

La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé

The professional life and the health of nurses since the transformation of the Québec health system

La vida profesional y la salud de las enfermeras después de la transformaciôn de la red de servicios de salud

Renée Bourbonnais, Monique Comeau, Chantal Viens, Chantal Brisson, Denis Laliberté, Romaine Malenfant and Michel Vézina

Volume 24, Number 1, Spring 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031589ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031589ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R. & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 136-153. <https://doi.org/10.7202/031589ar>

Article abstract

Over the last years, the Quebec health system has gone through a period of transformation aimed at cost reduction and better efficiency. The present study describes the effects of the transformation on the professional life and on the health of nurses in the Quebec City urban area. Despite a cross-sectional study not allowing links from cause to effect and despite the fact that the study only includes nurses who were still employed by institutions, the research shows an increase of the prevalence of a higher level of psychological distress in nurses since the beginning of the transformation. Interventions in the work place should be geared to professional factors that nurses identify as problematical.



La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé

Renée Bourbonnais*

Monique Comeau**

Chantal Viens*

Chantal Brisson*

Denis Laliberté***

Romaine Malenfant****

Michel Vézina*****

Depuis quelques années, le réseau de la santé québécois traverse une période de transformation importante qui vise la réduction des coûts et une meilleure efficacité. La présente étude avait comme objectif de décrire les effets de la transformation du réseau sur la vie professionnelle et la santé des infirmières de l'agglomération de Québec. Malgré le devis transversal de l'étude qui ne permet pas de faire des liens de cause à effet et malgré le fait qu'elle ne s'adressait qu'aux infirmières qui étaient toujours à l'emploi des établissements, la recherche montre une augmentation de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique chez les infirmières depuis le début de la transformation. Des interventions dans les milieux de travail devraient s'appuyer sur les facteurs professionnels identifiés par de nombreuses infirmières de l'étude comme étant problématiques.

* Professeures-chercheuses à l'Université Laval.

** Professionnelle de recherche à la Direction de Santé publique de Québec.

*** Médecin conseil à la Direction de Santé publique de Québec.

**** Chercheure à la Direction de Santé publique de Québec.

***** Professeur-chercheur à l'Université Laval et directeur de la Direction de Santé publique de Québec.

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec.

Nous tenons à remercier les membres du Comité aviseur, les représentants des centres hospitaliers et des CLSC ainsi que les infirmières qui ont participé à l'étude. Plusieurs personnes ont contribué à différentes étapes de la réalisation de l'étude et nous leur faisons part de nos remerciements. Il s'agit de Messieurs Marcel et Karl-Érik Giner et Jean-Sébastien Brien et de Mmes Myrto Mondor, Geneviève Bécotte et Lidy Van de Vliet.

Depuis quelques années, le réseau québécois de la santé traverse une période de transformation importante qui vise la réduction des coûts et une meilleure efficacité. Dans l'agglomération de Québec, les changements promulgués ont nécessité la fusion, le changement de mission ou la fermeture de centres hospitaliers, ainsi que la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC) dont les mandats ont été élargis en raison du virage ambulatoire. Ces modifications structurelles, jumelées à plusieurs départs à la retraite depuis 1996, ont généré un mouvement sans précédent de redistribution des postes de travail, tout en tentant de respecter la règle d'ancienneté du personnel syndiqué. Les infirmières, environ 8000 dans cette région administrative avant la transformation, constituaient le groupe de travailleuses de la santé le plus nombreux à en être affecté. Des centaines parmi elles ont, en effet, quitté leur établissement ou leur poste de travail. Plusieurs ont abandonné une expertise pour un nouveau secteur de soins sans nécessairement avoir d'abord acquis toutes les compétences nécessaires, et la plupart ont vécu la perte de collègues, le changement de leur supérieure immédiate ou l'accueil de nouvelles collègues.

État des connaissances

Le travail, source reconnue de tension. Alors que les vertus du travail pour la santé sont reconnues, différentes études ont tout de même démontré que certaines conditions de travail sont jugées dangereuses par le personnel. L'importance des facteurs psychosociaux au travail en relation avec la santé est, entre autres, bien documentée (Vézina et al., 1992).

Depuis 1980, le modèle de la tension au travail développé par Karasek et Theorell (1990) a dominé la recherche empirique sur les facteurs psychosociaux au travail. Il suppose que les personnes exposées à une forte tension au travail, c'est-à-dire à une combinaison de demande psychologique élevée et de latitude décisionnelle faible, risquent davantage de vivre des problèmes de santé. Ces contraintes ont été associées à une série d'effets sur la santé physique et mentale (Kristensen, 1996). Johnson et Hall (1988) ont ajouté au modèle une autre dimension : le soutien social au travail, qui viendrait modérer l'effet de la tension sur la santé. Toutefois, ce modèle n'a pas encore été éprouvé dans le contexte d'une organisation en turbulence.

Peu d'études empiriques ont porté sur les modifications à la vie professionnelle découlant de restructurations organisationnelles importantes et sur leurs effets. Toutefois, les changements de poste de travail ont été identifiés comme des événements stressants à cause de la rupture

de liens sociaux, mais aussi parce qu'ils transforment les routines de travail et les demandes faites aux individus (Gerpott, 1990). Ils intensifieraient en outre les contraintes présentes dans l'environnement de travail (Matteson et Ivancevich, 1990). La recherche de Tombaugh et White (1990) confirme une augmentation de la perception de conflit de rôle, d'ambiguïté de rôle et de demande de travail chez des travailleuses ou travailleurs soumis à une réorganisation majeure. La surcharge de travail a également été relevée par Jick (1985) comme un phénomène inhérent aux restructurations.

Différents chercheurs ont tenté de cerner les conséquences potentielles de changements organisationnels importants sur la santé des gens au travail. Des effets psychosomatiques (Arnetz et al., 1991; Heaney et al., 1994; Jick, 1985; Mattiasson et al., 1990), des troubles du sommeil, de la dépression et de l'anxiété (Mattiasson et al., 1990) de même que de la détresse psychologique (Arnetz et al., 1991; Jenkins et al., 1982) ont été rapportés. Une augmentation de l'utilisation des services de santé (Jick, 1985; Morris et Cook, 1991) ainsi qu'une augmentation des absences pour maladie (Jenkins et al., 1982; Vahtera et al., 1997) ont également été observées. Un chercheur canadien a démontré que les infirmières étaient affectées par les changements dans la nature de leur travail, se sentaient moins engagées dans leur pratique et recouraient davantage à des jours d'absence que l'ensemble des autres professionnels du secteur de la santé (White, 1997).

La présente étude avait comme objectif de décrire les effets de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle et la santé des infirmières.

Les hypothèses

Le groupe d'infirmières exposées à une forte tension au travail (combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle) (*Hypothèse 1*), ou à un niveau faible de soutien social au travail (*Hypothèse 2*) aura une prévalence plus grande de détresse psychologique élevée que le groupe d'infirmières non exposées; le soutien social au travail modifiera l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique (*Hypothèse 3*); le groupe d'infirmières exposées à une augmentation de la charge de travail (*Hypothèse 4*), à une diminution de la latitude décisionnelle (*Hypothèse 5*), à une diminution du soutien social (*Hypothèse 6*), à un niveau élevé de conflit de rôle (*Hypothèse 7*) ou à un niveau élevé d'ambiguïté de rôle (*Hypothèse 8*) aura une prévalence plus grande de détresse psychologique élevée que le groupe non exposé.

MÉTHODES

Devis et population

Il s'agit d'une enquête transversale. La population étudiée est constituée des infirmières à l'emploi de centres hospitaliers de courte (CHSCD) et de longue durée (CHSLD) ainsi que de CLSC de l'agglomération de Québec où se sont produits différents changements associés à la transformation du réseau de la santé. Parmi les 16 établissements de santé de Québec, 13 ont accepté de participer à l'étude. Toutes les infirmières syndiquées qui offraient des soins infirmiers et étaient détentrices de poste au 1er septembre 1997 ont été incluses dans l'étude. Chacune des Directions de ressources humaines des établissements visés par l'étude a fourni une liste des infirmières à son emploi¹.

La collecte des données

Une firme spécialisée dans les enquêtes et sondages a effectué la collecte des données, par téléphone, au cours de l'automne 1997. La durée moyenne de l'entretien était de 30 minutes. Il portait sur les éléments suivants :

Les caractéristiques du travail actuel

La demande psychologique (quantité de travail, exigences intellectuelles requises et contraintes de temps), la latitude décisionnelle (utilisation des habiletés et des compétences et participation aux décisions) et le soutien social au travail, ont été mesurées à l'aide du *Job Content Questionnaire*, instrument validé par Karasek (1985). Ces échelles, employées dans de nombreuses études, comportent de bonnes qualités métrologiques et sont validées en français (Brisson et al., 1998). L'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle ont aussi été mesurés au moyen d'un outil validé (Rizzo et al., 1970).

Les mesures des changements organisationnels

Dans le cadre de la transformation du réseau, des mesures ont été créées en collaboration avec les membres d'un Comité aviseur². Le contenu de ces mesures (appelées changement dans la charge de travail, changement dans la latitude décisionnelle et changement dans le soutien social au travail), a été validé auprès de trois chercheuses en soins infirmiers. La compréhension et l'acceptabilité des questions ont également été pré-testées par la firme de sondage auprès d'une quinzaine de répondantes tirées de la population de l'étude.

Les effets sur la santé

Ces effets ont été mesurés par quatre indicateurs. Deux questions, tirées de l'Enquête Santé Québec (1995) et du *MOS 36-item Short-Form Health Survey* (Ware et Sherbourne, 1992), ont mesuré l'état de santé général perçu, actuel et comparé à l'année précédente. La mesure de détresse psychologique utilisée a été celle du *Psychiatric Symptom Index* (PSI) (Ilfeld, 1976) dont la traduction est validée (Prévillé et al., 1992). Il s'agit de la version abrégée de 14 items mesurant la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété, d'agressivité, de dépression et de troubles cognitifs durant la dernière semaine. La consommation de médicaments psychotropes au cours des deux jours précédant l'enquête a été documentée à l'aide d'une question modifiée de l'Enquête Santé Québec. La formulation de la question a été adaptée pour éviter les biais de déclaration (Laurier et al., 1990). Les trois questions sur le recours aux services de santé ou aux services sociaux au cours des deux semaines auparavant proviennent de l'Enquête Santé Québec (1995).

Plusieurs covariables pouvant être en lien avec la problématique ont été prises en compte afin que l'effet de chacune d'elles sur la santé et sur la relation entre les contraintes vécues au travail soit contrôlé lors des analyses statistiques :

- Les stratégies d'adaptation aux contraintes du travail ont été mesurées en adaptant un outil validé (Latack, 1986) qui permet de cerner les réponses usuelles face au stress vécu au travail, qu'il s'agisse d'échappement devant une situation difficile ou de contrôle de cette situation ;
- Le soutien social hors travail tel que mesuré dans l'Enquête Santé Québec (1995) a été évalué à l'aide de 16 questions sur la nature du réseau social et la satisfaction qu'il génère ;
- La charge familiale est mesurée par 13 questions qui proviennent d'un instrument américain plus volumineux, et qui évaluent le partage des responsabilités familiales et des tâches ménagères (Tierney et al., 1990). Un indice calcule le fardeau domestique sur la base du nombre de personnes vivant dans la maison et de leur degré respectif d'autonomie. Un autre indice réfère à l'asymétrie dans l'accomplissement des tâches ménagères ;
- Les comportements de type A sont mesurés à partir d'un outil validé par Friedman et Rosenman (1974). Il s'agit de neuf items qui permettent de juger sommairement des comportements de combativité et de recherche excessive de rendement au travail ;

- Une série de caractéristiques personnelles et socioprofessionnelles (âge, statut familial, ancienneté dans l'établissement, statut d'emploi, quart de travail, etc.) ont aussi été considérées.

Les analyses statistiques

La prévalence des contraintes dans le travail actuel, des changements survenus au cours de l'année et des problèmes de santé, a été mesurée. Pour chacune des contraintes, les items sont regroupés en indices. Un score total est calculé pour chacun des indices et la distribution des scores de l'ensemble des infirmières est partagée à la médiane (environ 50 %) afin de déterminer un groupe exposé et un groupe non exposé pour chacune des caractéristiques du travail mesurées. Pour la demande psychologique et la latitude décisionnelle, l'exposition a été déterminée au moyen d'un seuil fixé à la médiane de la distribution du score total dans une population comparable d'infirmières (demande psychologique > 11 et latitude décisionnelle < 70). L'analyse a consisté à comparer un groupe d'infirmières exposées à un groupe d'infirmières non exposées pour chacune des contraintes du travail en fonction de la détresse psychologique. Le rapport de prévalence et l'intervalle de confiance à 95 % ont été utilisés pour mesurer la force et la précision de l'association (Rothman, 1987). L'effet potentiellement modifiant ou confondant des covariables a été évalué par analyse stratifiée (Rothman, 1987). La régression binomiale a été employée pour ajuster les rapports de prévalences simultanément pour les variables ayant démontré un effet confondant lors de l'analyse stratifiée (Skov, 1998). Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (1990).

RÉSULTATS

Description de la population étudiée

Une liste des infirmières détentrices de poste en date du 1^{er} septembre 1997 des 13 établissements de santé ayant participé à l'étude a permis d'identifier 3207 sujets potentiels. Parmi eux, 201 n'étaient pas éligibles et 404 n'ont pu être rejoints, soit que le numéro de téléphone n'était pas exact, était discontinué ou sans réponse. Parmi les 2602 infirmières éligibles, le taux de réponse est de 77,1 %. Quelques vérifications de la comparabilité des infirmières participantes à celles qui n'ont pas participé ont été effectuées. Les deux groupes se répartissaient équitablement entre les quarts de travail ($p = 0,95$) mais différaient pour le statut d'emploi ($p = 0,007$), les infirmières à temps complet étant représentées en plus grande proportion que celles à temps partiel.

Le portrait socioprofessionnel

Le Tableau 1 brosse un portrait du personnel infirmier ayant participé à l'étude. La presque totalité étaient des femmes (94 %). Elles avaient entre 22 et 60 ans, la moyenne s'établissant à 42 ans. Une large majorité (91 %) oeuvrait en CHSCD, elles occupaient pour 85 % un poste d'infirmière soignante, et 56 % détenaient un poste à temps complet. Le quart de travail le plus fréquent était celui de jour, regroupant la moitié des participantes. L'ancienneté dans l'établissement du personnel infirmier variait de moins d'un an à 38 ans, avec une moyenne de 16 ans, et 38 % des infirmières avaient vécu au moins un changement de poste, que ce soit à cause d'un redéploiement ou d'une ou plusieurs supplantations.

Tableau 1
**CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES
 DES INFIRMIÈRES AYANT PARTICIPÉ
 À L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE**

<i>Caractéristiques socioprofessionnelles</i>	<i>N¹</i>	<i>%</i>
Genre		
Féminin	1882	93,8
Masculin	124	6,2
Groupe d'âge		
15-34 ans	379	18,9
35-44 ans	834	41,6
45 ans ou plus	793	39,5
Établissement de santé		
Centre hospitalier de soins de courte durée	1823	90,9
Centre hospitalier de soins de longue durée	51	2,5
CLSC	132	6,6
Titre d'emploi		
Infirmière	1708	85,1
Assistante infirmière-chef, liaison, clinicienne, monitrice	298	14,9
Statut d'emploi		
Temps plein	1122	56,0
Temps partiel	883	44,0
Quart de travail		
Jour	1009	50,5
Soir	495	24,8
Nuit	377	18,9
Rotation	118	5,9
Ancienneté dans l'établissement		
Moins de 10 ans	493	24,6
Entre 10 et 20 ans	697	34,7
Plus de 20 ans	816	40,7
Changement de poste		
Aucun	924	62,2
Au moins un	562	37,8

1. Le N total diffère d'une variable à l'autre à cause de valeurs manquantes.

Les variables liées aux caractéristiques de travail

Parmi les infirmières de l'étude, 75 % étaient exposées à une demande psychologique élevée, 29 % à une latitude décisionnelle faible, 21 % à la combinaison de ces deux facteurs et 51 % à un faible soutien social au travail. Parmi les répondantes, 85 % déclaraient avoir subi une augmentation de la charge de travail, 37 % une diminution de la latitude décisionnelle et 66 % une diminution du soutien social au travail. Enfin, 60 % des infirmières ont été exposées à un conflit de rôle important. L'ambiguïté de rôle n'ayant été déclarée contraignante que par une faible proportion d'infirmières, cette variable n'a pas été retenue pour la suite des analyses.

L'état de santé

Parmi les répondantes, 7 % étaient en arrêt de travail de longue durée lors de l'entrevue téléphonique, dont 3 % pour maladie. Comparativement à des personnes du même âge, 57 % considéraient leur santé excellente ou très bonne, et 12 %, moyenne ou mauvaise. Cependant, 36 % considéraient leur santé moins bonne comparée à l'année précédente. L'étude a également révélé que 41 % des infirmières déclaraient un niveau élevé de détresse psychologique et 5 % avaient au cours des deux derniers jours consommé des médicaments psychotropes prescrits. Parmi les répondantes, 35 % avaient consulté un professionnel de la santé durant les deux dernières semaines et 16 % des infirmières qui ont consulté l'ont fait pour un problème de santé émotive ou mentale.

Les variables associées à la détresse psychologique

Le Tableau 2 fait état des associations entre la détresse psychologique et chacune des variables ajustées pour chacune des autres dans le modèle d'analyse. Ces résultats montrent l'apport indépendant de chacune des variables dans la survenue de la détresse psychologique, une fois les autres variables prises en compte. Les variables associées de façon indépendante à la détresse psychologique sont : la combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle (RP = 1,47), le faible soutien social au travail (RP = 1,23), l'augmentation de la charge de travail (RP = 1,52), la diminution de la latitude décisionnelle (RP = 1,10), la diminution du soutien social au travail (RP = 1,14) et le conflit de rôle (RP = 1,31).

Bien que le soutien social au travail soit associé au niveau de détresse psychologique, il ne modifiait pas l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique. En effet, aucune différence

significative dans les rapports de prévalences entre la détresse psychologique et les degrés de tension au travail ne ressort, que les infirmières aient déclaré un soutien élevé ou faible.

Tableau 2
Rapport de prévalences¹ ajustés² et intervalles de confiance à 95 %
entre la détresse psychologique et différentes variables de l'étude

<i>Variabes</i>	<i>Rapport de prévalences ajustées</i> <i>(IC 95 %)</i> <i>N = 1689³</i>
Tension au travail⁴	
DP-LD +	1,00
DP-LD-	1,08 (0,77-1,52)
DP + LD +	1,45 (1,16-1,82)
DP + LD-	1,47 (1,16-1,86)
Soutien social au travail	
Élevé	1,00
Faible	1,23 (1,09-1,40)
Changement dans la charge de travail	
Diminuée	1,00
Augmentée	1,52 (1,21-1,92)
Changement dans la latitude décisionnelle	
Augmentée	1,00
Diminuée	1,10 (1,01-1,21)
Changement dans le soutien social au travail	
Augmenté	1,00
Diminué	1,14 (1,00-1,30)
Conflit de rôle	
Faible	1,00
Élevé	1,31 (1,14-1,51)

1. Le rapport de prévalences présente le lien entre chacune des variables et la détresse psychologique. Celui-ci compare la proportion d'infirmières qui présentent le problème de santé parmi celles qui sont exposées à la variable à la proportion correspondante parmi les infirmières qui ne sont pas exposées à cette variable. Pour conclure que la variable est associée au problème de santé, il faut que la proportion soit plus élevée chez le groupe d'infirmières exposées que chez le groupe non exposé. Dans ce cas, le rapport de prévalences est supérieur à 1,00. Pour que l'association soit statistiquement significative, l'intervalle de confiance ne doit pas inclure la valeur 1,00. Lorsque le rapport de prévalences est inférieur à 1,00 et que l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur 1,00, la variable est dite protectrice du problème de santé.

2. Les rapports de prévalences sont ajustés pour chacune des variables dans le tableau ainsi que pour les variables de charge familiale, soutien social hors travail, stratégies d'adaptation de type évitement et comportement de type A.
3. Des données manquantes à l'une ou l'autre des variables mesurées par l'entretien résulte le retrait de 317 infirmières de cette analyse.
4. DP = demande psychologique, LD = latitude décisionnelle, + = élevée, — = faible.

DISCUSSION

L'état de santé des infirmières

Au cours de l'automne 1997, selon les révélations de l'enquête, 56 % des infirmières de l'étude considéraient leur santé excellente ou très bonne, comparativement à des personnes du même âge, et 12 % la considéraient moyenne ou mauvaise. Ces proportions rejoignent celles rapportées en 1992-93 par un échantillon représentatif des femmes québécoises, soit 50 % et 12 % respectivement (Santé Québec et al., 1995). Cependant, plus du tiers des infirmières de l'étude considéraient leur santé moins bonne comparée à l'année précédente.

Elles déclaraient aussi un niveau élevé de détresse psychologique (41 %) en plus grand nombre qu'une population comparable d'infirmières étudiée en 1994 (28 %) (Bourbonnais et al., 1998) et qu'un échantillon représentatif de travailleuses québécoises (31 %) (Santé Québec et al., 1995).

Parmi les répondantes, la consommation de médicaments psychotropes (5 %) était comparable à celle de la population québécoise en 1992-93 (Santé Québec et al., 1995) et à celle des infirmières de l'étude de 1994 (Bourbonnais et al., 1998).

Enfin, parmi les infirmières de l'étude, 35 % avaient consulté un professionnel de la santé durant les deux dernières semaines, alors que l'enquête Santé Québec (1995) rapportait en 1992-93 que 29 % des Québécoises avaient rapporté un tel comportement.

Tension au travail et détresse psychologique

Après ajustement pour plusieurs facteurs potentiellement confondants, dont plusieurs contraintes liées spécifiquement à la transformation du réseau (Hypothèse 1), les résultats de la présente étude soutiennent l'association entre la tension au travail et la détresse psychologique. Ces

résultats sont consistants avec les études ayant mis en évidence une telle association (Bourbonnais et al., 1998; Braun et al., 1990; Kauppinen-Toropainen, 1981; Landsbergis, 1988; Stansfeld et al., 1995).

Conformément à ce que rapporte la littérature scientifique, un lien direct entre un faible soutien social au travail et la détresse psychologique a été mis en évidence dans la présente étude (Hypothèse 2). Toutefois, le soutien social au travail n'a pas modifié l'association entre la tension au travail et cet indicateur de santé mentale (Hypothèse 3). Deux études antérieures, l'une chez les cols blancs (Bourbonnais et al., 1996) et l'autre chez les infirmières québécoises (Bourbonnais et al., 1998) ont montré des résultats similaires.

Changements dans le travail et détresse psychologique

Les items déclarés contraignants par le plus grand nombre d'infirmières portaient sur l'augmentation de la charge de travail, variable associée à la détresse psychologique (Hypothèse 4). La surcharge de travail a également été relevée comme phénomène inhérent aux restructurations par Jick (1985). Une équipe de travail ontarienne traite des effets des coupures et des réductions de personnel en terme d'augmentation de la charge de travail pour le personnel « survivant » et de plainte fréquente d'épuisement professionnel (Armstrong-Stassen et al., 1995).

Les infirmières ayant déclaré une diminution de leur latitude décisionnelle ont rapporté un niveau plus grand de détresse psychologique (Hypothèse 5). Il est à noter que les infirmières de l'étude ont déclaré dans une proportion importante une augmentation de la latitude décisionnelle. Toutefois, l'augmentation marquée de la charge de travail empêche peut-être les infirmières d'utiliser cette marge de manoeuvre en raison du manque de temps.

Une proportion importante note une diminution du soutien social au travail, variable liée à la détresse psychologique (Hypothèse 6). L'importance du soutien quotidien offert par les collègues et par les responsables de la supervision dans l'adaptation du personnel nouvellement transféré a été documentée (Gerpott, 1990; Nelson, 1990). Une étude canadienne effectuée auprès d'infirmières vivant une réduction de la taille de leur hôpital a démontré que celles qui percevaient un soutien de la part du personnel ont rapporté moins d'insécurité d'emploi, plus de satisfaction générale par rapport à leurs tâches, à la quantité de travail et à leurs perspectives de carrière (Armstrong-Stassen et al., 1995).

Le conflit de rôle professionnel est sans doute amplifié lors de périodes de transformation majeure. Dans la présente étude, le conflit de rôle

est associé à la détresse psychologique chez les infirmières (Hypothèse 7). Ceci s'explique peut-être par l'augmentation de la charge de travail qui fait qu'elles ne peuvent plus prodiguer les soins selon la conception qu'elles s'en font et que les soins physiques doivent souvent être privilégiés. Cet aspect a d'ailleurs été déclaré par 54 % des répondantes.

L'ambiguïté de rôle n'a pas été déclarée comme une contrainte par les infirmières de l'étude et n'a donc pas été analysée en rapport avec la détresse psychologique (Hypothèse 8).

Les caractéristiques de travail et leur l'impact sur la profession infirmière : une amorce d'interprétation

Les infirmières participantes à l'étude ont déclaré de façon très nette une augmentation de la charge de travail, des contraintes de temps et une diminution du soutien social au travail. Les clientèles tant hospitalisées qu'ambulatoires se seraient alourdies et présenteraient des problèmes de santé plus complexes, nécessitant des soins aigus de la part des infirmières ; l'implantation du suivi systématique des clientèles avec des programmes de soins standardisés aurait pour effet d'accélérer la cadence du travail ; la durée de l'épisode de soins serait réduite au minimum, reléguant les étapes pré et postopératoires au réseau ambulatoire ; le personnel non remplacé par suite de restrictions budgétaires laisserait la charge quotidienne être portée par un moins grand nombre d'infirmières. Les nombreux départs et les réaffectations entraîneraient une baisse du soutien social au travail en perturbant les relations à l'intérieur des équipes ; celles-ci vivraient le deuil associé à la perte de collègues et une surcharge tenant à l'arrivée du personnel non expérimenté ou à l'apprentissage de nouvelles tâches auprès de nouvelles clientèles.

Les participantes ont aussi déclaré en forte proportion une augmentation de la latitude décisionnelle. Ceci s'expliquerait peut-être par l'implantation dans plusieurs établissements d'un mode de prestation de soins intégraux ou globaux parallèlement à la transformation du réseau. Ce mode de prestation inciterait chaque infirmière à devenir l'unique responsable des soins qu'elle prodigue, ce qui éviterait la parcellisation des tâches tout en favorisant la latitude décisionnelle.

Une grande proportion d'infirmières ont déclaré l'acquisition de nouvelles compétences et une utilisation adéquate de leurs habiletés. Toutefois, même si l'infirmière d'expérience, lorsqu'elle vit des changements de poste ou de clientèle, conserve des acquis qui sont transférables, elle doit passer par une étape qui consiste à devenir fonctionnelle, ce qui l'oblige à donner priorité aux éléments techniques de la tâche

(Viens, 1995). De plus, le tiers des répondantes a déclaré ne pas avoir reçu la formation suffisante pour effectuer une prestation de soins adéquate, et le cinquième avait l'impression que son équipe ne possédait pas l'expertise pour répondre aux besoins de santé de la population. Depuis la transformation, de cas d'exception qu'ils étaient, les changements de poste sont devenus la règle générale, et il n'est pas rare que des infirmières se retrouvent sur des unités de soins ou des programmes en CLSC sans pouvoir bénéficier des connaissances des infirmières possédant l'expertise de ces secteurs, leur adaptation se trouvant par le fait même privée d'une aide précieuse.

Dans l'étude, le conflit de rôle s'ajoute aux sources de tension au travail identifiées précédemment. Selon Champagne (1993), les infirmières conservent une mentalité de service public dans un univers qui obéit de plus en plus aux lois du marché et du profit, ce qui tend à créer une représentation contradictoire de leur rôle professionnel. Un document du Conseil des infirmières et infirmiers (1996) d'un des établissements de l'étude appuie l'hypothèse de l'exacerbation possible du conflit de rôle dans le contexte des changements organisationnels. On y souligne que les infirmières craignent que les multiples changements aient un impact négatif sur la démarche de soins, la performance technique, la qualité des services et les communications interpersonnelles. On y mentionne encore que lorsqu'elles manquent de temps les infirmières délaissent certains actes de soins infirmiers (aspect psychosocial, relationnel et enseignement) au profit de l'exécution des ordonnances médicales.

Une mise en garde dans l'interprétation des résultats

Le devis de l'étude étant transversal, il mesure en même temps l'exposition à des variables professionnelles et la santé des infirmières. Bien qu'il permette de mesurer l'association entre ces variables du travail et la santé, il ne permet pas de conclure à des relations causales entre elles. En effet, le fait de mesurer en même temps les variables professionnelles et l'état de santé ne permet pas de savoir si les premières précèdent le second ou si l'état de santé affecte la perception et la déclaration des conditions de travail. Seul un devis longitudinal qui implique un suivi dans le temps de personnes chez qui on mesure d'abord l'exposition et dont on suit l'évolution de l'état de santé, permettrait de conclure que cette exposition a entraîné les problèmes de santé mesurés.

En outre, un biais dans la sélection des infirmières a pu faire en sorte que celles qui ont répondu à l'entretien téléphonique ne représentent pas bien l'ensemble des infirmières éligibles à l'étude. Ce biais

aurait pu entraîner une surestimation ou une sous-estimation de la prévalence des problèmes de santé et des contraintes de travail mesurées. Toutefois, un excellent taux de participation a été obtenu, minimisant ainsi la possibilité et l'ampleur d'un tel biais.

De plus, un biais d'information peut être lié à l'autodéclaration des variables professionnelles basée sur la perception plutôt que sur l'utilisation de mesures objectives des contraintes. Aucune mesure objective valide des contraintes du travail n'était toutefois disponible. De même, la perception des contraintes du travail est probablement plus importante dans le développement de problèmes de santé, en particulier de santé mentale, que les contraintes objectives, lesquelles peuvent ne pas être perçues comme telles. Le questionnaire mesurant à la fois les contraintes professionnelles et les problèmes de santé peut toutefois introduire un biais qui explique les associations mises en évidence.

Enfin, un biais de confusion serait introduit si une variable associée à la fois à la santé mentale et aux caractéristiques du travail étudiées venait influencer les associations présentées. La présente étude a tenté d'examiner la plupart des facteurs d'ordre professionnel, personnel ou social connus dans la littérature scientifique et qui sont mentionnés le plus souvent par les infirmières. Ils ont été pris en compte dans les analyses qui présentent ainsi l'association indépendante entre les caractéristiques du travail et la détresse psychologique. D'autres facteurs non mesurés peuvent cependant affecter les résultats de l'étude.

Conclusion

La recherche montre une augmentation de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique chez les infirmières de l'agglomération de Québec depuis le début de la transformation du réseau. Un tel degré de détresse peut entraîner, à court ou à moyen terme, des problèmes de santé. Plusieurs facteurs professionnels pourraient expliquer l'augmentation de la détresse chez les infirmières de l'étude. Des interventions dans les milieux de travail devraient s'appuyer sur les éléments identifiés par de nombreuses infirmières de l'étude comme étant problématiques.

Notes

1. La Commission d'accès à l'information a fourni un avis favorable à la demande de renseignements nominatifs pour les sujets de l'étude.
2. Un Comité aviseur constitué à l'étape de l'élaboration du projet a suivi toutes les phases de la recherche. Il est composé de représentantes des infirmières, de leur ordre professionnel, de leur fédération syndicale, de

gestionnaires des ressources humaines ou de la direction des soins infirmiers de plusieurs établissements de l'étude, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

RÉFÉRENCES

- ARMSTRONG-STRASSEN, M., KEIL, J., CAMERON, S. J., HORSBURGH, M. E., 1995, *Predictors of nurses' reactions following hospital downsizing*, Paper presented at the Work, Stress, and Health'95 : Creating Healthier Workplaces, Washington, DC.
- ARNETZ, B. B., BRENNER, S.-O., LEVI, L., HJELM, R., PETTERSON, I.-L., WASSERMAN, J., PETRINI, B., ENEROTH, P., KALLNER, A., KEVETNANSKY, R., VEGAS, M., 1991, Neuroendocrine and immunologic effects of unemployment and job insecurity, *Psychotherapy Psychosomatics*, 55, 76-80.
- BOURBONNAIS, R., BRISSON, C., VÉZINA, M., MOISAN, J., 1996, Job strain and psychological distress in white collar workers, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22, 2, 139-145.
- BOURBONNAIS, R., COMEAU, M., DION, G., VÉZINA, M., 1998, Job strain, psychological distress, and burnout in nurses, *American Journal of Industrial Medicine*, 34,1, 20-28.
- BRAUN, S., HOLLANDER, R. B., 1988, Work and depression among women in the Federal Republic of Germany, *Women and Health*, 14, 2, 3-26.
- BRISSON, C., BLANCHET, C., GUIMONT, C., DION, G., MOISAN, J., VÉZINA, M., DAGENAIS, G., MÂSSE, L., 1998, Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire, *Work and Stress*, 12, 4, 322-336.
- CHAMPAGNE, P., 1993, Les soignants, en rupture de statut social ? *Économie et Humanisme*, 327 (décembre), 33-36.
- CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS. (1996), *L'impact des changements : perceptions et recommandations des infirmières et infirmiers*, Québec, Pavillon St-François d'Assise.
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R., 1974, *Type A Behavior and Your Heart*, London, Wildwood House.
- GERPOTT, T. J., 1990, Intracompany job transfers : An exploratory two-sample study of the buffering effects of interpersonal support, *Prevention in Human Services*, 8, 1, 113-137.
- HEANEY, C. A., ISRAEL, B. A., HOUSE, J. S., 1994, Chronic job insecurity among automobile workers : Effects on job satisfaction and health, *Social Science and Medicine*, 38, 10, 1431-1437.

- ILFELD, F. W., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- JENKINS, R., MACDONALD, A., MURRAY, J., STRATHDEE, G., 1982, Minor psychiatric morbidity and the threat of redundancy in a professional group, *Psychological Medicine*, 12, 799-807.
- JICK, T. D., 1985, As the ax falls. Budget cuts and experience of stress in organizations, in Beehr, T. A., Bhagat, R.S., eds., *Human Stress and Cognition in Organizations. An Integrated Perspective*, 83-114, Chichester, UK, John Wiley and Sons.
- JOHNSON, J. V., HALL, E. M., 1988, Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease : A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population, *American Journal of Public Health*, 78, 10, 1336-1342.
- KARASEK, R., 1985, *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Los Angeles, Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California.
- KARASEK, R., THEORELL, T., 1990, *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books.
- KAUPPINEN-TOROPAINEN, K., 1981, *Job Demand and Job Content : Effects on Job Dissatisfaction and Stress*, Helsinki, Department of Psychology, Institute of Occupational Health.
- KRISTENSEN, T. S., 1996, Job stress and cardiovascular disease : A theoretic critical review, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 3, 246-260.
- LANDSBERGIS, P. A., 1988, Occupational stress among health care workers : A test of the job demands-control model, *Journal of Organizational Behavior*, 9, 217-239.
- LATAACK, J. C., 1986, Coping with job stress : Measures and future directions for scale development, *Journal of Applied Psychology*, 71, 3, 377-385.
- LAURIER, C., DUMAS, J., GRÉGOIRE, J. P., DUVAL, L., 1990, *L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères : analyse des données de l'Enquête Santé Québec*, Montréal, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MATTESON, M. T., IVANCEVICH, J. M., 1990, Merger and acquisition stress : Fear and uncertainty at mid-career, *Prevention in Human Services*, 8, 1, 139-158.
- MATTIASSON, I., LINDGARDE, F., NILSSON, J. A., THEORELL, T., 1990, Threat of unemployment and cardiovascular risk factors : Longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy, *British Medical Journal*, 301, 461-466.

- MORRIS, J. K., COOK, D. G., 1991, A critical review of the effect of factory closure on health, *British Journal of Industrial Medicine*, 48, 1-8.
- NELSON, D. L., 1990, Adjusting to a new organization : Easing the transition from outsider to insider, *Prevention in Human Services*, 8, 1, 61-86.
- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERREAU, C., LÉGARÉ, G., 1992, *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Montréal, Santé Québec.
- RIZZO, J. R., HOUSE, R. J., LIRTZMAN, S. I., 1970, Role conflict and ambiguity in complex organizations, *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- ROTHMAN, K., 1987, *Modern Epidemiology*, Toronto, Little Brown and Company.
- SANTÉ QUÉBEC, Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., Levasseur, M. (sous la dir. de), 1995, *Et la santé, ça va en 1992-93? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, Vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- SAS, 1990, *SAS/Stat User's Guide. Version 6*, 4th ed., Vol. 2, Cary, SAS Institute.
- SKOV, T., DEDDENS, J., PETERSEN, M. R., ENDAHL, L., 1998, Prevalence proportion ratios : estimation and hypothesis testing, *International Epidemiological Association*, 27, 91-95.
- STANSFELD, S. A., NORTH, F. M., WHITE, I., MARMOT, M. G., 1995, Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 48-53.
- TIERNEY, D., ROMITO, P., MESSING, K., 1990, She ate not the bread of idleness : Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers, *Women and Health*, 16, 1, 21-42.
- TOMBAUGH, J. R., WHITE, L. P., 1990, Downsizing : An empirical assessment of survivors' perceptions in a postlayoff environment, *Organization Development Journal*, 8, 32-43.
- VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M., PENTTI, J., 1997, Effect of organizational downsizing on health of employees, *The Lancet*, 350, 1124-1128.
- VÉZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A., LAURENDEAU, M., 1992, *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur.
- VIENS, C., 1995, *Les apprentissages lors de l'expérience d'intégration au travail en centres hospitaliers de nouvelles infirmières diplômées : une étude longitudinale*, thèse de doctorat, Faculté des Sciences de l'Éduca-

tion, Département de psychopédagogie et d'andragogie, Montréal, Université de Montréal.

WARE, J. E., SHERBOURNE, C. D., 1992, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I, Conceptual framework and item selection, *Medical Care*, 30, 6, 473-483.

WHITE, J. P., 1997, Health care, hospitals, and reengineering : The Nightingales sing the blues, in Duffy, A., Glenday, D., Pupo, N., eds., *Good Jobs, Bad Jobs, no Jobs, The Transformation of Work in the 21st Century*, 117-142, Toronto, Harcourt Brace.

ABSTRACT

The professional life and the health of nurses since the transformation of the Quebec health system

Over the last years, the Quebec health system has gone through a period of transformation aimed at cost reduction and better efficiency. The present study describes the effects of the transformation on the professional life and on the health of nurses in the Quebec City urban area. Despite a cross-sectional study not allowing links from cause to effect and despite the fact that the study only includes nurses who were still employed by institutions, the research shows an increase of the prevalence of a higher level of psychological distress in nurses since the beginning of the transformation. Interventions in the work place should be geared to professional factors that nurses identify as problematical.

RESUMEN

La vida profesional y la salud de las enfermeras después de la transformación de la red de servicios de salud

Desde hace algunos años, la red de servicios de salud del Quebec atraviesa un período importante de transformaciones, cuyos objetivos son la reducción de costos y una mayor eficacia. Este estudio tiene como objetivo describir los efectos de estas transformaciones en la vida profesional y en la salud de las enfermeras de la aglomeración de Quebec. A pesar de la estimación transversal del estudio que no permite establecer lazos de causa a efecto, y a pesar del hecho de que solamente se dirigió a las enfermeras que todavía eran empleadas de los establecimientos, la investigación muestra un aumento de la prevalencia de un nivel elevado de angustia psicológica en las enfermeras, desde el inicio de la transformación. Las intervenciones en los medios de trabajo deberían apoyarse en los factores profesionales identificados como problemáticos por las enfermeras.