

L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières

The organization of work in hospitals and its effect on nurses health

Renée Bourbonnais, Hélène Lee-Gosselin and Michel Pérusse

Volume 10, Number 2, November 1985

Santé mentale et travail

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030294ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030294ar>

[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., Lee-Gosselin, H. & Pérusse, M. (1985). L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 73–85. <https://doi.org/10.7202/030294ar>

Article abstract

This article covers the actual knowledge on the organization of infirmery work and its effects on nurses' physical and mental health. Then it proposes a conceptual model to study the question. This model is concerned with the relationship between the work load, a potential source of health problems and the autonomy and the social support which may relieve the load or its effects.

L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières

*Renée Bourbonnais, Hélène Lee-Gosselin et Michel Pérusse**

Cet article présente l'état des connaissances sur l'organisation du travail infirmier et ses effets sur la santé physique et mentale des infirmières. Ensuite, il traite d'un modèle conceptuel que nous proposons pour approcher une telle problématique. Ce dernier suppose des relations entre la charge de travail, source potentielle de problèmes de santé, l'autonomie et le soutien social comme modérateur de la charge ou de ses effets.

La recherche d'efficacité économique et technique a eu un impact majeur sur le contenu et l'organisation du travail. Cette recherche a très souvent entraîné la rationalisation du travail, le morcellement des tâches, la déqualification des travailleurs. Cette rationalisation qui vise l'efficacité technique et économique et néglige les considérations physiques, psychologiques et sociales peut affecter le bien-être, la santé et la sécurité des travailleurs. Ces efforts de rationalisation qu'on retrouve souvent dans les secteurs primaire et secondaire ont aussi pénétré les hôpitaux. Ils ont entre autre donné naissance au PRN (projet de recherche en nursing) qui est un système de gestion du personnel infirmier basé sur la mesure des temps requis pour chacune des tâches des infirmières. Ce projet a suscité beaucoup d'inquiétude chez les infirmières et a entraîné une levée de boucliers de la partie syndicale.

Nous nous sommes intéressés à l'étude de certains aspects de l'organisation du travail en milieu hospitalier et à ses effets sur la santé des travailleuses,¹ particulièrement en milieu hospitalier psychiatrique. Le nombre de travailleurs à temps complet dans les établissements de santé au Québec pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1979 s'élevait à 133 059 (ministère des Affaires sociales, 1981). En

1982-1983, les 15 hôpitaux psychiatriques au Québec regroupaient 10 764 travailleurs à temps complet. De plus, il existe une trentaine de départements psychiatriques à l'intérieur des centres hospitaliers pour soins généraux. Lors de journées de discussions sur le thème de la santé des femmes et particulièrement la santé des femmes au travail, des entretiens avec des travailleuses en milieu hospitalier ont appuyé la pertinence d'étudier les problèmes de santé liés à l'organisation du travail dans ce secteur.

Une étude exploratoire réalisée dans un centre hospitalier psychiatrique suggère l'existence de nombreux problèmes de santé physique et mentale chez les travailleurs de ce secteur (Pérusse *et al.*, 1984). Ces problèmes auraient également des répercussions sur la vie familiale et la vie hors travail. D'après les travailleurs interviewés, des éléments de la situation organisationnelle et certaines caractéristiques du travail sont susceptibles d'expliquer ces problèmes.

Notre objectif ultime est d'examiner les liens qui peuvent exister entre certaines caractéristiques de l'organisation du travail et la morbidité chez les infirmières. Dans cet article, nous présentons d'abord l'état des connaissances disponibles sur le sujet. Ensuite, nous présentons un modèle conceptuel général qui spécifie les dimensions de l'organisation du travail retenues: la charge de travail, l'autonomie et le soutien social, ainsi que les liens entre elles. Cette partie de l'article se termine par l'examen de deux études qui se sont intéressées à la charge de travail des infirmières, dans le but de dégager les éléments potentiels d'opérationnalisation de notre modèle chez ces travailleuses.

* R. Bourbonnais est professionnelle de recherche au département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université Laval; H. Lee-Gosselin est professeure adjointe et directrice du département de Management de l'Université Laval, et M. Pérusse est professeur au département de Relations Industrielles de l'Université Laval. Les trois auteurs sont également membres du Groupe de recherche sur l'organisation du travail, la santé et la sécurité de l'Université Laval.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Nous avons utilisé trois sources principales d'informations pour présenter la synthèse des connaissances sur le lien entre les infirmières et l'organisation du travail en milieu hospitalier. Premièrement, la littérature sur le stress occupationnel et le «burnout» (épuisement professionnel) en relation avec ce secteur d'activité est inventoriée. Ensuite, les résultats d'une étude exploratoire effectuée dans un centre hospitalier psychiatrique sont présentés. Enfin, il sera fait mention de rencontres et discussions avec des travailleuses du secteur hospitalier et d'un mémoire présenté par le syndicat d'un hôpital psychiatrique québécois à une commission d'enquête sur la qualité des soins dans cet hôpital.

Recherches sur le stress et le burnout

Les sources de stress en milieu hospitalier

Une première source de stress est associée au type de département dans lequel l'infirmière travaille. Plusieurs études ont été effectuées chez les infirmières dans les services de soins intensifs et d'oncologie, où le taux de mortalité des patients est élevé (Maloney, 1982; Hay et Oken, 1972; Newlin et Wellisch, 1978; Gentry *et al.*, 1972). Plusieurs chercheurs, dans leur analyse des effets du stress, tiennent compte du département ou du service hospitalier comme variable pouvant expliquer des différences dans le niveau de stress et les effets sur la santé (Jacobson, 1978; Hay et Oken, 1972; Beaudin *et al.*, 1982).

Dans les études consultées, les principales sources de stress mentionnées sont: le ratio patient/personnel (Jacobson, 1978; Hay et Oken, 1972), le statut d'emploi et les horaires de travail (Beaudin *et al.*, 1982; Boucher, 1978), la responsabilité envers des patients (Ivancevitch et Hatteson, 1980; Jacobson, 1978) ou d'autres travailleurs (De Sève, 1984), de même que les demandes contradictoires venant de différentes personnes dans la hiérarchie (De Sève, 1984; Ivancevitch et Matteson, 1980).

Certaines de ces études traitent des problèmes de l'environnement physique tel que le bruit des machines. Un environnement physique inadéquat réduirait la capacité de supporter les autres aspects

de la charge de travail (Price, 1979; Hay et Oken, 1972; Bascom Bilodeau, 1973).

Au Québec, une étude sur le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation a été effectuée dans le secteur hospitalier, chez les cadres et professionnels, les infirmières, les aides-infirmière et les cols bleus, les commis et les techniciens (Arsenault et Dolan, 1983). Dans cette étude, les sources de stress intrinsèques sont: le contact avec des patients très malades, le faible degré de participation aux décisions, la fréquence des décisions urgentes, les risques physiques de contamination, la tâche menaçante c'est-à-dire trop difficile ou complexe, le degré de responsabilité envers les gens et la surcharge quantitative. Les sources de stress extrinsèques concernent l'autonomie restreinte, la sous-utilisation des compétences, l'ambiguïté de carrière et de rôle, l'instabilité de la charge de travail et les conflits de rôle.

Pines et Maslach (1978) ont mis en évidence les caractéristiques de l'organisation du travail influençant le burnout chez les travailleurs en milieu hospitalier psychiatrique. Il s'agit du ratio patient/personnel, de la proportion de patients schizophréniques, de la fréquence des réunions de personnel, de la quantité de tâches administratives, des horaires de travail et du temps de contact direct avec les patients. La présence plus marquée de chacune de ces caractéristiques participait à l'épuisement chez le personnel.

McBride (1983) insiste sur deux caractéristiques de l'emploi qui seraient propices à l'épuisement du personnel: la responsabilité sans le pouvoir et le manque de contrôle tant au niveau des décisions relatives au plan des soins et du suivi, qu'au niveau du déroulement et du rythme de travail.

Les modérateurs du stress

D'autres études s'intéressent aux facteurs modérateurs de tension, c'est-à-dire ceux qui interviennent dans le processus de stress pour réduire la tension. Certaines caractéristiques individuelles peuvent avoir un effet modérateur. Par exemple, on peut citer les motifs personnels dans le choix de la spécialité (Maloney, 1982; Beaudin *et al.*, 1982), l'expérience ou l'ancienneté.

Le soutien social qui vient des collègues (Maloney, 1982; Hay et Oken, 1978; Beaudin *et al.*, 1982)

ou des supérieurs, selon leur style de leadership, entre aussi dans cette rubrique (Duxbury, 1979; Hay et Oken, 1978; Beaudin *et al.*, 1982; Mohl, 1982; Boucher, 1978).

Enfin, le plus grand niveau de responsabilité et d'autonomie observé dans un milieu psychiatrique est aussi considéré comme modérateur de tension alors que l'absence de ces dimensions l'augmente (Beaudin *et al.*, 1982).

Les effets du stress

Les effets du stress peuvent être positifs ou négatifs. Seuls les effets délétères retiennent ici notre attention. Ils sont de deux ordres: individuels ou organisationnels.

les effets individuels

Les études de Maloney (1982) et de Gentry *et al.* (1972) ont comparé les réponses au stress chez les infirmières des soins intensifs à celles observées chez les infirmières d'autres départements. Ces deux études obtiennent des résultats contradictoires. En effet, dans l'étude de Gentry, les infirmières de soins intensifs manifestent plus souvent des symptômes de dépression, d'hostilité, et d'anxiété. Maloney trouve au contraire que ces dernières ont moins de problèmes somatiques, familiaux et d'insatisfaction au travail.

D'après Maloney, ce phénomène pourrait s'expliquer par les caractéristiques personnelles des infirmières aux soins intensifs. Celles qui choisissent ce département auraient une plus grande capacité à supporter le stress dû à la souffrance et à la mort. Le soutien du groupe qui semble plus fort aux soins intensifs, peut également expliquer les différences observées.

Enfin, ces résultats contradictoires sont peut-être dus à des raisons purement méthodologiques: on n'a pas mesuré les mêmes effets, on a utilisé des instruments de mesure différents. Exception faite du type de département, les critères de comparabilité des deux groupes ne sont pas mentionnés, on ne peut juger de leur homogénéité sur les autres variables susceptibles d'influencer les résultats (ratio patient/personnel, horaires de travail ou autres). De plus, les groupes étant très petits et la participation des infirmières à l'étude s'étant effectuée sur une

base volontaire, un biais de sélection important a pu s'introduire.

C'est en 1974 avec Freudenberg (1974) qu'apparaît dans la littérature le concept de burnout pour décrire un état de démotivation, de lassitude et de fatigue qui affecterait particulièrement des personnes ayant des idéaux trop élevés pour la nature de leur travail.

Maslach et Pines (1978) définissent le burnout comme un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui entraîne le développement d'attitudes et de perceptions négatives au travail, une mauvaise représentation de soi et une perte d'empathie et de préoccupation envers le client. Ce syndrome serait une manifestation de stress, particulièrement chez les individus exerçant des professions à vocation sociale dont les infirmières.

les effets organisationnels

Quelques études se sont intéressées aux effets organisationnels de certaines caractéristiques du travail. Elles ont constaté une augmentation du roulement du personnel (Maloney, 1982; Einsiedel, 1981; Kafry et Pines, 1980; Duxbury et Thiessen, 1979; Duxbury *et al.*, 1984; Gentry, 1972), une plus grande fréquence des absences dues à des malaises mineurs (Maloney, 1982; Gentry, 1972), une hausse des taux d'accidents (Einsiedel, 1981) et une augmentation de l'insatisfaction au travail (Beaudin *et al.*, 1982; Maloney, 1982; Bascom Bilodeau, 1973; Gentry, 1972). Ces effets ne sont cités qu'à titre indicatif puisque notre préoccupation de recherche concerne d'abord les effets des caractéristiques de l'organisation du travail sur la santé des individus.

L'étude exploratoire

En 1981, nous avons effectué une recherche exploratoire auprès des travailleurs d'un hôpital psychiatrique (Péresse *et al.*, 1984). Elle visait à identifier les problèmes de santé des travailleurs, et à classer ces problèmes selon certaines caractéristiques du travail: le corps d'emploi, le service (Centres d'accueil, Soins spécialisés ou Soins prolongés), le quart de travail (jour, soirée, nuit). Le corps d'emploi se voulait un indicateur du type de fonction, du niveau hiérarchique et de la fréquence de contact avec les bénéficiaires. Le service rendait

compte du type de bénéficiaires (diagnostic, pronostic et niveau d'autonomie fonctionnelle). Le quart de travail a été retenu afin de faire ressortir les problèmes reliés spécifiquement au travail de soirée et de nuit par rapport au travail de jour.

Deux procédés furent employés pour la cueillette des données. D'abord, une série d'entrevues de groupe a été effectuée auprès d'un échantillon de travailleurs.

Lors de ces entrevues, les travailleurs ont rapporté de nombreux problèmes de santé physique et mentale, ainsi que des problèmes reliés à l'organisation du travail. Des données sur l'absentéisme pour maladie, les accidents et les assauts, enregistrées pour l'ensemble du personnel salarié de l'hôpital ont également été fournies par l'administration hospitalière. À l'analyse des résultats, deux groupes de variables semblent exercer une influence sur la déclaration de symptômes. Il s'agit d'une part, des variables reliées à la nature du travail et à son contexte, et d'autre part, du type de population desservie.

Pour le premier groupe de variables, le type de fonction et la position hiérarchique du travailleur, l'absence de responsabilité et de pouvoir décisionnel, les horaires de travail, le nombre d'années passées à l'hôpital, le phénomène des compressions budgétaires ainsi que la qualité des relations interpersonnelles ont été identifiés comme facteurs importants de tension.

En ce qui concerne les horaires, une hypothèse de départ supposait que l'épuisement serait plus grand chez les personnes travaillant de nuit parce qu'il y a moins de travailleurs en poste la nuit, augmentant ainsi la charge de travail de chacun. Les résultats ont démontré que les travailleurs de jour déclarent plus de problèmes de santé que ceux de nuit. La charge de travail et les effets sur la santé varieraient en fonction du contact avec les patients (le jour, ils sont éveillés et actifs). Le travail de nuit occasionnerait surtout des problèmes de sommeil et d'isolement social.

Les absences pour maladie chez l'ensemble du personnel salarié de l'hôpital ne se distribuent pas aléatoirement en fonction des titres d'emploi. Les auteurs suggèrent l'influence sur l'absentéisme de la position dans la hiérarchie et de l'autonomie décisionnelle quant à l'organisation du travail. Bien que

l'utilisation de l'absentéisme comme indicateur de santé pose de nombreux problèmes méthodologiques (Thébaud et Lert, 1983) et que les absences pour maladie ne reflètent qu'une partie de la réalité, l'analyse de ces données nous renseigne quand même sur la mauvaise santé physique et mentale des travailleurs et permet d'émettre des hypothèses.

Le deuxième groupe de variables déclarées par les travailleurs concerne la clientèle desservie. Ont été identifiées: le type de patients, le degré d'imprévisibilité de leurs réactions, leur niveau d'autonomie en termes de mobilité et d'indépendance face aux soins physiques, et leur potentiel de réhabilitation. Deux observations appuient cette hypothèse de l'importance du type de clientèle: l'absentéisme est plus fréquent au service des Soins prolongés où la clientèle est plus lourde sur le plan de l'autonomie fonctionnelle. Par contre, la tension est plus fréquemment déclarée aux Soins spécialisés. C'est dans ce dernier service, particulièrement à l'admission que le taux d'assauts est le plus élevé. Cette situation provoquerait une amplification de la tension, une détérioration du climat interpersonnel et un plus grand épuisement.

Dans la suite de cette étude, des travailleuses du milieu hospitalier ont confirmé, lors d'entrevues, les sources de stress déjà identifiées. Quelques infirmières déplorent l'autorité fonctionnelle qu'elles exercent sur les auxiliaires ou les préposés aux bénéficiaires alors qu'elles n'ont aucune autorité administrative. Les travailleuses de niveau hiérarchique inférieur ressentent la déqualification et la non-responsabilité car on ne tient pas compte de leur compétence pour décider du plan de soins. Le morcellement des tâches dû aux nombreux intervenants crée de l'insatisfaction. Le roulement des patients et l'imprévisibilité de l'état des malades augmentent la charge de travail. La hiérarchie entre les départements et entre les corps d'emploi crée un mauvais climat de travail. Enfin, le manque de rétroaction positive sur le travail donne lieu à beaucoup de démotivation.

Enfin, un rapport présenté par le syndicat des travailleurs d'un hôpital psychiatrique à une commission d'enquête sur la qualité des soins dans cet hôpital (Syndicat, 1984) met à jour un certain nombre de conditions et de caractéristiques du travail qui ont

un effet sur la qualité des soins et qui peuvent aussi influencer l'état de santé des travailleurs.

Le rapport recommande que soit stoppée l'hémorragie du personnel et que les remplacements d'absences soient effectués systématiquement afin de ne pas augmenter la charge de travail des personnes qui restent, et de pouvoir réaliser les activités prévues pour la journée. La rotation du personnel devrait être diminuée pour favoriser une meilleure prise en charge des bénéficiaires. La mise en place d'un programme de formation et de recyclage du personnel en contact direct avec les bénéficiaires favoriserait l'utilisation des compétences. Il est également recommandé que les travailleurs oeuvrant directement avec les bénéficiaires puissent participer aux décisions concernant le plan de soins et la répartition des tâches. Il conseille des rencontres entre les quarts de travail pour favoriser la continuité des soins et une réunion hebdomadaire des membres de l'équipe pour permettre la discussion et l'échange sur les problèmes vécus au travail.

En conclusion, notons que la diversité des disciplines et des cadres de références dans le champ de recherche qui nous intéresse, la multiplicité des éléments de l'organisation du travail identifiés comme sources possibles de problèmes de santé ainsi que la complexité des relations qui existent entre les sources et les effets mesurés nécessitent l'élaboration d'un modèle conceptuel.

MODÈLE CONCEPTUEL

De l'état des connaissances inventorié, nous dégageons trois grandes dimensions de l'organisation

du travail, soit la charge de travail, l'autonomie et le soutien social.

La charge de travail

La charge de travail est un concept très large. L'aspect physique (travail musculaire) de la charge est bien documenté en ergonomie. La définition et la mesure de la charge physique font appel à une problématique différente des autres aspects de la charge de travail et ne seront pas considérées ici. On se limitera plutôt à la charge «non physique» de travail, qui constitue une des préoccupations majeures de la recherche portant sur les problèmes de santé associés à des facteurs psychosociaux (Kahn *et al.*, 1964; Beehr *et al.*, 1976; Dolan et Arsenault, 1980).

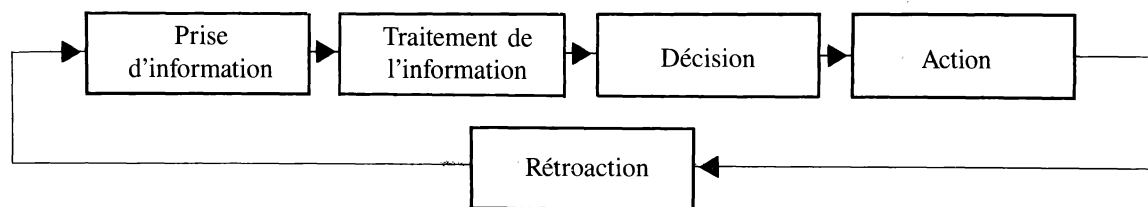
La charge non physique, s'intéresse aux exigences que comporte la tâche. Elle doit donc porter sur les caractéristiques de cette dernière et non sur celles de l'individu. La charge non physique recouvre deux concepts distincts, parfois regroupés sous le vocable de charge mentale. Il y a d'abord la charge mentale proprement dite, d'ordre cognitif, qui fait référence au processus mental de traitement de l'information et de solution de problème. Il semble également y avoir une charge affective qui solliciterait les émotions et les sentiments d'une personne plutôt que son intellect.

La charge mentale

La charge mentale se définit en fonction de l'utilisation du processus mental dans l'exécution d'une tâche (Boulard et Pérusse, 1982). Les grandes dimensions de ce processus mental sont illustrées à la figure 1.

FIGURE 1

Schéma du processus mental¹



1. Inspiré des travaux de l'ANACT (1981) et de Guélaud *et al.* (1975).

Le degré selon lequel le processus mental est utilisé dans une tâche donnée constitue le niveau de cette charge. Il peut être analysé sous l'angle quantitatif par le nombre d'informations à traiter, le nombre de décisions à prendre, le nombre d'actions à réaliser. L'angle qualitatif pour sa part, concerne la nature des structures de pensée utilisées, c'est-à-dire la complexité des opérations mentales qui sont effectuées pour réaliser une tâche donnée. Guélaud *et al.* (1975) distinguent deux niveaux de complexité. Le premier fait appel à des mécanismes de la pensée concrète; ce serait le cas pour la plupart des travaux industriels, simples ou répétitifs. Le deuxième fait appel à des mécanismes de type hypothético-déductif; ce serait le cas des travaux plus qualifiés présentant souvent des situations nouvelles et complexes. On peut penser, ici, au processus de diagnostic d'une pathologie.

Dans la même ligne de pensée, plusieurs processus mentaux à exécuter simultanément augmentent la charge quantitative, la capacité de traitement mental ne s'exerçant que sur un seul processus à la fois (ANACT, 1981).

De plus, certains travaux suggèrent que la répartition de la charge dans le temps est un élément important de définition de la charge de travail: qu'il s'agisse de stabilité de la charge (Arsenault et Dolan, 1983) ou de travail hectique (Karasek *et al.*, 1981), ce dernier se rapportant à la répartition du travail dans le temps.

Dans l'évaluation de la charge mentale globale, la dimension quantitative et la dimension qualitative sont étroitement reliées. À un niveau de complexité donnée, plus le temps disponible pour réaliser le travail est faible, plus la charge sera élevée. C'est ce que la littérature désigne par le couple complexité-vitesse (ANACT, 1981; Guélaud *et al.*, 1975).

Des états de surcharge ou de souscharge peuvent occasionner des altérations de la santé. La non-utilisation des mécanismes de la pensée (souscharge) peut entraîner avec le temps une sclérose de ceux-ci, alors qu'une utilisation trop intense (surcharge) peut entraîner la fatigue puis le surmenage (Guélaud *et al.*, 1975; Frankenhaeuser et Gardell, 1976).

La charge affective

Plusieurs études traitant de la charge de travail suggèrent des éléments de définition de la charge «non physique» qui s'insèrent difficilement dans la définition de la charge mentale proprement dite. Par exemple, Pérusse (1984) parle d'insuffisance des ressources pour accomplir une tâche donnée. Cette insuffisance peut créer une surcharge en rendant la tâche plus difficile à réaliser ou les échéanciers plus difficiles à respecter, auxquels cas il s'agit de charge mentale. Par contre, cette insuffisance peut aussi créer, chez la personne concernée, une pression étrangère au processus mental, créant alors ce que nous appelons une charge affective.

Nous considérons aussi comme charge affective d'autres éléments: désaccord face à certains procédés ou certaines consignes (Mathieu, 1980), travail psychologiquement exigeant (Karasek *et al.*, 1981), travail comportant des exigences constantes d'amabilité et de politesse avec les clients (Dessors *et al.*, 1979).

On voit donc, selon la nature des variables discutées, qu'il existe une différence qualitative importante entre la charge mentale (cognitive) et la charge affective. La première fait référence à des exigences de travail qui sollicitent chez la personne sa capacité de réfléchir, de comprendre et de résoudre un problème. La seconde sous-entend une sollicitation des émotions et sentiments de la personne par certaines exigences de la tâche.

La définition conceptuelle est difficile à opérationnaliser du fait que certains des indicateurs des exigences de la tâche (par exemple, le type de patients ou l'insuffisance de ressources), peuvent produire les deux types de charge. C'est pourquoi il est nécessaire de poursuivre le travail de définition conceptuelle en y apportant des précisions plus poussées.

L'autonomie

L'autonomie et le contrôle sont généralement traités comme synonymes. Le Petit Robert définit l'autonomie comme «le droit de se gouverner par ses propres lois» ou «le droit de déterminer librement les règles auxquelles l'individu se soumet». Le contrôle, dans son sens figuré de maîtrise, rejoint la signification du terme «control» utilisé par les auteurs de langue anglaise.

Sutton et Kahn (1983) définissent le contrôle comme l'exercice d'influence sur les événements, les choses et les personnes. Ils font référence aux définitions du contrôle données par les sciences du comportement où celui-ci répond à un besoin vital de maîtriser son environnement. Les travaux cités font ressortir que la possibilité d'influencer son environnement a des conséquences importantes sur le bien-être des individus. Les auteurs retracent également le thème du contrôle dans la littérature sur le stress occupationnel. Ses éléments constitutifs sont: la participation au processus décisionnel, l'autonomie, l'autorité et le pouvoir.

Au plan individuel

Certains auteurs abordent la notion de contrôle ou d'autonomie sur le plan individuel. Karasek (1979) suggère le «job latitude» comme un puissant modérateur de l'effet du stress. Il définit la latitude comme étant le degré de contrôle potentiel sur les tâches à effectuer et sur la façon de se comporter dans la journée. Elle se rapporte à la fois à la possibilité de modifier le stress (effet direct ou antidote) et la possibilité de décider de la réponse à des demandes environnementales (effet modérateur). Dans une étude ultérieure, Karasek suggère que ce sont les contraintes à la prise de décision et non la prise de décision elle-même qui sont associées à une tension psychologique élevée et éventuellement à une maladie cardio-vasculaire (Karasek *et al.*, 1981).

Frankenhaeuser (1981) écrit que, en psychologie, la possibilité d'exercer une certaine influence sur ses propres activités est un déterminant important du degré de difficulté des transactions entre l'individu et son environnement. Elle ajoute que la possibilité de contrôler son environnement facilite l'ajustement à la demande et augmente la capacité de l'individu à s'y adapter. Inversement, le manque de contrôle peut avoir des conséquences négatives dont une attitude apprise d'impuissance qui, à son tour, peut mener à la dépression.

Caplan *et al.* (1975) ont trouvé une relation entre le manque de participation au processus de prise de décision, l'ennui et l'insatisfaction au travail. Ces variables étaient en plus prédictives d'anxiété, de dépression et de symptômes divers.

Au plan organisationnel

D'autres auteurs traitent du contrôle ou de l'autonomie sur le plan organisationnel. Zaleznik *et al.* (1977) ont établi qu'un mode d'organisation bureaucratique accompagné d'une absence de pouvoir, contribue à la création d'un environnement chargé de stress et, plus tard, à la formation de symptômes découlant de celui-ci. Ils ont démontré que les individus occupant des niveaux hiérarchiques supérieurs sont mieux placés pour réagir contre des règles, et qu'ils savent mieux utiliser les variables organisationnelles à leur avantage parce qu'ils ont une meilleure compréhension des relations de pouvoir. C'est aussi l'une des conclusions de Turcotte (1980), qui rejette l'hypothèse de l'augmentation du stress organisationnel avec le niveau hiérarchique.

De ce qui précède, il se dégage deux dimensions importantes de l'autonomie. Elle concerne d'abord l'individu et son travail, la tâche qu'il a à accomplir et la possibilité d'organiser le contenu, les méthodes, la séquence de travail ou les priorités, la vitesse ou le rythme de son travail (Karasek, 1979; Karasek *et al.*, 1981; Sutton et Kahn, 1983). Il y a aussi le contrôle qui concerne l'environnement de travail plus général; il est davantage fonction de la position hiérarchique et du processus de prise de décision dans l'organisation (Zaleznik *et al.*, 1977; Turcotte, 1980). Il est suggéré que les deux dimensions ont à la fois une possibilité d'effet direct ou d'un effet modérateur sur la charge de travail.

Le soutien social

Le travail s'exécute le plus souvent en compagnie d'autres personnes, sous la supervision d'un ou plusieurs individus et/ou avec l'aide d'autres. Les caractéristiques du travail, ses exigences et conditions d'exécution sont le plus souvent transmises ou fixées par des individus avec lesquels la travailleuse est en interaction. Le travail est donc un phénomène social. Or, depuis les travaux de Kahn *et al.* (1964) sur le stress occupationnel, on a remarqué que le soutien social, c'est-à-dire le soutien offert par les collègues et le superviseur tel que perçu par le travailleur, influence le niveau de stress qu'il ressent (Caplan *et al.*, 1975; Pinneau, 1975).

Ainsi, la façon dont sont communiquées les normes de rendement, tant dans le ton de la voix, menaçant ou compréhensif, que le nombre de fois qu'el-

les sont rappelées, influence le stress que ces demandes exercent sur la personne qui les reçoit. De même, plusieurs autres facteurs influencent la charge de travail perçue. Mentionnons à titre d'exemples, la collaboration des collègues, leur acceptation du travailleur, les possibilités de discuter avec ces personnes des conditions de travail et de leurs effets sur les travailleurs, de même que le degré de difficulté avec lequel le travailleur obtient de ses collègues et superviseur l'information et les ressources nécessaires à l'exécution de son travail. Ainsi, les perceptions qu'ont les travailleurs des caractéristiques de leur travail sont les fruits d'un processus social.

Plusieurs études furent aussi menées auprès de diverses populations pour mieux comprendre ce qu'est le soutien social et ses effets sur la santé physique et mentale (Cobb, 1976; LaRocco *et al.*, 1979; LaRocco et Jones, 1978; Pinneau, 1975; House et Wells, 1978; Caplan, 1972). Les auteurs ont tantôt défini le phénomène comme une perception (Cobb, 1976), un comportement (Caplan *et al.*, 1975) ou une relation de soutien. Nous dégageons des discussions de ces auteurs deux dimensions importantes du soutien social: le soutien cognitif lié à l'appartenance à des réseaux sociaux, et le soutien affectif dans l'expérience de relations personnelles intimes.

Le soutien cognitif

Dans le cadre de leur travail, les individus doivent généralement échanger de l'information, collaborer dans l'exécution du travail ou encore contrôler le travail d'une autre personne. Même lorsque le travail est réalisé sans interaction avec d'autres, au cours du processus d'exécution, il est généralement destiné à d'autres. L'appartenance du travailleur à un ou plusieurs réseaux plus ou moins complexes est donc le plus souvent une condition essentielle pour l'acquisition des informations nécessaires à l'exécution de sa tâche. Le terme réseau est utilisé en référence à des ensembles de relations inter-individuelles, formelles ou non, et relativement stables dans le temps. L'absence de tels réseaux rend plus difficile l'exécution de la tâche et augmente objectivement la charge de travail de l'individu, particulièrement la charge cognitive, puisque ce dernier doit recourir à d'autres moyens pour obtenir l'infor-

mation nécessaire. Les réseaux sont donc source de soutien cognitif.

L'appartenance à un réseau crée aussi un ensemble d'obligations mutuelles. On peut s'attendre à ce qu'elles portent sur d'autres objets d'échange comme l'aide physique, politique ou cognitive entre collègues et même entre supérieur et subordonnés. Une personne appartenant à un réseau sait alors qu'elle peut compter sur d'autres tant pour de l'information et de l'aide que pour le développement de ses connaissances et habiletés. L'appartenance à des réseaux sociaux influence donc la capacité de l'individu à répondre aux exigences de l'emploi de même qu'à ses besoins de relations sociales et de croissance personnelle.

Le soutien affectif

La deuxième dimension du soutien social est l'expérience d'une ou plusieurs relations personnelles intimes. Elle réfère donc aux perceptions qu'a l'individu de ses possibilités de partager avec d'autres ses sentiments, émotions, craintes et attentes: c'est le soutien affectif. Il s'agit d'opportunités de dépasser les rôles formels pour échanger des informations beaucoup plus personnelles et intimes (échecs, sentiment d'incompétence, aspirations). Ce sont des relations privilégiées et a fortiori moins nombreuses que les premières. Leur objet est moins clair et possiblement plus difficile à partager. Nous croyons que cette deuxième dimension du soutien permet de modifier la charge affective du travail puisque l'individu peut ou non partager et obtenir de l'aide pour répondre à cette dimension de sa charge de travail.

Les sources de soutien social

Dans le contexte du travail, les collègues et les superviseurs sont les deux sources de soutien social les plus fréquemment étudiées (House et Wells, 1976; Caplan *et al.*, 1975; Pinneau, 1975). Ce sont d'ailleurs les personnes les mieux placées pour offrir un soutien cognitif et physique au travail. Par contre, les amis, les conjoints et les membres de la famille peuvent aussi offrir un soutien plus personnel, c'est-à-dire le soutien affectif (Wortman, 1976, 1978; Pinneau, 1975).

Nous nous sommes donc intéressés aux deux types de soutien social, soit le soutien affectif et le soutien cognitif. Chacun de ces types de soutien peut modifier soit la charge de travail, soit l'effet de la

charge sur la santé du travailleur. Nous noterons, dans les paragraphes qui suivent, les liens entre la charge mentale et le soutien cognitif et entre la charge affective et le soutien affectif. Nous ne proposons pas de relations exclusives entre un type de charge et un type de soutien, mais plutôt une dominante. Finalement, nous privilégions l'étude du soutien offert par les membres de l'organisation puisque c'est sur lui seul que peut porter l'intervention de l'organisation. Celle-ci peut en effet redéfinir les tâches et la structure de l'organisation, les mécanismes de contrôle et de coordination, de manière à réduire les effets délétères du travail.

Liens entre les trois dimensions

Notre modèle conceptuel présenté à la Figure 2 s'appuie sur l'hypothèse de liens étroits entre la charge de travail, l'autonomie et le soutien social dans la genèse des problèmes de santé pouvant être associés à certains types d'emplois.

Selon ce modèle, la source potentielle de problèmes de santé est la charge de travail. Des exigences de travail au-dessus des capacités normales de récupération et d'adaptation de l'organisme, tant sur le plan physiologique que psychologique, amèneraient de la fatigue physique et mentale et/ou de la tension psychologique. La présence d'autonomie et

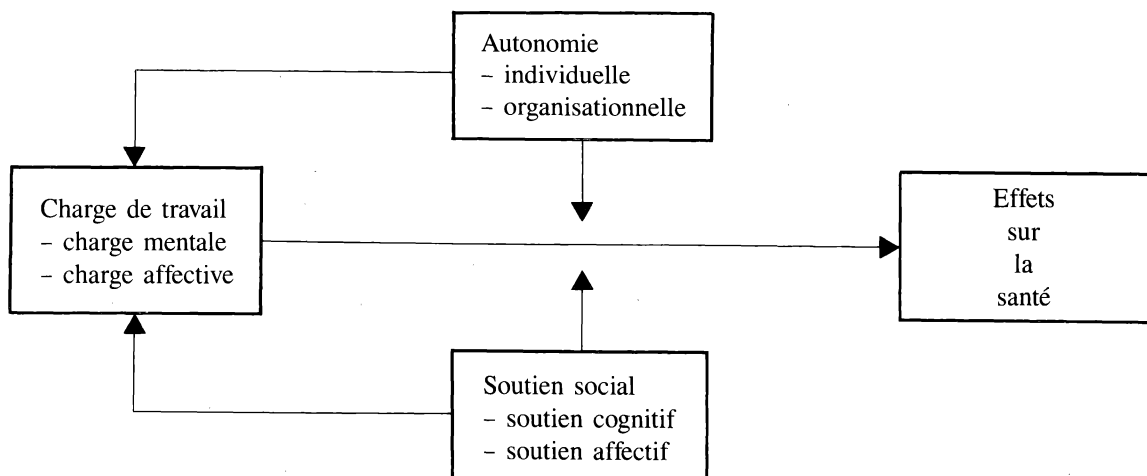
de soutien social jouerait un rôle protecteur face à une charge de travail inadéquate. Leur absence pourrait amplifier les effets néfastes de cette charge.

Dans un premier temps, soutien et autonomie pourraient avoir une influence directe sur la charge de travail, en la modifiant. Par exemple, un bon soutien de type cognitif ou instrumental peut faire en sorte que les collègues de travail fournissent facilement à la titulaire d'un poste toute l'information dont elle a besoin pour effectuer la tâche; ceci a pour effet d'atténuer la charge mentale. Dans le même ordre d'idées, il se peut qu'une charge affective élevée soit causée directement par un soutien inadéquat au niveau affectif. D'une façon similaire, l'autonomie peut permettre à la titulaire d'un poste de répartir la charge de travail d'une façon plus uniforme. Enfin il semble que le contrôle sur la tâche, dans la mesure où il permet à la personne de susciter une redéfinition de sa tâche et ainsi d'en éliminer les aspects sur lesquels elle est en désaccord, aurait pour effet de réduire directement la charge affective.

Dans un deuxième temps, les mêmes variables d'autonomie et de soutien ont possiblement un effet modérateur qui, plutôt que d'influencer directement la charge, en atténuent ses effets. C'est l'hypothèse que suggèrent Karasek *et al.* (1981) lorsqu'ils étudient le lien entre la latitude décisionnelle, la char-

FIGURE 2

Relations entre la charge, l'autonomie et le soutien social dans la genèse des problèmes de santé



ge de travail et les symptômes cardio-vasculaires. Lors d'études effectuées auprès de travailleurs américains et suédois (Karasek, 1979; Karasek *et al.*, 1981), ces auteurs démontrent une association entre la demande ou la charge de travail et le développement de maladies cardio-vasculaires. Selon eux, le stress psychologique et ensuite la maladie somatique sont le résultat de l'interaction entre la demande et le manque de contrôle que peut exercer le travailleur sur cette demande. On peut également penser au soutien social comme à une soupape de sécurité permettant de libérer certaines frustrations engendrées par une charge de travail inadéquate, sans pour autant avoir d'effet direct sur la charge.

Les travaux de Sutton et Kahn (1983) vont dans le même sens. Ils ont suggéré que lorsqu'un agresseur ponctuel et prévisible est compris et contrôlé par l'individu, ses effets néfastes sur la santé sont atténués. Leur hypothèse concerne également la possibilité d'agir directement sur les conditions objectives du stress pour les modifier (antidote) ou la possibilité de modifier la façon dont le stress est reçu et les réactions qui en découlent (modérateur). Il serait intéressant de vérifier si cet effet antidote ou modérateur dans une situation de stress aigu comporte son corollaire dans une situation d'exposition chronique, par exemple, dans un contexte de travail où certaines conditions présentent des éléments d'agression chronique comme au service d'admission d'un hôpital psychiatrique.

Gardell (1977) considère le niveau de latitude et d'utilisation des compétences dans l'exécution du travail comme les deux éléments reliés au contenu de la tâche qui ont une importance fondamentale dans la satisfaction des besoins humains de base au travail. Il met aussi l'accent sur la difficulté d'interaction avec les collègues de travail et la désigne comme une source additionnelle d'aliénation au travail. On reconnaît bien, dans les préoccupations de Gardell, les dimensions de notre modèle conceptuel. La latitude désigne l'autonomie dans la détermination des méthodes et du rythme du travail; l'utilisation des compétences concerne la charge de travail en termes de surcharge ou de souscharge (déqualification), et l'interaction avec les collègues se rapproche de la notion de soutien social.

Voyons maintenant le potentiel de notre modèle à rendre compte des résultats de deux recherches sur la charge de travail des infirmières.

Une étude ergonomique de Theureau (1980) s'intéresse à la composition de l'ensemble de la journée de travail d'une infirmière. En utilisant une méthodologie d'observation, il analyse les activités, les échanges parlés et les déplacements d'une infirmière pendant une journée de travail. L'auteur met en évidence les éléments de charge du travail infirmier: 1^o la complexité et les variations de la structure temporelle de la journée de travail sont fonction du ratio patient/personnel, du nombre d'admissions et du nombre d'opérés; 2^o la structure relationnelle est mesurée par le nombre d'intervenants et de patients avec lesquels l'infirmière est en interaction; 3^o la structure de l'espace du travail incorpore les déplacements nécessités par l'organisation physique des lieux et la répartition des patients.

Theureau conclut à la nécessité d'enrichir le travail infirmier dans le sens d'une relation plus individualisée avec les malades, d'une structure relationnelle plus satisfaisante avec le reste de l'équipe de soins et de meilleures conditions d'accès et de traitement de l'information. Dans cette étude, le volet relationnel fait référence à la charge affective telle que définie précédemment, alors que le traitement d'information implique plutôt la charge mentale, cognitive.

L'étude de Gadbois (1980) traite des exigences du travail hospitalier de nuit comme facteurs de charge de travail. L'auteur aborde le problème de la mesure de ces exigences et suggère que la nature du service détermine en grande partie les caractéristiques des activités qui y sont effectuées. Aussi, il devrait y avoir une relative homogénéité de ces caractéristiques entre tous les services ayant une même spécialisation. Ceci indique la possibilité d'utiliser le département ou le service comme indicateur global de la charge de travail.

Selon Gadbois, les exigences du travail dépendent à la fois de la nature de la tâche et de l'intensité du travail. Trois indicateurs de l'intensité sont identifiés: 1^o une évaluation différenciée de temps de soin selon le degré d'autonomie fonctionnelle des malades; 2^o la durée moyenne de séjour des malades dans un service (chaque nouveau malade nécessitant plus de temps de soins, de planification); 3^o le taux de

substitution des tâches entre différentes catégories de personnel qui est exprimé par le rapport entre le volume des tâches à effectuer et la disponibilité effective du personnel qualifié pour ces tâches.

Les exigences mentales impliquent le recueil et le traitement d'informations complexes nombreuses et constamment changeantes; ceci est dû au caractère à peu près unique de chaque malade, à la circulation des informations à l'intérieur d'un vaste réseau incluant les membres de l'équipe soignante, du département et du service de l'hôpital, au caractère fluctuant de l'information et aux tâches de vigilance liées à l'évolution de l'état du malade. Les indicateurs de charge mentale sont liés à la nature des malades traités, à l'instabilité de leur état, à la fréquence globale des situations d'incertitude et à la variabilité des tâches. Cette dernière est fonction du degré d'homogénéité des malades dans le service.

Enfin, les exigences de la tâche sont liées à la signification sociale du travail avec des patients très malades ou dont le pronostic est mauvais. On reconnaît ici des aspects de la charge affective. Ces exigences sont aussi liées à l'isolement social. Elles sont surtout présentes au cours du travail de nuit qui réduirait la possibilité de trouver le soutien affectif sur les lieux et en dehors du travail.

Ces deux études appuient la validité de notre modèle conceptuel tout en permettant de préciser certains indicateurs opérationnels de ses grandes dimensions.

CONCLUSION

Le présent article a fait le bilan des connaissances sur les éléments de l'organisation du travail infirmier susceptibles d'occasionner chez les infirmières des problèmes de santé. L'hétérogénéité des études et des résultats a démontré la nécessité de mieux cerner la problématique qui servira de cadre de référence à nos travaux de recherche. Nous nous sommes donc attardés à élaborer un modèle que nous avons voulu, à la fois, général dans son expression conceptuelle et spécifique dans son application au travail infirmier.

La prochaine étape consistera en l'opérationnalisation de notre modèle, c'est-à-dire l'élaboration d'instruments de mesure de la charge de travail, de

l'autonomie et du soutien social chez les infirmières d'un centre hospitalier psychiatrique. Ceux-ci serviront à déterminer dans quelle mesure les dimensions de l'organisation du travail qu'ils évaluent sont associées aux problèmes de santé des infirmières. Selon les résultats obtenus, notre modèle sera appliqué à d'autres populations de travailleuses et travailleurs, dans d'autres types d'emploi.

NOTE

1. Dans cet article, la population étudiée est principalement celle des infirmières en milieu psychiatrique; aussi le genre féminin sera privilégié dans le texte. Toutefois, lorsque les recherches auxquelles nous faisons référence n'ont pas tenu compte du sexe des sujets dans leurs travaux, nous utiliserons le masculin pour en traiter.

RÉFÉRENCES

- ANACT, 1981, *Charge physique et charge mentale*, Fiche 3, Montrouge, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
- ARSENAULT, A., DOLAN, S., 1983, *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*, Montréal, IRSST.
- BASCOM BILODEAU, C., 1973, The nurse and her reactions to critical care nursing, *Heart Lung*, 2, N° 3, 358-63.
- BEAUDIN, L., ELIE, R., LAMONTAGNE, Y., 1982, Satisfaction au travail du personnel infirmier dans un hôpital psychiatrique, *Adm. Hosp. Soc.*, 41-6.
- BEEHR, T.A., WALSH, J.T., TABER, T.D., 1976, Relationship of stress to individually and organizationally valued states: higher order needs as a moderator, *J. Appl. Psychol.*, 61, N° 1, 41-7.
- BOUCHER, P., 1978, *Le niveau de stress chez l'infirmière soignante en milieu hospitalier*, Thèse de maîtrise en Nursing, Université de Montréal.
- BOULARD, R., PÉRUSSE, M., 1982, *La charge mentale*, Section du recueil de textes pour le cours Aspects psycho-sociaux en santé au travail, SAT-63334, Université Laval.
- CAPLAN, R.D., 1972, *Organizational Stress and Individual Strain: a Social Psychological Study of Risk Factors in Coronary Heart Disease Among Administrators, Engineers and Scientists*. Dissertation Abstract International, vol. 32: 6706b-6707b (U. Microfilms no 72-14822).
- CAPLAN, R.D., COBB, S., FRENCH, J.R.P., HARRISSON, R., PINNEAU, S.R., 1975, *Demands and Worker Health: Main Effects and Occupational Differences*, U.S. Department of Health Education and Welfare, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.
- COBB, S., 1976, Social support as a moderator of life stress, *Psychosom. Med.*, 38, 300-14.
- DE SEVE, N., 1984, *Entretien avec la responsable d'une recherche sur les conditions de travail des infirmières du FQII*, avril.
- DESSORS, D., TEIGER, C., LAVILLE, A., GADBOIS, C., 1979, Conditions de travail des opératrices des renseignements téléphoniques et conséquences sur leur santé et leur vie personnelle et sociale, *Arch. Mal. Prof.*, 40, N° 3-4, 469-500.

- DOLAN, S., ARSENAULT, A., 1980, *Stress, santé et rendement au travail*, École des Relations Industrielles, Monographie n° 5, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- DUXBURY, M.L., AMSTRONG, G.D.F., DREW, D.J., HENLY, S.J., 1984, Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in NICU, *Nurs Res.*, 22, N° 2, 97-101.
- DUXBURY, M.L., THIESSEN, V., 1979, Staff nurse turnover in NICU, *J. Adv. Nurs.*, 4, 591-602.
- EINSIEDEL, A., 1981, Methodological Considerations in studying the burnout phenomenon, in Jones, J.W., ed., *The Burnout Syndrome*, London House Press, Park Ridge, II, 89-106.
- FRANKENHAEUSER, M., 1981, Coping with stress at work, *Int. J. Health Services*, 11, N° 4, 491-510.
- FRANKENHAEUSER, M., GARDELL, B., 1976, Underload and overload in working life: outline of a multidisciplinary approach, *J. Hum. Stress*, 2, 35-46.
- FREUDENBERGER, H.J., 1974, Staff Burn-out, *J. Soc. Issues*, 30, N° 1, 159-66.
- GADBOIS, C., 1980, Les exigences du travail hospitalier de nuit comme facteurs de la charge de travail, *Le travail humain*, 43, N° 1, 17-31.
- GARDELL, B., 1977, Autonomy and participation at work, *Human Relations*, 30, N° 6, 515-33.
- GENTRY, W.D., FOSTER, S.B., FROEHLING, S., 1972, Psychologic response to situational stress in intensive and non intensive nursing, *Heart Lung*, 1, N° 6, 793-96.
- GUELAUD, F., BEAUCHESNE, M.N., GAUTRAT, J., ROUSTANG, G., 1975, *Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise*, Armand Colin, Paris.
- HAY, D., OKEN, D., 1972, The psychological stresses of ICU nursing, *Psychol. Med.*, 23, N° 2, 109-18.
- HOUSE, J.S., WELLS, J.A., 1978, Occupational stress, social support and health, in Alan McLean, A., Black, G., Colligan, M., eds, *Reducing Occupational Stress: Proceedings of a Conference*, US Department of Health, Education and Welfare, New NIOSH Publication n° 78-140.
- IVANCEVITCH, J.M., MATTESON, M.T., 1980, Nurses and stress: time to examine the potential problem, *Supervisor Nurse*, June, 17-22.
- JACOBSON, D.S.F., 1978, Stressful situations for neonatal intensive care nurses, *M.C.N.*, 3, 144-150.
- JONES, J.W., 1981, *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions*, London House Press, Illinois.
- KAFRY, D., PINES, A., 1980, The experience of tedium in life and work, *Hum. Rel.*, 33, 498-503.
- KAHN, R.L., WOLFE, P.M., QUINN, R.P., SNOCK, J.D., ROSENTHAL, R.R., 1964, *Organizational Stress Studies in Role Conflict and Ambiguity*, Wiley, New York.
- KARASEK, R., 1979, Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, *Adm. Sci. Quart.*, 24, 285-308.
- KARASEK, R., BAKER, D., MARXER, F., AHLBORN, A., THEORELL, T., 1981, Job Decision latitude job demands, and cardio-vascular disease: A prospective Study of Swedish Men, *Am. J. Public Health*, 71, 694-705.
- KASL, S.V., 1978, Epidemiological contributions to the study of work stress in Cooper, Payne, eds., *Stress at Work*, Wiley, Toronto, 3-51.
- LAROCCO, J.R., HOUSE, J.S., FRENCH, J.R.P., 1979, Social support, occupational stress and health, *J. Health Soc. Beh.*, 21, 202-218.
- LAROCCO, J.R., JONES, A.P., 1978, Co-worker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations, *J. Appl. Psychol.*, 63, 629-34.
- LAROCCO, J.R., JONES, A.P., 1978, *The Influence of Work Group Inter-dependence on the Effects of Job Stress*, Paper presented to the American Psychological Association, Toronto.
- MATHIEU, R., 1980, *Étude du stress professionnel des chauffeurs d'autobus: relations entre la perception du travail, le stress et la santé psychologique*, Thèse de doctorat, Département de Psychologie Industrielle, Université de Montréal.
- MALONEY, J.P., 1982, Job stress and its consequences on a group of intensive care and non intensive care nurses, *Adv. Nurs. Sci.*, 4, 31-42.
- MASLACH, C., PINES, A., 1978, Characteristics of staff burnout in mental health settings, *Hosp. Comm. Psychiatr.*, 29, 233-7.
- MATTESON, M.T., IVANCEVICH, J.M., 1979, Organizational stressors and hearth disease: a research model, *Acad. Manag. Rev.*, 4, 347-57.
- MCBRIDE, A., 1983, La dépression d'épuisement: phénomène possible? probable? évitable?, *Santé Mentale au Canada*, mars, 2-3 et 22.
- MCGRATH, J.E., ed., 1970, *Social and Psychological Factors in Stress*, Holt Rinehart and Winston, New York.
- MCGRATH, J.E., 1976, Stress and behaviour in organizations, in ed., *Handbook and Industrial and Organizational Psychology*, Rand McNally, Chicago, 11, 1351-95.
- Ministère des Affaires sociales, 1981, *Statistiques concernant les salariés du niveau syndicable du secteur des Affaires sociales, période du 1er janvier 1979 au 31 décembre 1979*, Direction générale des relations de travail, Québec.
- MOHL, P.C., DENNY, N.R. MOTE, T.A., COLDWATER, C., 1982, Hospital stressors that affect nurses: primary task vs social factors, *Psychosomatics*, 23, 336-74.
- NEWLIN, N., WELLISCH, D., 1978, The oncology nurse: life on an emotional roller coaster, *Center Nursing*, 1, 447-9.
- PÉRUSSE, L., 1984, *Étude des facteurs perçus de stress auprès d'une population de cadres québécois*, Thèse de doctorat, Département de Relations Industrielles, Université Laval.
- PÉRUSSE, M., DRABKIN, P., PELLETIER, M., LANDRY, M., LAVOIE-DUVAL, F., LEBLANC, M.F., 1984, *Les effets du travail en milieu hospitalier psychiatrique sur la santé des travailleurs*, Rapport de recherche, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- PINNEAU, S.R., 1975, *Effect of Social Support on Occupational Stresses and Strains*, Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- PINNEAU, S.R., 1975, *Effects of Social Support on Psychological and Physiological Stress*, Doctoral thesis, University of Michigan, Ann Arbor.
- PINES, A., MASLACH, C., 1978, Characteristics of staff burnout in mental health settings, *Hosp. Comm. Psychiatr.*, 29, 233-7.
- PINES, A., MASLACH, C., 1980, Combatting staff burnout in a day care center. A case study, *Child Care Quart.*, 9, 5-16.
- PRICE, M.E., 1979, Why NICU nurses burnout and how to prevent it, *Contemp. Obs. Gen.*, 13, N° 3, 37-46.
- SUTTON, R.I., KAHN, R.L., 1983, *Prediction, Understanding and Control as Antidotes to Organizational Stress*, Texte d'une conférence présentée à l'Université Laval.
- Syndicat des travailleurs de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 1984, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur la qualité des soins donnés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Montréal.
- THEBAUD, A., LERT, F., 1983, Absentéisme et santé: une revue

- critique de la littérature, *Sci. Soc. Santé*, 2, 7-24.
- THEUREAU, J., 1980, La programmation de son travail par l'infirmière des soins hospitaliers, in *Équilibre ou fatigue par le travail*, Entreprise Moderne d'Édition, Paris.
- TURCOTTE, P.R., 1980, Élaboration et validation d'une échelle des agents de stress dans les organisations, *Relations industrielles*, 35, 494-514.
- WORTMAN, C.B., 1976, Causal attribution and personal control, in Harvey, J., ed., *New Directions in Attribution Research*, New Jersey, 23-52.
- WORTMAN, C.B., 1978, *Psychological Reactions to uncontrollable Life Events*, Projet de recherche soumis au National Science Foundation, Washington, DC.

- ZALEZNIK, A., KETS DE VRIES, M.R.F., HOWARD, J., 1977, Stress reactions in Organizations: syndromes, causes and consequences, *Behav. Sci.*, 22, 151-62.

SUMMARY

This article covers the actual knowledge on the organization of infirmary work and its effects on nurses' physical and mental health. Then it proposes a conceptual model to study the question. This model is concerned with the relationship between the work load, a potential source of health problems and the autonomy and the social support which may relieve the load or its effects.