagharseyyedin, S. A., Vanaki, Z. et Mohammadi, E. (2011). The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature. *Western journal of nursing research*, 33(6), 786–804. <https://doi.org/10.1177/0193945910378855>
- Vagharseyyedin, S. A., Vanaki, Z. et Mohammadi, E. (2011). Quality of work life: experiences of Iranian nurses. *Nursing & health sciences*, 13(1), 65–75. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00581.x>
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden, D. et Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1667–1677. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O. et Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in psychology*, 5, 1261. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261>
- Van Laar, D. L. et Easton, S. (2010). *Exploration of “pre-retirement bounce” in quality of working life and employee engagement*. Paper presented at the IWP Conference on Work, Wellbeing, and Performance, Sheffield, UK. <http://www.qowl.co.uk/docs/IWP%202010%20Pre%20retirement%20bounce%20and%20Employee%20engagement.pdf>
- Van Laar, D., Edwards, J. A. et Easton, S. (2007). The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of advanced nursing*, 60(3), 325–333. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04409.x>
- Vedaa, Ø., Pallesen, S., Erevik, E. K., Svensen, E., Waage, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B. et Harris, A. (2019). Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study. *International archives of occupational and environmental health*, 92(4), 457–466. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1372-x>

- Vidal-Blanco, G., Oliver, A., Galiana, L. et Sanso, N. (2019). Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. *Enferm Clin (Engl Ed)*, 29(3), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.004>
- Villeneuve, M., Semogas, D., Peereboom, E., Irvine, D., McGillis, L., Walsh, S. et al. (1995). *The work life concerns of Ontario nurses*. Ontario, Canada: Ministry of Health.
- Viselita, F., Handiyani, H. et Pujasari, H. (2019). Quality level of nursing work life and improvement interventions: Systematic review. *Enfermeria clinica*, 29 Suppl 2, 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.001>
- Walton, R. (1975). Criteria for quality of work life. In: Davis L. and Cherns, A. (Eds) *The Quality of Working Life*, Vol. 1, Free Press, New York.
- Wang, J., Vahid, S., Eberg, M., Milroy, S., Milkovich, J., Wright, F. C., Hunter, A., Kalladeen, R., Zanchetta, C., Wijeyesundera, H. C. et Irish, J. (2021). Reprise du retard en chirurgie causé par la COVID-19 en Ontario : étude de modélisation de séries chronologiques. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 193(2), E63–E73. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201521-f>
- Watanabe, K., Imamura, K. et Kawakami, N. (2016). Working hours and the onset of depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 73(12), 877–884. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103845>
- Watanabe, M. et Yamauchi, K. (2016). Psychosocial Factors of Overtime Work in Relation to Work-Nonwork Balance: a Multilevel Structural Equation Modeling Analysis of Nurses Working in Hospitals. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(4), 492–500. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9563-x>
- Watanabe, M. et Yamauchi, K. (2018). The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(6), 679–688. <https://doi.org/10.1111/jonm.1259>
- Watanabe, M. et Yamauchi, K. (2019). Subtypes of overtime work and nurses' fatigue, mental status, and work engagement: A latent class analysis of Japanese hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 75(10), 2122–2132. <https://doi.org/10.1111/jan.13991>
- Wheatley, C. (2017). Nursing overtime: Should it be regulated? *Nursing Economics*, 35(4), 213–217.

Yumang-Ross, D. J. et Burns, C. (2014). Shift work and employee fatigue: implications for occupational health nursing. *Workplace health & safety*, 62(6), 256–262. <https://doi.org/10.1177/216507991406200606>

Zeng, X., Chaiear, N., Klainin, P., Khiewyoo, J., Koh, D., Hien, P. W. et Lee, S. Y. (2011, August). Work-related quality of life scale among Singaporean nurses. *AsianBiomedicine*, 467-474. <http://dx.doi.org/10.5372/1905-7415.0504.061>

Annexe A - Message d'invitation pour participer à l'étude

Bonjour,

Nous communiquons avec vous aujourd'hui grâce aux coordonnées que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) nous a transmises, puisque vous avez explicitement autorisé l'OIIQ à divulguer vos coordonnées à un tiers pour des fins de recherche. Mon nom est Catherine Marceau et je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal (UdeM). Je souhaite ainsi vous inviter à participer à une enquête sur la qualité de vie au travail des infirmières en lien avec la réalisation d'heures supplémentaires. Votre participation impliquera la complétion d'un questionnaire de 45 questions d'une durée approximative de 20 minutes. Ce projet de recherche s'effectue dans le cadre d'une recherche universitaire sous la supervision de Lucie Richard, PhD, professeure en sciences infirmières de l'UdeM et Roxane Borgès Da Silva, PhD, professeure à l'École de Santé publique de l'UdeM. Cette étude vise à examiner les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires et la qualité de vie au travail des infirmières œuvrant en centre hospitalier au Québec. Toutes les données seront traitées de **manière confidentielle**.

La première étape consiste à prendre connaissance des informations sur l'étude puis nous indiquer si vous consentez à y participer. **Pour accéder aux informations sur l'étude et nous indiquer votre consentement, veuillez svp cliquer sur ce lien : <https://survey.cirano.qc.ca/index.php/219127?lang=fr&pid=P3623>**

(Si le lien ne fonctionne pas, vous pouvez copier-coller le lien ci-dessus directement dans votre navigateur)

Vous avez jusqu'au **10 mars 2021** pour remplir ce questionnaire.

Votre participation est importante pour la réussite de cette étude. Nous vous remercions de l'intérêt que vous y porterez. Pour toute question ou tout commentaire, veuillez contacter Catherine Marceau au XXX ou par courriel à catherine.marceau.1@umontreal.ca.

Annexe B – Questionnaire sur les données sociodémographiques

Veillez s'il vous plaît encercler une seule réponse à moins qu'il soit indiqué autrement.

1. Travaillez-vous dans un centre hospitalier?

Oui

Non → Nous vous remercions de votre intérêt, mais cette étude s'intéresse aux infirmières travaillant en centre hospitalier

2. Dans les 30 derniers jours, avez-vous travaillé à temps plein ou à temps partiel en tant qu'infirmière? (Répondez non si vous avez été en congé de maternité, en congé sans solde, en congé de maladie ou en vacances pour plus de 5 jours)

Oui

Non → Nous vous remercions de votre intérêt, mais cette étude s'intéresse aux infirmières qui ne sont pas en congé de maternité, en congé sans solde, en congé de maladie ou en vacances pour plus de 5 jours dans les 30 derniers jours.

3. Dans le dernier mois, avez-vous fait des heures supplémentaires volontaires?

Oui

Non

4. Avez-vous fait des heures supplémentaires volontaires en bloc de 4 heures ou 8 heures?

En bloc de 4 h seulement

En bloc de 8 h seulement

En bloc de 4 h et de 8 h

5. Dans le dernier mois, combien de blocs de 4 h d'heures supplémentaires volontaires avez-vous faits? Inscrire un chiffre.

6. Dans le dernier mois, combien de blocs de 8 h en heures supplémentaires volontaires avez-vous faits? Inscrire un chiffre.
7. Dans le dernier mois, avez-vous fait des heures supplémentaires obligatoires?
Oui
Non
8. Avez-vous fait des heures supplémentaires obligatoires en blocs de 4 heures ou de 8 heures?
En bloc de 4 h seulement
En bloc de 8 h seulement
En bloc de 4 h et 8 h
9. Dans le dernier mois, combien de blocs de 4 h en heures supplémentaires obligatoires avez-vous faits? Inscrire un chiffre.
10. Dans le dernier mois, combien de blocs de 8 h en heures supplémentaires obligatoires avez-vous faits? Inscrire un chiffre.
11. Quel est votre titre d'emploi?
Infirmière
Infirmière clinicienne
Assistante infirmière-chef
Autre (précisez : _____)
12. Dans quel secteur d'activités travaillez-vous le plus souvent?
Médecine/chirurgie
Urgence/soins critiques
Périnatalité/pédiatrie
Santé mentale
Autre _____

13. Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmière?

0 - 1

> 1 - 5

> 5 - 10

> 10 - 15

> 15 - 20

> 20 - 25

> 20 – 30

> 30

14. Quel est votre statut d'emploi?

Temps plein

Temps partiel

Occasionnel

Autre _____

15. Sur quel quart travaillez-vous actuellement?

Jour

Soir

Nuit

En rotation

16. Sur quel quart de travail travaillez-vous le plus fréquemment? (Si rotation)

Jour

Soir

Nuit

17. Quelle est la durée de votre quart habituel?

8 h

12 h

Autre _____

18. Dans quelle région sociosanitaire du Québec travaillez-vous?

Abitibi-Témiscamingue

Bas-Saint-Laurent

Capitale-Nationale

Centre-du-Québec

Chaudière-Appalaches

Côte-Nord

Estrie

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Lanaudière

Laurentides

Laval

Mauricie

Montréal

Montréal

Nord-du-Québec

Nunavik

Outaouais

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Terres-cries-de-la-Baie-James

19. À quel genre vous identifiez-vous?

Homme

Femme

Autre _____

20. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

20 – 29 ans

30 – 39 ans

40 – 49 ans

50 – 59 ans

60 ans et plus

21. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété en soins infirmiers ou en sciences infirmières?

Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers

Baccalauréat en sciences infirmières

Maîtrise en sciences infirmières

Doctorat en sciences infirmières

Autre (veuillez spécifier) _____

22. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété dans une autre discipline?

Je n'ai pas de diplôme post-secondaire dans une autre discipline que les soins infirmiers ou en sciences infirmières

Diplôme d'études collégiales (DEC) (autre programme que soins infirmiers)

Baccalauréat (autre programme que sciences infirmières)

Maîtrise (autre programme que sciences infirmières)

Doctorat (autre programme que sciences infirmières)

Autre (veuillez spécifier) _____

23. Poursuivez-vous actuellement des études dans un établissement de formation?

Oui

Non

24. Actuellement, étudiez-vous à temps plein ou à temps partiel? (Si oui, question précédente)

Temps complet

Temps partiel

25. Quel est votre statut matrimonial?

Célibataire

Marié ou en union de fait

Séparé ou divorcé

Veuve

26. Combien d'enfants ou personnes à votre charge vivant dans votre foyer avez-vous?

1

2

3

4 ou +

Nous vous remercions de votre participation. Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos commentaires.

Annexe C - Questionnaire sur la qualité de vie au travail

Questionnaire Qualité de vie au travail

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Vos réponses sont importantes pour nous! Veuillez noter qu'aucune personne de votre organisme d'emploi ne verra vos réponses à ce questionnaire. Un résumé sera fourni à votre employeur mais aucune information lui permettant d'identifier les personnes ne sera transmise. Ne passez pas trop de temps sur chaque question: nous sommes plus intéressés par votre première réaction que par une réponse trop réfléchie. Merci de répondre à toutes les questions. Il ne s'agit pas de vous tester, mais simplement de mesurer vos attitudes liées aux facteurs qui influencent votre expérience professionnelle.

Pour répondre, merci de bien vouloir remplir les cercles comme ça: ●, si vous faites une erreur, faites comme suit: ●

	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les phrases suivantes ? <i>Merci décocher le cercle correspondant (noircir le cercle correspondant à une réponse appropriée)</i>	Pas du tout d'accord		Neutre: Pas d'opinion		Tout à fait d'accord / Fortement d'accord	
		Pas d'accord		D'accord			
1.	J'ai un ensemble d'objectifs clairs à atteindre pour pouvoir faire mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2.	Je me sens capable d'exprimer mes opinions et d'avoir une influence sur les changements dans mon domaine professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
3.	J'ai l'opportunité d'utiliser mes compétences au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
4.	Je me sens bien en ce moment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
5.	Mon employeur me fournit une infrastructure adaptée et une flexibilité adéquate pour que mon travail s'accorde avec ma vie de famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
6.	Mes horaires de travail actuel sont adaptés à ma situation personnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
7.	Je me sens souvent sous pression au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8.	Quand j'ai fait un bon travail, il est reconnu par mon supérieur hiérarchique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
9.	Ces derniers temps, je me suis senti malheureux(se) et déprimé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
10.	Je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
11.	On m'encourage à développer de nouvelles compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
12.	Je suis impliqué(e) dans les décisions qui me touchent dans mon propre domaine de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
13.	Mon employeur me fournit ce dont j'ai besoin pour faire mon travail efficacement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
14.	Mon supérieur hiérarchique encourage vivement les horaires flexibles de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
15.	Ma vie est proche de l'idéal dans presque tous ses aspects	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16.	Je travaille dans un environnement sécurisé/sûr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
17.	En règle générale les choses se passent bien pour moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
18.	Je suis satisfait(e) des opportunités de carrière disponibles pour moi ici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
19.	Je ressens souvent un niveau excessif de stress au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
20.	Je suis satisfait(e) du niveau de formation que j'ai reçu pour réaliser mon travail actuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
21.	Ces derniers temps, tout bien considéré, je me sens plutôt heureux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
22.	Les conditions de travail sont satisfaisantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
23.	Je suis impliqué(e) dans les décisions qui touchent des membres du public dans mon propre domaine de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
24.	Je suis satisfait(e) de la qualité générale de ma vie professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				



Copyright (c) 2011 QoWL Ltd. All rights reserved, including translation. No part of this publication may be photocopied, reproduced or transmitted in any form or by any means electronic or mechanical, recording or duplication in any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publishers even within the terms granted by the Copyright Licensing Agency Ltd. Translation: Franck Zenasni, WRQoLv22.

Annexe D - Certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)



Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

17 décembre 2020

Objet: Approbation éthique – « Étude sur la qualité de vie au travail des infirmières québécoises en lien avec la réalisation d'heures supplémentaires »

Mme Catherine Marceau,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) 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. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien 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, 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. À la 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 CERSES 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.

Christine Grou, présidente
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

c.c. Lucie Richard, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières
Borgès Da Silva Roxane, professeure agrégée, ESPUM - Département de
gestion, d'évaluation et de politique de santé

p.j. Certificat #CERSES-20-151-D

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

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-3
Montréal QC H3V 1A2

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

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), 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 sur la qualité de vie au travail des infirmières québécoises en lien avec la réalisation d'heures supplémentaires

Étudiante requérante Catherine Marceau, candidate à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières

Sous la direction de: Lucie Richard, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Roxane Borgès Da Silva, professeure agrégée, ESPUM - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal.

Financement

Organisme non financé

MODALITÉS D'APPLICATION

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

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

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 Comité.

Christine Grou, présidente
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal
1er janvier 2022
Date du prochain suivi

17 décembre 2020
Date de délivrance
1er janvier 2022
Date de fin de validité

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

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-3
Montréal QC H3V 1A2

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

Annexe E - Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉTUDE SUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES EN LIEN AVEC LA RÉALISATION D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Cette étude est effectuée dans le cadre de la maîtrise en administration des services infirmiers et 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 poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

[Formulaire d'information](#)

1. Informations générales

Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de Catherine Marceau, B. Sc. Inf., qui est dirigée par Lucie Richard, Ph. D., de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et codirigée par Roxane Borgès Da Silva, Ph. D., de l'École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'Université de Montréal. Ce projet CERSES-20-151-D a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des termes ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions à la personne-ressource de l'équipe de recherche (voir plus bas) et à demander des explications.

Si vous consentez à participer à cette recherche, vous serez dirigé vers le questionnaire électronique et pourrez le compléter en ligne.

2. Objectifs de la recherche

Cette étude vise à examiner les liens entre la réalisation d'heures supplémentaires et la qualité de vie au travail des infirmières œuvrant en

centre hospitalier au Québec. Le nombre visé de participants pour cette étude est de 1609 infirmières et infirmiers.

3. Raison et nature de la recherche

Cette étude contribuera à l'actualisation des connaissances sur la qualité de vie au travail, la réalisation d'heures supplémentaires et les liens entre ces deux concepts.

Vous avez reçu un courriel vous invitant à participer à cette étude. Vous avez été sélectionné parmi les infirmières inscrites au Tableau de l'OIIQ en date du 1^{er} janvier 2021 et ayant consenti à ce que leurs coordonnées soient transmises à un tiers pour des fins de recherche, lors du renouvellement annuel de leur inscription au tableau de l'OIIQ. Les critères d'inclusion sont : l'exercice en centre hospitalier, la présence au travail dans les trente derniers jours et la compréhension du français. Les informations aux participants seront transmises par courriel. Les répondants consentant à participer seront invités à cocher oui à la proposition « J'accepte de participer à l'étude » présentée à la fin de ces informations. Si vous consentez à la participation de cette étude, vous serez dirigé directement vers le questionnaire en ligne (via Lime Survey). Ce questionnaire inclut 45 questions qui se complètent entre quinze et vingt minutes. Une fois rempli, votre questionnaire sera transmis à l'équipe de recherche. Un courriel de rappel deux semaines suivant l'envoi initial sera transmis. Une période de 4 semaines sera allouée à la collecte des données. Nous répondrons avec plaisir à toute question sur cette étude et sur le présent formulaire d'information et de consentement. Les coordonnées des personnes-ressources sont incluses plus bas (rubrique 9).

4. Risques et inconvénients

Votre participation à cette recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Votre participation pourrait toutefois susciter des remises en question. S'il y a lieu, vous pourrez prendre une pause et choisir de remplir le questionnaire à un autre moment qui vous conviendra.

5. Avantages

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de l'administration des services infirmiers.

6. Confidentialité

Nous avons obtenu de l'OIIQ une liste nominative des personnes sélectionnées pour cette étude. Chaque participant se verra attribuer un numéro d'identification unique. La liste maîtresse contenant les numéros d'identification et les noms des participants sera strictement confidentielle et conservée par les superviseuses de l'étudiante sur un serveur sécurisé pendant la période prévue pour la collecte de données afin de permettre à l'équipe de recherche de procéder aux rappels électroniques. Par la suite, la liste maîtresse sera détruite. Les données seront anonymisées, c'est-à-dire que votre nom ne figurera pas sur le fichier rassemblant les données de l'étude et en aucun cas la présentation des résultats ne permettra d'identifier les répondants. Toutes les données recueillies seront gardées sous clé, demeureront strictement confidentielles et seront accessibles uniquement à l'équipe de recherche, c'est-à-dire l'étudiante-chercheuse, la co-directrice et la directrice de recherche. Les données seront conservées dans le bureau de la directrice de recherche, pendant une période de sept ans suivant la fin de l'étude. Elles seront détruites par la suite. Les résultats généraux de cette étude seront envoyés par courriel aux personnes sélectionnées dans le cadre de cette recherche sous forme d'infolettre. Par la suite, les résultats pourront être publiés dans des revues scientifiques et faire l'objet de présentation.

7. Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. En aucun cas, l'OIIQ ne sera informé de votre participation ou non à cette étude. Votre décision de ne pas participer à cette étude ou de vous en retirer, et ce, à n'importe quel moment, n'engendrera aucun préjudice à votre égard.

Notez que si vous souhaitez vous retirer de l'étude une fois la collecte des données terminée et les données anonymisées, vos données ne pourront plus être détruites, car elles ne pourront plus vous être reliées.

8. Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

9. Personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, vous pouvez contacter :

Catherine Marceau, étudiante-chercheuse

catherine.marceau.1@umontreal.ca



Lucie Richard, directrice de recherche

lucie.richard@umontreal.ca



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: cerses@umontreal.ca

Téléphone au 514 343-6111, poste 2604

Site Web : <https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/>

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. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9 h et 17 h.

Consentement

Déclaration du participant

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et je consens à participer à cette étude.

Répondant coche oui --->il/elle est dirigé vers le questionnaire

Répondant coche non--> merci et fermeture du document