

# **Bilan des causes d'invalidité chez les infirmières québécoises**

**Jacqueline Dionne-Proulx**

*Disability Causes in Quebec Nurses: an evaluation.* More and more data demonstrate that nursing can be a particularly stressful career (Jones, 1987). One of the objectives of this study was to determine if the work organisation and its resulting stress had long-term effects on the health of Quebec nurses. The second objective was to confirm the results from our first analysis through empirical research. This study has determined a main target regarding preventive strategies for these professionals: mental health.

*Key words:* Mental health, psychological distress, work organization, permanent disability, nurses.

Il existe de plus en plus de données qui démontrent que la profession d'infirmière peut s'avérer particulièrement stressante (Jones, 1987). La présente recherche a été entreprise, d'une part, afin de déterminer si l'organisation du travail et le stress qui en résulte ont des conséquences à long terme sur la santé des infirmières québécoises et, d'autre part, pour tenter, à partir de rapports de recherches empiriques, de confirmer les résultats de notre première analyse.

Cette recherche a permis de déterminer une cible prioritaire en matière de stratégies préventives pour ces professionnelles: la santé mentale.

*Mots clés :* santé mentale, détresse psychologique, organisation du travail, stress, invalidité permanente, infirmières.

L'intérêt des chercheurs pour les relations entre le stress et les problèmes de santé physique et mentale s'est traduit par une quantité appréciable de publications au cours des deux dernières décennies. La recherche recense certains problèmes de santé majeurs, tels l'hypertension, l'augmentation du taux de cholestérol sanguin, les troubles gastro-intestinaux et les problèmes cardiaques, ainsi que d'autres désordres physiques mineurs (Pépin, 1991). Le stress au travail a également un impact important sur la santé mentale des travailleurs. La plupart des recherches sur le sujet ont, en fait, utilisé des indicateurs de détresse psychologique comme l'anxiété, la dépression (Cooper et Roden, 1985 ; Van Ameringen et Arsenault, 1990), l'irritation (Van Ameringen et Arsenault, 1990) et la diminution de l'estime de soi (French, Caplan et Van Harrison, 1982) pour mesurer la santé mentale. Par ailleurs, Streptoe (1991) constate que les liens entre l'organisation du travail, le stress et les maladies (physiques et mentales) n'ont pas été étudiés. Par maladie mentale, il faut entendre un syndrome ou un ensemble comportemental ou psychologique cliniquement significatif et typiquement associé à un symptôme de détresse ou à l'incapacité de fonctionner (Pichot et Guelfi, 1983).

---

*Jacqueline Dionne-Proulx a obtenu un doctorat en relations industrielles de l'Université Laval. Elle est, depuis 1989, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières au Département d'administration et d'économique. Auparavant, elle a occupé différents postes d'infirmière et de gestionnaire dans le réseau de la santé. Elle s'intéresse particulièrement à la gestion de la santé et sécurité du travail.*

Les recherches menées auprès des infirmières indiquent que les difficultés qu'elles vivent dans l'exercice de leur profession (charge de travail, problèmes de rôle...) sont étroitement associées à l'épuisement professionnel (Duquette, Kérouac et Beaudet, 1990), à des désordres psychosomatiques et somatiques (Walters et Haines, 1989; Jamal, 1990) et à des problèmes émotionnels (Motowildo, Packard et Manning, 1986 ; Walters et Haines, 1989; Olsson, Kandolin et Kaupinen-Toropainen, 1990).

La présente recherche a été entreprise, d'une part, afin de déterminer si l'organisation du travail et le stress qui y est associé ont des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale des infirmières et, d'autre part, pour tenter, à partir de rapports de recherches empiriques, de confirmer les résultats de notre première analyse.

Abordée sous cet angle, cette recherche permet de traiter la question du stress chez les infirmières de façon plus objective, au-delà des perceptions et des expériences individuelles. De façon plus précise, cette étude vise les objectifs suivants :

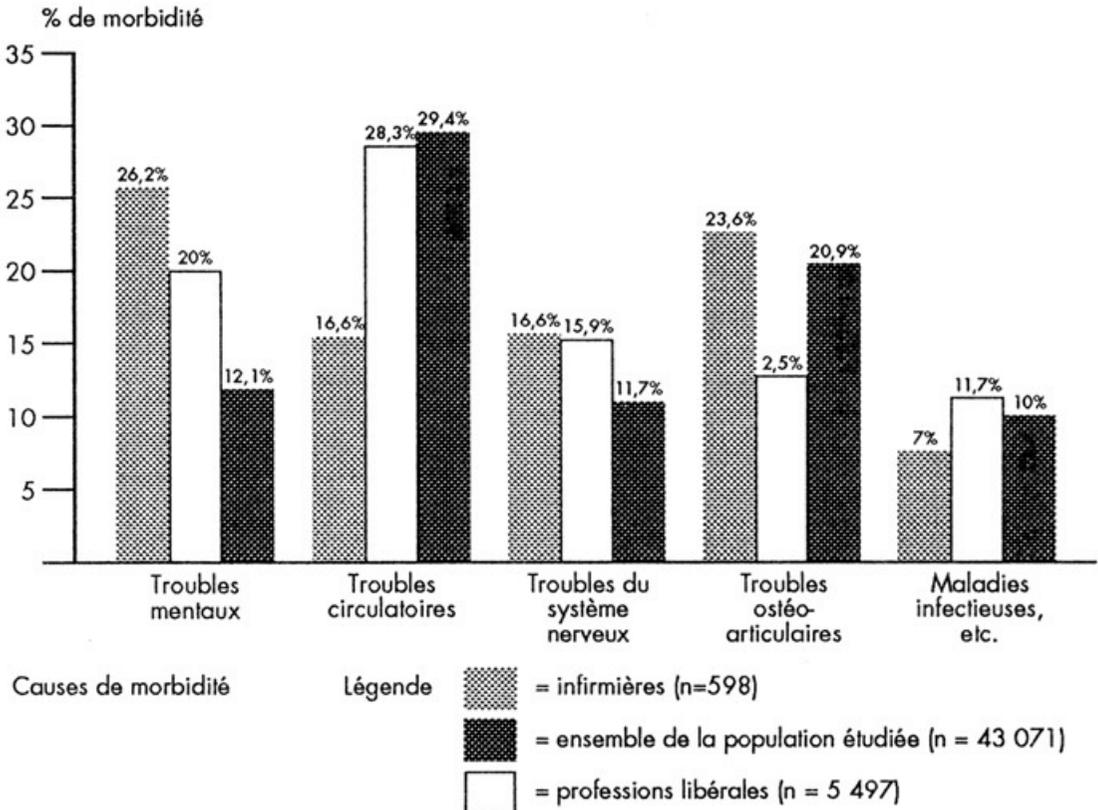
- dresser une synthèse des informations statistiques disponibles sur l'invalidité permanente des infirmières;
- comparer ce bilan à une population de référence et aux données empiriques existantes;
- établir des priorités de recherche et d'intervention auprès de ce groupe professionnel.

### La démarche

L'étude a été réalisée à partir du fichier informatique d'invalidité de la Régie des rentes du Québec (RRQ), organisme gouvernemental chargé de gérer le régime des rentes au Québec. Les informations recueillies concernent toutes les causes d'invalidité permanente telles qu'elles apparaissent sur le formulaire d'invalidité signé par le médecin et sont codifiées selon la classification internationale des maladies (CIMA) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1977)<sup>1</sup>, l'occupation du cotisant au moment de l'invalidité et son âge lors du versement du premier chèque. La première analyse descriptive, qui portait sur l'ensemble des dossiers actifs (n = 43 071), visait à déterminer quelle proportion des prestataires occupaient une profession libérale (professionnels, techniciens et administrateurs) au moment de leur invalidité. L'analyse des données pour les infirmières a permis de synthétiser les informations disponibles relativement à l'invalidité permanente telle qu'elle est reconnue par la RRQ. Le bilan obtenu a ensuite été comparé aux résultats pour l'ensemble des prestataires de rentes d'invalidité et à ceux d'un sous-groupe de référence (professions libérales). Ces données ont également été ventilées par groupes d'âge et par année de déclaration.

**Tableau 1**

**Pourcentage de morbidité pour les groupes « infirmières », « professions libérales » et « population totale étudié » en fonction des causes de morbidité**



La deuxième phase de l'étude consistait en une recension de la littérature scientifique ayant trait aux conditions de travail des infirmières et à leurs conséquences sur le plan de la santé physique et mentale.

Cette revue de la littérature avait pour but d'inventorier les domaines déjà étudiés et de voir si certaines recherches confirmaient les résultats obtenus en première analyse. Au terme de ces deux phases, certaines priorités de recherche et d'intervention se dégagent.

### Les résultats

L'analyse descriptive des données du fichier de la RRQ a permis d'établir à 43 071 le nombre total de rentes actives. Le nombre de cotisants qui occupaient une profession libérale au moment de leur invalidité était de 5 497, soit une proportion de 12,8%. Pour leur part, les infirmières totalisaient 0,01% de l'ensemble des invalidités avec 598 rentes (voir le tableau 1).

- L'analyse en fonction des causes d'invalidité est également fort révélatrice :
- sur l'ensemble des rentes chez les infirmières, 157 sont associées à des désordres mentaux, soit 26,2%. Cette proportion est beaucoup plus élevée que dans la population totale étudiée (12,1%) ou dans le sous-groupe «professions libérales» (20%);
  - les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables de 16,6% des invalidités comparativement à 28,3% pour le sous-groupe «professions libérales» et à 29,4% pour la population totale;
  - les troubles du système nerveux interviennent dans 16,6% des cas d'invalidité chez les infirmières, ce qui est sensiblement la même proportion que dans le sous-groupe «professions libérales» (15,9%);
  - les problèmes ostéo-articulaires comptent pour 23,6% de l'ensemble de leurs invalidités alors que ce pourcentage atteint 20,9% pour l'ensemble des bénéficiaires et 12,5% dans le sous-groupe «professions libérales»;
  - enfin, dans la catégorie «maladies infectieuses et parasitaires, tumeurs, maladies du sang et des organes hématopoïétiques, maladies des glandes endocrines et du métabolisme» les résultats sont relativement homogènes : les infirmières totalisent 7% contre 10% dans la population totale étudiée et 11,7% dans le sous-groupe «professions libérales». Ces cinq catégories regroupent 90% de l'ensemble des rentes actives chez les infirmières.

Lorsque les données sont ventilées par groupes d'âge, on constate que les infirmières se retrouvent en invalidité permanente relativement plus jeunes que les autres bénéficiaires de rentes (33,1% ont moins de 44 ans comparativement à 12,5% pour le groupe «professions libérales» et à 10% pour toute la population étudiée). L'écart se maintient toujours pour le groupe des 45-54 ans quoique de façon moins prononcée (32,3%, 22,7% et 18% respectivement (voir le tableau 2).

Ces résultats suscitent une réflexion sérieuse, d'autant plus que 30% des infirmières en invalidité à long terme pour troubles mentaux ont moins de 44 ans à la date de déclaration de leur invalidité alors que 39,5% ont entre 45 et 54 ans. En ce qui concerne les catégories «maladies du système nerveux»

**Tableau 2**

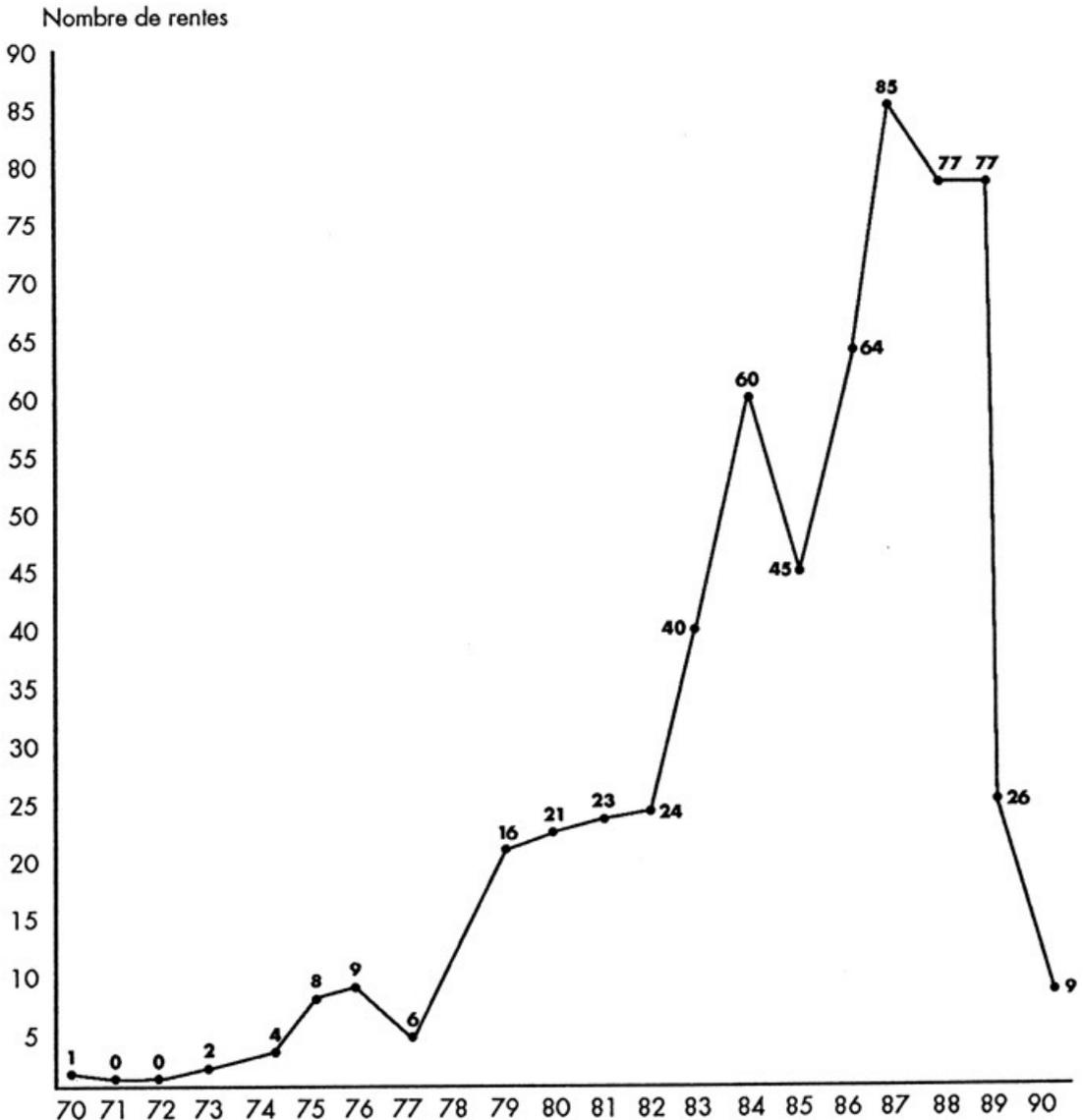
**Répartition des rentes d'invalidité en fonction de l'âge**

Catégories	Age (ans)							
	≤44		45-54		≥55		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population totale étudiée	4292	10	7771	18	31 008	72	43 071	100
Professions libérales	688	12,5	1249	22,7	3560	64,8	5497	100
Infirmiers(ères)	198	33,1	193	32,2	207	34,6	598	100

et «maladies du système osteo-articulaire, etc.» les pourcentages d'infirmières de moins de 44 ans atteignent respectivement 62,6% et 24,1%. La situation est très différente sur le plan des «troubles circulatoires» où 15,2% avaient moins de 44 ans au moment de leur invalidité. En poussant encore davantage l'analyse, cette fois en fonction de l'année d'invalidité, on obtient des résultats intéressants (voir le tableau 3). Entre 1970 (année d'entrée en vigueur du régime) et 1981, 114 cas d'invalidité ont été reconnus et indemnisés par la Régie. De 1982 à 1988, 439 infirmières ont quitté la vie active en raison d'une pathologie invalidante reconnue par la RRQ, les deux principales causes étant les troubles mentaux et les lésions ostéo-articulaires. Depuis 1989, le nombre de nouveaux cas d'invalidité tend à se stabiliser à des niveaux comparables à ceux des années 1975-1981.

**Tableau 3**

**Distribution numérique des rentes d'invalidité selon l'année en cause**



### Analyse de la documentation internationale

La documentation scientifique révèle que la profession d'infirmière est potentiellement stressante (Marshall, 1980) et que le phénomène va en s'amplifiant (Walters et Haines, 1989). On trouve divers facteurs de stress dans plusieurs facettes de la vie professionnelle et de la structure organisationnelle. Les facteurs de stress intrinsèques de l'emploi y sont décrits comme résultant de l'incertitude face aux traitements, l'inhabilité à satisfaire les attentes et les besoins des patients, des horaires de travail rotatifs, de la pression pour obtenir des résultats immédiats, des fréquentes interruptions, de la peur de faire des erreurs, des défaillances de l'équipement, des possibilités restreintes de carrière (Lee, 1987) et du fait de devoir côtoyer la souffrance et la mort (Cooper et Mitchell, 1990).

Les infirmières doivent également faire face à de nombreux problèmes de rôle (Jamal, 1984; Arsenault, Dolan, Van Ameringen, 1990; Walters et Haines, 1989). Elles sont appelées à travailler dans un contexte où leur sécurité d'emploi est menacée (Jick, 1987) en plus de vivre une disparité importante entre leur statut réel et celui auquel elles aspiraient (Jacobson et McGraw, 1983).

Elles doivent maintenir une relation empathique avec les patients mourants et leurs proches (Cooper et Mitchell, 1990) et certains malades difficiles (Shouksmith et Wallis, 1988). La structure et le climat organisationnels peuvent également créer un stress important lorsqu'ils réduisent les possibilités de soutien social (Cooper et Mitchell, 1990) et la participation aux décisions (Hingley et Cooper, 1986). On a établi des relations significatives entre certains facteurs de stress et des désordres psychosomatiques, notamment des symptômes ostéo-articulaires tels les maux de dos et les douleurs au cou et aux épaules (Walters et Haines, 1989; Olsson et al., 1990), des troubles gastro-intestinaux (douleurs à l'estomac, perte d'appétit, constipation), des problèmes de sommeil et la fatigue (Olsson et al., 1990; Estry-Behar et Fonchain, 1986), ainsi qu'une augmentation de l'hypertension artérielle diastolique (Van Ameringen, Arsenault et Dolan, 1988).

Le stress au travail a également un impact sur la santé psychologique des infirmières. La profession d'infirmière a été associée à l'épuisement professionnel (Duquette et al., 1990) comme plusieurs professions d'assistance à autrui. La recherche indique que le stress perçu est en relation avec divers problèmes émotionnels comme l'anxiété, l'irritation, la dépression (Walters et Haines, 1989; Van Ameringen et Arsenault, 1990; Motowildo, Packard et Manning, 1986), l'épuisement et la frustration (Olson et al. 1990). Humphrey (1988) conclut également que cette profession génère une très grande anxiété. Cette détresse psychologique semble avoir des répercussions importantes. Les infirmières présentent un des taux de suicide les plus élevés (Jones, 1987) et

elles sont fréquemment dirigées vers des soins psychiatriques (Humphrey, 1988). Il semble que les facteurs de stress inhérents à l'environnement hospitalier peuvent conduire au développement de désordres mentaux (Lee, 1987). Le fait que Parkes (1980) ait constaté des niveaux similaires de détresse chez les étudiantes infirmières et dans un large échantillon d'infirmières diplômées tend à confirmer cette hypothèse. Depuis, Van Ameringen et Arsenault (1990) ont analysé les relations entre les facteurs de stress et un indice global de santé mentale et sociale qui tient compte de la personnalité des individus. Ils ont découvert que ce sont principalement les facteurs de stress psychosociaux dans l'organisation du travail qui provoquent le détresse psychologique.

### **Discussion**

La présente recherche montre que les infirmières sont moins fréquemment atteintes de troubles de l'appareil cardio-vasculaire que les membres de tous les autres groupes d'emplois réunis (16,6% contre 29,4%). Cela confirme les résultats de Boulard (1980) concernant les pourcentages de décès dus aux maladies cardio-vasculaires au Québec. Ces maladies sont responsables de 26,7% des décès chez les travailleurs du secteur des Affaires sociales, de 48,5% chez les cadres, de 53,6% chez les professionnels et de 34,6% des décès dans l'ensemble de la population du Québec. Il est difficile de tenter une explication si ce n'est la répartition par sexe et par âge dans chacun des groupes. En effet, la part relativement faible des problèmes cardio-vasculaires chez les infirmières ne reflète-t-elle pas le fait que la profession regroupe surtout des femmes (94%)? Cette hypothèse est étayée par le fait que les femmes comptent seulement pour 26% de l'ensemble des rentes actives au Québec, alors qu'elles représentent près de 45% de la main-d'oeuvre active. Par ailleurs, si on isole le groupe des moins de 45 ans, elles comptent pour 62% des invalidités. Ces chiffres laissent supposer que certains ghettos d'emploi féminins sont particulièrement nocifs et entraînent la détérioration très rapide de l'état de santé et le vieillissement prématuré. Certains secteurs d'emplois féminins sont d'ailleurs reconnus pour l'intensité des contraintes de temps et d'organisation qui y règnent (Teiger, 1989).

L'analyse des données fait nettement ressortir un accroissement considérable du nombre de rentes permanentes chez les infirmières durant la période 1982-1988. À première vue, ces résultats étonnent puisque, la loi et la réglementation n'ont subi aucun changement pendant cette période. Quant au fichier, il doit constamment être mis à jour puisque son utilité principale est de fournir les données servant à l'émission des prestations d'invalidité. Il est donc très improbable qu'on y ait omis des dossiers avant 1982 et après 1988 puisque les prestataires auraient alors été privés de leurs rentes. Comment alors expliquer une telle augmentation? Tout porte à croire que les coupures budgétaires et la rationalisation des effectifs dans les années 1980 ont

fait grimper le nombre de rentes d'invalidité. Ceux et celles qui n'ont pu s'ajuster aux nouvelles exigences se sont retirés de la vie active à ce moment. Cette hausse remarquable du nombre de rentes d'invalidité a entraîné des coûts très importants pour la société québécoise, d'autant plus que les prestataires étaient relativement jeunes, comme nous l'avons déjà vu.

L'existence de problèmes mentaux graves qui sont responsables d'une très large proportion des invalidités permanentes chez les infirmières ne fait aucun doute. Plus de 26% des rentes actives chez les infirmières québécoises sont reliées à cette cause. Cette proportion est beaucoup plus élevée que pour l'ensemble des prestataires, pour qui ces problèmes sont responsables de 12,1% des rentes. Dans le sous-groupe «professions libérales», cette cause d'invalidité est responsable de 20% des rentes actives. La proportion élevée, dans la profession d'infirmières de femmes qui se trouvent parfois dans des situations difficiles tant dans leur milieu familial que dans leur environnement professionnel, ne constitue-t-elle pas l'explication la plus plausible? Déjà, l'enquête *Santé Québec*, 1987 indiquait que 26% de l'ensemble des femmes souffraient de détresse psychologique contre 16% des hommes. Cette enquête fait également ressortir que la détresse psychologique décroît au fur et à mesure que le niveau de scolarité s'accroît. La part relativement élevée de troubles mentaux pour la population d'infirmières serait-elle associée à une déficience de leur formation de base compte tenu du rôle et des exigences de la profession qui connaissent une transformation en profondeur? L'hypothèse est intéressante, mais il n'existe encore aucun consensus sur le sujet. Alors que la plupart des associations professionnelles d'infirmières à travers le monde, de même que les directeurs des programmes universitaires de sciences infirmières et les directeurs de soins infirmiers des établissements de santé québécois soutiennent que la formation en technique infirmière est insuffisante et que la formation universitaire doit être reconnue comme critère d'admission à la profession, le Rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers du Ministère de la Santé et des Services sociaux lui préfère l'expérience et la formation en cours d'emploi (OIIQ, 1989).

Par ailleurs, cette part relativement élevée des invalidités pour troubles mentaux ne peut être la conséquence d'une faible occurrence des autres pathologies puisque la fréquence globale d'invalidité chez les infirmières est à peu près équivalente à celle de la population générale soit 0,009% contre 0,013%.

La question est maintenant de savoir s'il existe un lien privilégié entre le stress inhérent aux conditions d'exercice de la profession infirmière et les troubles mentaux dont plusieurs membres de cette profession sont victimes au Québec. La présente étude ne permet pas de faire une telle association. D'une part, la catégorie «troubles mentaux» regroupe toute une panoplie de

désordres qui, dans certains cas, n'ont rien à voir avec le stress, et cela tant chez les infirmières que dans les groupes témoins. D'autre part, les statistiques de la RRQ ignorent les conditions dans lesquelles travaillent les prestataires au moment de leur invalidité de même que leurs antécédents professionnels. Toutefois, les écarts observés entre les groupes étudiés (26,2% pour les infirmières, 20% pour les professions libérales et 12,1% pour tous les prestataires de rentes d'invalidité au Québec) sont réels et reflètent les conditions de vie, notamment la vie professionnelle. Quant à la pertinence d'utiliser l'invalidité permanente pour mesurer les contraintes d'un métier donné, Vézina, Vinet et Brisson (1989) l'expliquent de la façon suivante. Alors que certaines caractéristiques de l'organisation du travail (facteurs de stress environnementales et organisationnelles, tels le bruit, les cadences et les gestes répétitifs...) peuvent être associées à des réactions physiologiques et à des problèmes de santé à court terme, les connaissances sont malheureusement plus pauvres en ce qui concerne les effets cumulatifs ou à long terme des divers paramètres de l'organisation du travail. Les contraintes méthodologiques (nature et intensité de l'exposition) ainsi que la difficulté de trouver un indicateur de santé acceptable et mesurable constituent les principales raisons de cette lacune. Même si le vieillissement prématuré constitue une mesure appropriée, il est encore difficile de l'utiliser. Le calcul du taux d'invalidité permanente dans une population donnée peut contribuer à contourner cette difficulté, car il recouvre le concept de vieillissement. Une telle mesure peut donc donner une bonne idée des effets à long terme du travail. Il serait, en effet, difficile de croire que les infirmières présentent des caractéristiques personnelles particulières qui mettent en péril leur équilibre mental. D'ailleurs, la littérature tend davantage à associer la détresse psychologique aux facteurs de stress psychosociaux dans l'organisation du travail (Van Ameringen et Arsenault, 1990).

Cette recherche a un poids certain. L'utilisation du fichier de la RRQ garantit la qualité de l'information sur la gravité de l'invalidité des infirmières. Elle permet de poser l'hypothèse d'un lien entre les caractéristiques de l'organisation du travail dans le milieu hospitalier et les problèmes mentaux dont plusieurs infirmières sont victimes au Québec. Cependant, une question subsiste en matière de prévention. Quelles sont les variables à l'origine de ces difficultés? La littérature propose déjà des embryons d'explications, notamment en ce qui a trait aux facteurs de stress psychosociaux dans l'organisation du travail. Il y a donc place pour des recherches plus approfondies en ce sens, qui utiliseraient des analyses longitudinales et qui tiendraient compte des pratiques de gestion dans les organisations, de la liberté de décision et des possibilités de soutien social. De telles recherches sont susceptibles de conduire à un diagnostic adéquat et, subséquemment, à des interventions préventives efficaces.

### Conclusion

Cette recherche a permis de dresser le bilan des causes d'invalidité chez les infirmières du Québec. Les constatations qui en découlent invitent à une réflexion sérieuse: les troubles mentaux sont à l'origine d'une proportion importante des invalidités permanentes, et les infirmières deviennent invalides relativement plus jeunes que l'ensemble des prestataires. Elles sont toutefois moins fréquemment atteintes de problèmes cardio-vasculaires que les autres professionnels.

Seules des études complémentaires permettraient d'établir adéquatement les facteurs à l'origine des troubles psychologiques dont traite la littérature. Par ailleurs, en faisant ressortir les causes d'invalidité chez les infirmières québécoises, cette recherche a permis de fixer une cible prioritaire en matière de stratégies préventives pour cette catégorie de travailleuses: la santé mentale.

### Références

- Arsenault, A., Dolan, S., Van Ameringen, M.R. (1990). "Le stress en salle d'urgence et aux soins intensifs : le passage à l'acte", *Objectif prévention*, 3-4.
- Boulard, R. (1980). *Les maladies cardio-vasculaires chez les employés de l'État du Québec : la relation avec le stress au travail*. Conférence prononcée au XVI<sup>e</sup> Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Toulouse.
- Cooper, C.L., Roden, J. (1985). Mental Health and Satisfaction among Tax Officers. *Social Science and Medicine*. 21, 747-751.
- Cooper, C.L., Mitchell, S. (1990). Nursing the Critically Ill and Dying, *Human Relations*, 43 (4), 297-311.
- Duquette, A., Kérouac, S., Beaudet, L. (1990). *Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier: un examen critique d'études empiriques*. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 1990.
- Estryn-Behar, M., Fonchain, F. (1986). Les troubles du sommeil du personnel hospitalier effectuant un travail de nuit continu. *Archives des maladies professionnelles*, 3, 167-172.
- French, J.R.P., Caplan, R.D., Van Harrison, R. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. New York: John Wiley and Sons.
- Hingley, P., Cooper, C.L. (1986). *Stress and the Nurse Manager*. New York: John Wiley and Sons.
- Humphrey, J.H. (1988). *Stress in the Nursing Profession*. Charles Thomas, Illinois.
- Jacobson, S.P., et McGraw, H.M. (1983). *Nurses under Stress*. New York: John Wiley and Sons.
- Jamal, M. (1984) "Job Stress and Job Performance Controversy: An Empirical Assessment", *Organization Behavior and Human Performance*, 33, 1-21.
- Jamal, M. (1984) Relationship of Job Stress and Type-A Behavior to Employees' Job Satisfaction, Organizational Commitment, Psychosomatic Health Problems and Turnover Motivation. *Human Relations*, 43, 727-738.
- Jick, T.D. (1987). Managing and Coping with Budget-Cut Stress in Hospital. In Payne, R., Firth-Cohens, J., (eds.), *Stress in Health Professionals*. Chichester: John Wiley and Sons.

- Jones, J. G. (1987). Stress in Psychiatric Nursing. In Payne, R., Firth-Cozens, J., (Eds.), *Stress in Health Professionals* (pp. 189-210). Chichester: John Wiley and Sons.
- Lee, C. (1987). Professionals in Medical Settings: The Research Evidence in the 1980s. In Ivancivich, J.M., Ganster, D.C., (Eds), *Job Stress: From Theory to Suggestion* (pp. 195-214). New York: Haworth Press.
- Marshall, J. (1980). Stress among Nurses. In Cooper, C.L., Marshall, J., (eds), *White Collar and Professional Stress*. John Wiley and Sons, Chichester.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête *Santé Québec*, 1987, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (1987). Rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmières, mars, p.80.
- Motowildo, S.J., Packard, J.S., Manning, M.R. (1986) Occupational Stress: Its Causes and Consequences for Job Performance. *Journal of Applied Psychology*, 1, 618-629.
- Olsson, K., Kandolin, I., Kauppinen-Toropainen, K. (1990). Stress and Coping Strategies of Three-shift Workers. *Le Travail Humain*, 53, 175-188.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1989). Hypertension, l'urgence des choix.
- Organisation mondiale de la santé (1977). *Classification internationale des maladies : manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Volumes 1 et 2, Genève.
- Parkes, K.R. (1982). Occupational Stress among Student Nurses: A Natural Experiment. *Journal of Applied Psychology*, 67, 784-796.
- Pépin, R. (1991). Diagnostic et gestion du stress au travail. *Gestion*, 16, 8-19.
- Pichet, P., Guelfi, J.D. (1983). DSM-III, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson; Paris.
- Shouksmith, G., Wallis, D. (1988) Stress amongst Hospital Nurses. In Wallis D., Wolff, C.J. (eds.), *Stress and Organizational Problems in Hospital Implications for Management*. London; Routledge, Chapman & Hall. 45-56.
- Streptoe, A. (1991) The Links Between Stress and Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(6), 633-644.
- Teiger, C. (1989). Le vieillissement différentiel dans et par le travail, un vieux problème dans un contexte récent, *Le travail humain*, 52, 21-56.
- Van Ameringen, M.R., Arsenault, A., Dolan, S.L. (1988). Intrinsic Job Stress and Diastolic Blood Pressure among Female Hospital Workers. *Journal of Occupational Medicine*, 30, 92-97.
- Van Ameringen, M.R., Arsenault, A. (1990). *Le stress au travail et la personnalité comme corrélats de l'état de santé mentale et sociale*. Rapport préparé à l'intention du conseil québécois de la recherche sociale, Groupe de recherche stress et santé au travail. 1990.
- Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C. (1989) Vieillesse prématurée associée à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement. *Le Travail Humain*, 52, 203-212.
- Walters, V., Haines, T. (1989) Workload and Occupational Stress in Nursing. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 21, 49-58.