

## TABLES DE MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTE DE FIGURE .....</b>	<b>viii</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....</b>	<b>ix</b>
<b>DÉDICACE.....</b>	<b>x</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>xi</b>
<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>xii</b>
<b>PREMIER CHAPITRE : LES DÉFIS LIÉS À L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS D'URGENCE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE RURALE : REVUE QUALITATIVE .....</b>	<b>1</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>2. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>7</b>
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>8</b>
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>13</b>
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>15</b>
<b>Annexe 1: Stratégie de recherche.....</b>	<b>21</b>
<b>DEUXIÈME CHAPITRE: LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES MÉDECINS DANS LES URGENCES RURALES ET URBAINES DU QUÉBEC : ÉTUDE PILOTE DESCRIPTIVE .....</b>	<b>22</b>
<b>RÉSUMÉ : .....</b>	<b>22</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>24</b>
<b>2. REVUE DE LA LITTÉRATURE .....</b>	<b>26</b>
2.1. Définition de la qualité de vie au travail .....	26
2.2. Les domaines couverts par la qualité de vie au travail .....	26
2.3. Les conditions de travail des médecins à l'urgence .....	28
2.3.1. Les spécificités des urgences rurales .....	29
2.3.2. Les spécificités des urgences urbaines .....	30
<b>3. OBJECTIF DE RECHERCHE ET QUESTION DE RECHERCHE.....</b>	<b>33</b>
<b>4. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>34</b>

<b>5. L'ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>42</b>
<b>6. RÉSULTATS .....</b>	<b>43</b>
<b>7. DISCUSSION.....</b>	<b>51</b>
<b>8 CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>58</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>63</b>
<b>Formulaire de consentement .....</b>	<b>64</b>
<b>Questionnaire sur la qualité de vie au travail.....</b>	<b>68</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Domaines et sous- domaines de la QVT selon le questionnaire l'ISQVT.....	35
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'étude pilote descriptive évaluant la QVT des médecins travaillant dans les urgences rurales et urbaines.....	43
Tableau 3 : Comparaisons des scores d'écart globaux et des scores d'écart des domaines des médecins travaillant dans les urgences urbaines et rurales du Québec.....	44
Tableau 4 : Comparaisons des scores d'écart des sous-domaines de QVT des médecins travaillant dans les urgences urbaines et rurales du Québec. ....	45
Tableau 5: Classement des scores de QVT selon le rang centile dans les zones verte, jaune et rouge.....	48
Tableau 6: Comparaison des domaines de la QVT de notre échantillon avec les résultats d'un échantillon normatif de 2900 sujets.....	50

## **LISTE DE FIGURE**

Figure 1 : Exemple item de l'ISQVT ..... 37

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

- H** : Hôpital
- ASS** : Afrique subsaharienne
- QVT** : Qualité de vie au travail
- QV** : Qualité de vie
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ISQVT** : Inventaire systémique de la qualité de vie au travail
- BQVT** : Bonne qualité de vie au travail
- MBQVT** : Moins bonne qualité de vie au travail
- MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- AMUQ** : Association des médecins d'urgence du Québec
- CLIPP** : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales

## DÉDICACE

*Je dédie ce mémoire à Dieu Tout puissant qui m'a conduit et m'a donné l'assurance tout au long de mes études.*

*À mon cher époux pour tout son soutien, et sans qui ce travail ne serait pas possible.*

*À mes enfants Ketsia, JR Léopold, Jean-Emmanuel pour vos sourires qui illuminent ma vie chaque jour.*

## REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma gratitude au Dr Richard Fleet pour avoir accepté de diriger ce présent mémoire de maîtrise.

Je remercie le professeur Gilles Dupuis de l'Université du Québec à Montréal pour une contribution importante à l'analyse des données de recherche.

Je tiens à remercier profondément et particulièrement Fatoumata Korika Tounkara (2e coauteure et doctorante en épidémiologie) qui m'a encadrée tout au long de ma maîtrise. Je lui adresse mes sincères remerciements pour son soutien méthodologique, pour les révisions, les relectures et corrections du mémoire. Ta collaboration à l'élaboration de ce mémoire a été très précieuse. Tes commentaires et tes conseils ont contribué à ma formation personnelle.

Je souhaite remercier toute l'équipe du Dr Richard Fleet, Marie-Pierre Renaud, Stéphane Turcotte, Catherine Turgeon, Luc Lapointe pour leur soutien dans la révision et les corrections de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des professeurs et collègues du département de médecine sociale et préventive.

## AVANT-PROPOS

Le présent mémoire de maîtrise en épidémiologie recherche clinique a été réalisé sous la direction du Dr Richard Fleet, titulaire de la chaire de recherche en médecine d'urgence Université Laval-CISSS Chaudière-Appalaches Hôtel-Dieu de Lévis, professeur agrégé au département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval, et de médecin d'urgence au CSSS Alphonse-Desjardins CISSS Chaudière-Appalaches. Le Dr Fleet a supervisé et corrigé l'ensemble des travaux de ce présent mémoire de maîtrise.

Le mémoire est composé de deux chapitres dont l'un est présenté en format d'article scientifique et l'autre en format de rapport scientifique.

Dans le cadre du premier chapitre, l'article scientifique porte sur une revue qualitative de la littérature sur la pratique de la médecine d'urgence dans certains pays d'Afrique Sub-Saharienne (ASS). Cet article tente de mieux comprendre les défis dans certains hôpitaux ruraux en ASS. L'article a été restreint à l'ASS parce qu'il existe des différences culturelles, ethniques et technologiques avec l'Afrique du Nord.

J'ai participé activement à toutes les étapes d'élaboration du premier chapitre; j'ai précisément élaboré la stratégie de recherche laquelle a été révisée par Dominique Caron, bibliothécaire à l'Université Laval. J'ai effectué la sélection et l'extraction des articles ; j'ai été responsable de la rédaction de l'article du premier chapitre dont je suis le premier auteur. Les coauteurs de cet article sont : mon directeur de recherche, Richard Fleet. MD, PhD, CCFP, Fatoumata Korika Tounkara MSc Professionnelle de recherche, doctorante en épidémiologie.

Les données de la revue ont été présentées sous forme de présentation orale à la « journée annuelle de la recherche de la Faculté de médecine » tenue le 31 mai 2014 et finalement sous forme d'affiche à la journée de recherche du centre de

recherche du centre Hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis. L'article est publié dans le journal de médecine d'Afrique noire.

Par ailleurs, il convient de rappeler que l'objectif principal des recherches de la Chaire de recherche en médecine d'urgence est d'étudier l'accessibilité aux soins et services de qualité dans les urgences rurales canadiennes. Grâce à ces recherches, l'équipe de la Chaire a mis en évidence les défis liés à l'accès aux services d'imagerie diagnostique et, au soutien spécialisé dans les urgences rurales, de même qu'une mauvaise qualité de vie au travail, et ce, en raison notamment de l'épuisement et de l'isolement professionnel vécus par les médecins ruraux. La revue de la littérature sur la médecine d'urgence en ASS nous a permis d'identifier ces mêmes défis. C'est conformément à ce lien de corrélation que nous sommes arrivés à une nouvelle avenue de recherche sur la qualité de vie au travail des médecins d'urgence au Québec (second chapitre du présent document). Laquelle avenue de recherche nous a conduit à réaliser une première étude pilote ayant pour objectif de comparer la qualité de vie au travail des médecins dans les urgences rurales avec celle des médecins dans les urgences urbaines au Québec (Canada).

La conception de l'étude du deuxième chapitre s'appuie sur les données des projets réalisés au sein de la Chaire de recherche en médecine d'urgence et des données de la revue qualitative de la médecine d'urgence en ASS. J'ai activement participé à toutes les étapes de réalisation du deuxième chapitre (la rédaction du protocole, la soumission du protocole auprès du comité d'éthique de la recherche, la collecte des données et la rédaction du rapport). Les résultats de ce deuxième chapitre seront présentés au congrès de médecine d'urgence.

# **PREMIER CHAPITRE : LES DÉFIS LIÉS À L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS D'URGENCE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE RURALE : REVUE QUALITATIVE**

Mbakop Nguebou, Marlyse MD<sup>1</sup>, Fleet, Richard. MD, PhD, CCFP (EM)<sup>1,2</sup>,  
Tounkara, Fatoumata Korika MSc<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval ;  
Québec, QC, Canada ;

<sup>2</sup> Chaire de recherche en médecine d'urgence, Université Laval — CHAU Hôtel-Dieu de Lévis ; Lévis, QC, Canada.

Auteur de correspondance : Dr Richard Fleet ;

Adresse de correspondance : 143 Rue Wolfe,  
Lévis, Québec  
G6V 3Z1

Téléphone : 1-418-835-7121 ext. 3173

Fax : 1-418-835-7276

Courriel : [Richard.Fleet@fmed.ulaval.ca](mailto:Richard.Fleet@fmed.ulaval.ca)

## RÉSUMÉ

La Chaire de recherche en médecine d'urgence de l'Université Laval (Québec, Canada) a un intérêt marqué pour l'étude de la médecine d'urgence en milieu rural et les soins traumatologiques. Depuis 2010, l'objectif principal de nos recherches a été d'étudier l'accessibilité à des soins de qualité dans les urgences rurales canadiennes. Notre travail a mis en évidence les défis liés à l'accès aux services d'imagerie diagnostique et au soutien spécialisé dans les urgences rurales. Nous avons également documenté la réalité liée à la nécessité de transférer des patients entre les établissements afin de leur offrir des soins de qualité lorsqu'ils ne sont pas disponibles dans certains milieux ruraux. Ces transferts s'effectuent parfois sur de longues distances et engendrent des conséquences négatives pour le patient et des coûts importants pour le système de santé. Enfin, nous avons signalé des divergences interprovinciales dans l'accès aux services qui ont mis en doute la notion de normalisation et d'équité des soins d'urgence pour les citoyens canadiens. Pour certains, l'accès limité aux services dans les hôpitaux ruraux peut surprendre pour un pays comme le Canada doté d'un système universel de soins de santé. Les Canadiens peuvent même se demander si ces services sont semblables à ceux offerts dans les pays en développement. Ainsi, nous avons demandé à notre étudiante de maîtrise en épidémiologie, médecin formé au Burkina Faso de décrire l'état de la situation en Afrique subsaharienne à travers une revue qualitative de la littérature. Cette évaluation suggère que, bien que nous puissions certainement améliorer le niveau de services offerts dans les régions rurales du Canada, la situation semble beaucoup plus difficile dans les pays en développement de l'Afrique subsaharienne.

## ABSTRACT

The endowed Research Chair in Emergency Medicine at Laval University in Quebec City has a major interest in rural emergency medicine and trauma care. Since 2010, the main focus of our research has been the study of access to quality emergency care in rural emergency departments (EDs) in Canada. Our work has highlighted the challenges of providing access to diagnostic imaging and speciality support in rural EDs. We have also documented the need for significant inter-facility transfers from rural EDs to referral centers often over great distances and cost to patients and the health care system. Finally, we reported inter-provincial discrepancies in access to services that have questioned the notion of standardization and equity of emergency care for rural Canadian citizens. For some, limited access to services in rural hospitals may come as a surprise in for a country such as Canada with a universal health care system. Canadians may even question that these services are akin to those offered in developing countries. With this purpose in mind, we asked our Master's student in epidemiology Marlyse Mbakop Nguebou, a physician trained in Burkina Faso to describe the state of the situation in Sub-Saharan Africa through a qualitative literature review. This review suggests that while we can certainly improve upon the level of service offered in rural Canada, the situation appears far more challenging in developing countries in Sub-Saharan Africa.

**Keywords:** Sub-Saharan Africa, Emergency medicine, Access to care

## ***MISE EN CONTEXTE : cas d'un traumatisme au Burkina Faso, Afrique de l'Ouest.***

*Un homme de 30 ans était tombé d'un arbre et il avait été transporté à l'aide d'un moyen de transport inadapté dans une charrette tirée par un âne vers un centre de santé et de promotion sociale de Yabogane, situé à 20 km du village. Cet établissement ne dispose que d'un infirmier, d'une accoucheuse auxiliaire et d'un agent itinérant communautaire avec une salle d'accueil ou salle d'examen, une petite salle d'accouchement, une pièce d'hospitalisation et un dépôt pharmaceutique. Le patient avait été installé dans une salle d'accueil non septique. L'infirmier lui avait administré un anti-inflammatoire pour soulager la douleur puis avait examiné l'état des blessures. Il ne disposait pas de matériel adapté et des connaissances requises pour effectuer un examen minutieux du patient, d'où son transfert immédiat vers le Centre Médical de Dano (CM Dano), situé à 35 km du centre de santé de Yabogane. Le CM Dano dispose d'un médecin généraliste ou médecin de famille, de quelques infirmières, des sages-femmes et de personnel d'entretien. Ce centre ne dispose d'aucun spécialiste ni urgentologue. Ce centre dispose d'une salle d'hospitalisation, d'un service de maternité, d'un service de médecine, d'un service de chirurgie et d'une pharmacie.*

*Un malade arriva à l'urgence dans la même charrette tirée par un âne. La scène était dramatique, la famille criait dans la langue locale autour du malade, jambe ensanglantée et hurlant de douleur lorsqu'il n'était pas tout simplement inconscient. En général, c'est un médecin de famille qui prend en charge tous les patients, nous avons constaté que le patient était obnubilé par la douleur. Nous l'avons installé dans une salle septique et procédé à une mesure de la pression artérielle, puis nous avons vérifié le pouls et effectué une pose d'une voie veineuse périphérique. Ensuite, nous avons administré un antalgique de palier 2, de la pénicilline et du métronidazole (en milieu rural l'administration d'un antibiotique est systématique), un serum antitétanique et un vaccin antitétanique puis un pansement stérile. Nous avons poursuivi l'examen clinique, mais la radiographie était en panne. Le malade fut transféré dans une ambulance de fortune non équipée en mauvais état technique vers le centre hospitalier universitaire situé à une distance de plus de 273 km du centre de Dano. Un trajet d'environ 4 heures*

*au travers de routes sinuueuses. Ce cas est une réalité vécue par les médecins et les patients en milieu rural. Elle illustre les différents défis rencontrés dans l'accessibilité aux soins d'urgence en milieu rural au Burkina Faso.*

## 1. INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne (ASS), la partie du continent africain la plus démunie, est subdivisée en 4 sous-régions, Afrique de l'Est, Afrique de l'Ouest, Afrique Australe et Afrique Centrale. Elle a une population d'environ 910,4 millions d'habitants avec 63 % de ceux-ci vivants en milieu rural. Le PIB par habitant est très faible avec environ 1351 \$ par an [1].

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ASS porte à elle seule le fardeau de la mortalité et de la morbidité mondiale [2-6]. À cela s'ajoute l'accès limité aux soins de première ligne et aux soins médicaux d'urgence [7, 8]. Toutefois, l'accessibilité aux soins de santé est plus déficiente en milieu rural qu'en milieu urbain. Selon une étude réalisée en ASS en 2012, 19 % à 50 % des hôpitaux avaient la capacité de fournir une couverture médicale 24/7 en milieu urbain [9] alors que l'accès à une couverture médicale 24/7 en milieu rural est quasiment inexistant [7, 10].

Comparativement au Canada où l'accès aux soins de première ligne est souvent blâmé pour les consultations aux urgences en milieu rural [11], en ASS, les populations vivant en milieu rural n'ont pas accès aux urgences de standards canadiens [7]. Ces populations n'ont pas souvent les moyens de se rendre vers les centres de santé, se tournent très vite vers la pharmacopée traditionnelle, la religion où s'approvisionnent en médicament auprès des vendeurs ambulants. Malgré les besoins croissants en soins médicaux d'urgence dans les hôpitaux ruraux, nous manquons malheureusement de données fiables permettant de dresser un portrait de la situation en milieu rural en ASS. Cependant, certains écrits montrent un accès limité aux médecins spécialistes, aux services de soins préhospitaliers d'urgence et de transports, et aux services diagnostiques dans les hôpitaux ruraux canadiens [12-14]. Nous pensons retrouver le même portrait dans les hôpitaux ruraux de certains pays en ASS.

Cet article tente de mieux comprendre les défis dans certains hôpitaux ruraux en ASS.

## **2. MÉTHODOLOGIE**

Une stratégie de recherche a été lancée dans MEDLINE afin d'identifier des publications sur les thèmes de l'urgence en Afrique subsaharienne. La stratégie de recherche était constituée de 3 concepts clés : sub-saharan Africa, emergency, rural (annexe 1). Une seconde recherche a été effectuée afin de repérer des rapports dans la littérature grise sur les sites de dépôts institutionnels comme l'OMS, la Banque mondiale, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Nous avons également utilisé le moteur de recherche Google Scholar. Enfin, nous avons systématiquement exploré les références bibliographiques des articles inclus.

La recherche était limitée aux études humaines, aucune restriction de langue ni de publication n'a été appliquée. La sélection des études s'est faite en deux étapes et par un seul réviseur. En premier lieu, les titres et les résumés des articles ont été examinés. Puis, dans un deuxième temps, les articles ont été lus complètement.

### 3. RÉSULTATS

#### Les sources de données

Il y a un manque de données scientifiques rigoureuses sur l'accès aux soins médicaux d'urgence en ASS rurale. Le fardeau de la maladie aiguë est gravement sous documenté [6]. Les études sont réalisées dans les hôpitaux universitaires en milieu urbain [17] et sur une population urbaine. La plupart des pays de l'ASS ne fournissent pas des données réelles sur la question d'accessibilité aux soins [17]. La littérature sur la médecine d'urgence en milieu rural est très rare en ASS. Bien qu'il existe très peu d'articles sur la médecine d'urgence en milieu rural au Canada, plusieurs projets sont en cours d'étude [18, 19].

#### L'accès aux soins préhospitaliers et les transferts interétablissements

Le manque de soins préhospitaliers en ASS contribue à l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité dans les hôpitaux ruraux [7, 20]. En ASS, l'enclavement des zones rurales est un véritable problème et les routes sont parfois impraticables [5, 21]. En effet, l'état des routes est une cause supplémentaire d'accidents d'autant plus graves que le secours aux blessés est aléatoire, lent et parfois même dangereux du fait de l'insuffisance des moyens disponibles et du manque de technicité de ceux qui les mettent en œuvre [5]. Au Burkina Faso comme ailleurs en Afrique de l'Ouest, le système ambulancier n'existe quasiment pas dans la plupart des hôpitaux ruraux. Les victimes sont secourues pendant les premières minutes de l'incident par les témoins ou des membres de la famille qui n'ont pas les qualifications et aptitudes requises de secours d'urgence. Dans la plupart des cas, les patients décèdent ou leur situation clinique s'aggrave du fait des conditions de transport et de secours. C'est la version la plus pure du concept de « scoop and run » connu en Amérique du Nord, modèle civil. Les moyens d'évacuation des victimes d'accidents liés aux activités humaines (agriculture, chasse, pêche, etc.) ou accidents domestiques (incendies) sont aléatoires et couteux en comparaison aux moyens dont disposent les populations, surtout qu'il n'existe pas de

système de soins préhospitaliers en zone rurale [20-22]. Les malades sont transportés au mieux sur le plateau d'un camion, sur un vélo ou pire encore dans une charrette. Les transferts inter établissements sont effectués aux frais du malade ou de la famille. Dans ces conditions, les obstacles économiques à l'aide médicale d'urgence formelle en matière de transport constituent évidemment un sérieux problème [7]. À titre d'exemple, à l'ouest du Cameroun (Afrique centrale) dans la ville de Bafang, un malade devrait débourser environ 100 \$ canadiens pour déplacer une ambulance vers un autre centre plus équipé, Bafoussam, à environ 60 km du village. Le revenu mensuel moyen par habitant au Cameroun s'élève à 98 \$, soit 1 170 \$ par habitant et par an. À l'instar du Burkina Faso et du Malawi, certains centres ruraux ont été dotés d'un système de mobylette ambulance pour l'évacuation des malades vers les centres urbains [23, 24]. Le contraste avec le Canada où les malades sont transportés dans les ambulances, les avions médicalisés ou des hélicoptères est très significatif [19]. Au vu de ce qui a été dit plus haut, il est incontestable de présenter le système logistique de transport lié au système de santé rural en ASS comme déficient et alarmant.

### **L'accès à l'équipement ou la technologie de pointe**

La plupart des équipements sont souvent dotés par les bailleurs de fonds et se trouvent toujours dans un état de délabrement. Cependant, l'extrême faiblesse du plateau technique dans les hôpitaux ruraux est difficilement mesurable, car des difficultés énormes se sont posées lors de la maintenance régulière de ces appareils de radiologie ou de laboratoire, ce qui a compromis la relève du plateau technique. L'absence d'imagerie et la faiblesse du plateau technique dans les hôpitaux ruraux en ASS peuvent avoir un impact sur le taux de morbidité et de mortalité très élevé dans cette zone [9].

Au Canada, dans la province du Québec, 100 % des urgences en milieu rural ont accès aux services de laboratoire et à la radiographie de base, 85 % au service d'échographie et 73 % à un scanner [19] contrairement en ASS où la plupart des hôpitaux, même en milieu urbain, ne disposent généralement pas de ces services [25]. À titre d'exemple, le

scanner, outil indispensable dans le diagnostic et la prise en charge de certaines pathologies, n'est présent que dans quelques hôpitaux urbains en ASS et quasi inexistant dans les hôpitaux ruraux. Par exemple, le Burkina Faso compte environ 8 scanners dans tout le pays et le premier scanner a été installé en 2003 au centre hospitalier universitaire d'Ouagadougou (la capitale du Burkina Faso) tandis que le premier scanner a été installé en milieu rural en 1999 au Canada. Le coût d'un scanner cérébral en ASS est de 110 \$ à 210 \$ dans un contexte où le revenu moyen par habitant est de 1 \$ par jour [26].

### **L'accès à la qualité des soins**

La qualité des soins est un concept multidimensionnel, difficile à mesurer, dépendant des ressources financières et humaines [27]. Selon la définition de l'OMS, « la qualité des soins est la capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques en lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, et contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La prise en charge des malades aux urgences est conditionnée au paiement des frais de cession. Le système d'assurance maladie d'État est quasi inexistant dans la plupart des pays africains où certains employeurs (les grandes entreprises) offrent à leurs employés des assurances privées [28]. Au Burkina Faso et au Cameroun par exemple, on dénombre respectivement 1 % et 3 % de la population disposant d'une assurance maladie. Ce pourcentage varie en fonction des pays et est corrélé au niveau de développement. Les coûts sont généralement à la charge des familles. L'absence de système d'assurance maladie et la pauvreté des populations font en sorte que les malades en zones rurales sont souvent suivis par les tradi-praticiens ou médecins traditionnels [28]. Ces derniers sont plus accessibles financièrement et permettent souvent des paiements en nature (soins rémunérés en échange de bétail ou de récoltes). L'hôpital est souvent sollicité en second ressort après que le malade n'ait pas été satisfait par le tradi-praticien. Ces malades arrivent parfois avec des complications dans un état clinique encore plus

dégradé parfois du fait des traitements reçus auprès des médecins traditionnels. Selon une étude récente, 12 % des personnes déclarent utiliser la médecine traditionnelle de manière régulière [29]. La prise en charge en milieu rural n'est pas toujours conforme aux normes internationales, car les médecins sont souvent obligés de tenir compte des moyens financiers des patients en substituant certains traitements modernes et onéreux par des traitements moins couteux et somme toute efficaces. Ainsi, en fonction des moyens d'un patient, ou du fait qu'il soit assuré ou pas, un médecin peut procurer un traitement contre le paludisme pour lequel le patient se rétablira après quatre jours pour un patient aisé ou assuré contre un traitement dans 10 jours pour un autre patient pauvre. Cette différence de soins constitue un frein au développement économique des zones rurales puisque les patients pauvres mettront plus de temps à retrouver la santé et ne pourront pas travailler pendant la convalescence.

### **L'accès aux soins chirurgicaux**

Les soins chirurgicaux restent un moyen efficace de prévention de la mortalité et de la morbidité dans les pays de l'ASS [10, 20]. Près de 90 % des décès par blessures surviennent dans les pays pauvres. Toutefois seuls 1/3 des patients en milieu rural sont en mesure d'obtenir des soins [20]. En ASS, les chirurgiens sont concentrés dans les hôpitaux universitaires en zones urbaines [30], les populations en milieu rural doivent parcourir une très grande distance pour bénéficier des soins chirurgicaux [31]. Cependant, les médecins de famille effectuent une variété d'interventions chirurgicales de type appendicectomie, césarienne, cure herniaire. À titre d'exemple, les hôpitaux des zones rurales du Ghana, le long des grands axes routiers, reçoivent beaucoup de blessés, mais ces hôpitaux sont souvent dotés de médecins généralistes et d'infirmiers qui n'ont pas suivi une formation spécifique aux soins de traumatologie. De plus, 30 % des généralistes de ces hôpitaux ne sont pas passés dans les pavillons de chirurgie pendant leur formation [32]. En Tanzanie et au Mozambique, où règne une pénurie chronique de chirurgiens, des adjoints médicaux (agents de santé sans diplôme de médecine) assurent la grande majorité des services chirurgicaux d'urgence, des sutures d'une blessure aux accouchements par césarienne [33].

## **L'accès à un médecin en Afrique Subsaharienne**

À l'échelle mondiale, l'ASS compte environ 11 % de la population [34] et supporte 24 % de la charge de la morbidité [34, 35]. L'ASS porte le plus lourd fardeau des maladies telles que le VIH/SIDA et ne compte que 3 % des professionnels de la santé (médecins et infirmiers) [36]. Ce nombre reste inférieur aux normes recommandées par l'OMS [37]. L'accessibilité à un médecin dans les pays de l'ASS reste en deçà des pays développés tels que le Canada et les États-Unis, notamment en milieu rural où cette pénurie est encore plus accentuée ou prononcée. Le Canada, les États-Unis comptent respectivement entre 2,4 et 2,5 médecins pour 1000 habitants [38] aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain tandis qu'en ASS on compte de manière générale 0,15 médecin pour 1000 habitants [39] et 0,03 médecin pour 1000 habitants en milieu rural [40]. Par contre, les statistiques varient d'un pays à un autre sur le continent africain. Par exemple en milieu urbain, au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest), on compte 0,06 médecin pour 1000 habitants, au Cameroun 0,2 pour 1000 habitants (Afrique centrale) et en Afrique du Sud 0,8 pour 1000 habitants, en Éthiopie 0,02 pour 1000 habitants (Afrique de l'Est) [39]. En milieu rural, la situation est catastrophique. La présence d'un médecin dans une communauté rurale peut changer la façon dont l'ensemble du système de soins de santé est organisé et géré [41].

Le principal obstacle à l'accès aux soins dans les régions rurales demeure le manque de professionnels de santé que cela soit les médecins ou les infirmières [31, 42]. Ce déficit de main-d'œuvre médicale provient essentiellement des difficultés qu'éprouvent les hôpitaux ruraux à retenir et à attirer la main-d'œuvre (les conditions de vie difficiles en milieu rural, la formation du personnel de santé, la rémunération) [31, 43-45]. Quoique le problème de personnel soit très marqué dans les hôpitaux ruraux africains, les hôpitaux urbains en souffrent également [31, 46].

#### **4. DISCUSSION**

À la lumière de cette présente étude, les résultats nous montrent que l'accès aux soins d'urgence en milieu rural en ASS demeure une problématique peu connue. Bien que ces problématiques se retrouvent aussi dans les pays développés, il serait difficile de faire des comparaisons. Plusieurs défis sont ressortis dans notre étude.

D'abord, l'OMS souligne la qualité de la recherche dans les pays de l'ASS [22] et le manque criant de données probantes, ce qui a constitué l'une des principales barrières à l'élaboration de cette étude. Il est exact que la plupart des articles ont été réalisés par des chercheurs dans les universités des pays développés. En ASS, la recherche est un domaine encore non valorisé par les universités compte tenu des moyens limités. Il existe très peu d'articles sur l'ASS rurale. Les données ne sont pas informatisées dans les centres ruraux. Les informations sont archivées manuellement et sont parfois difficiles à exploiter en raison de plusieurs informations manquantes.

Ensuite, l'ASS fait face à plusieurs maladies endémiques et épidémiques, à cela s'ajoutent les traumatismes [6]. Les accès fébriles dans la phase aiguë du paludisme, des maladies respiratoires et diarrhéiques sont une des principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Chez les adultes, nous avons les traumatismes, les maladies cardiovasculaires, l'asthme dans sa phase aiguë, l'infarctus du myocarde, les hémorragies aiguës, etc. Ces maladies nécessitent une prise en charge rapide et efficace, à la phase aiguë d'où la nécessité d'améliorer le système des urgences. Les traumatismes sont causés par des accidents et par des agressions [22]. L'accès à un médecin, l'amélioration de l'équipement et de la qualité des soins favoriseraient une prise en charge rapide des patients dans les urgences. À cet égard, plusieurs études soulignent qu'une prise en charge rapide des urgences réduit de manière considérable le taux de mortalité et de morbidité dans ces pays en développement [2-4]. Les soins d'urgence devraient être une priorité pour les populations vivant en milieu rural en ASS, car elle porte à elle seule le fardeau le plus lourd des maladies [10].

Par ailleurs, la pénurie des médecins et des infirmières est un problème général partout dans le monde et surtout en milieu rural [10, 47], c'est le même cas en ASS, mais il

reste à savoir jusqu'où elle est grave [10]. Enfin s'il est certain qu'il existe plusieurs défis auxquels font face les professionnels de la santé en milieu rural, il n'en reste pas moins que l'ASS a connu plusieurs progrès dans certains programmes tels que les programmes élargis de vaccination [48, 49].

### **La force de l'étude**

Les résultats nous ont permis de mettre en évidence la gravité de la situation et l'ampleur du problème d'accessibilité aux soins d'urgence pour les populations en milieu rural. En effet, ces défis sont similaires à ceux observés dans la plupart des pays du monde, mais à des degrés différents.

Notre étude représente une opportunité de sensibiliser l'opinion internationale sur l'urgence d'améliorer un cadre de soins adapté au besoin des populations d'ASS rurale.

### **Limite de l'étude :**

Nos résultats ne sont pas généralisables à toute l'ASS, car la population subsaharienne est très diversifiée, sur le plan culturel, technologique et politique. Cet essai tiré s'applique à une population typique en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Étant donné la différence dans le système de santé et sur les priorités politiques, certains pays comme l'Afrique du Sud développent des plans d'intervention pour améliorer le système de santé de première ligne. Une autre limite concerne le tri des articles qui a été effectué par un seul examinateur ce qui augmente le risque de ne pas inclure toutes les études pertinentes.

## **5. CONCLUSION**

L'accessibilité aux soins d'urgence en Afrique subsaharienne (ASS) rurale est un véritable défi. C'est la zone de l'Afrique qui supporte la plus lourde charge de mortalité et de morbidité dans le monde. L'ASS compte environ 65 % de la population vivant en milieu rural et malgré le fait que cette population soit majoritaire, la plupart des ressources sont concentrées en milieu urbain. Cette population rurale fait face aux difficultés socio-économique et démographique. Des études supplémentaires sont nécessaires pour comprendre cette problématique. D'autant plus que l'accès aux soins d'urgence contribue à la diminution du taux de mortalité et de morbidité en milieu rural.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Banque mondiale. Données Afrique Sub Saharienne [Consulté le 02/07/2015]. Disponible au : <http://donnees.banquemonde.org/region/SSA>
2. Anderson P.D., Suter R.E., Mulligan T. et coll. World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. *Annals of emergency medicine*. 2012; 60(1):35-44.e3.
3. Anthony D.R. Promoting emergency medical care systems in the developing world: weighing the costs. *Global public health*. 2011; 6(8):906-13.
4. Mullan P.C., Torrey S.B., Chandra A., et coll. Reduced overtriage and undertriage with a new triage system in an urban accident and emergency department in Botswana: a cohort study. *Emergency medicine journal: EMJ*. 2014; 31(5):356-60.
5. Vanderschuren M., McKune D. Emergency care facility access in rural areas within the golden hour? : Western Cape case study. *International journal of health geographics*. 2015; 14:5.
6. Calvello, E., Reynolds, T., Hirshon, J. M., et coll. Emergency care in sub-Saharan Africa: Results of a consensus conference. *African Journal of Emergency Medicine*. 2013; 3:42-8.
7. Sunyoto T., Van den Bergh R., Valles P., et coll. Providing emergency care and assessing a patient triage system in a referral hospital in Somaliland: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2014; 14:531.
8. Sawe H.R., Mfinanga J.A., Mwafongo V., et coll. Trends in mortality associated with opening of a full-capacity public emergency department at the main tertiary-level hospital in Tanzania. *International journal of emergency medicine*. 2015; 8:24.
9. Hsia R.Y., Mbembati N.A., Macfarlane S., et coll. Access to emergency and surgical care in sub-Saharan Africa: the infrastructure gap. *Health policy and planning*. 2012; 27(3):234-44.
10. Henry J.A., Windapo O., Kushner A.L., et coll. A survey of surgical capacity in rural southern Nigeria: opportunities for change. *World journal of surgery*. 2012; 36(12):2811-8.
11. Fleet R., Plant J., Ness R., et coll. Patient advocacy by rural emergency physicians after major service cuts: the case of Nelson, BC. *Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la medecine rurale : le journal officiel de la Societe de medecine rurale du Canada*. 2013;18(2):56-61.

12. Fleet R., Poitras J., Archambault P., et coll. Portrait of rural emergency departments in Quebec and utilization of the provincial emergency department management Guide: cross-sectional survey. *BMC health services research*. 2015; 15:572.
13. Fleet R., Pelletier C., Marcoux J., et coll. Differences in access to services in rural emergency departments of Quebec and Ontario. *PLoS One*. 2015; 10(4):e0123746.
14. Fleet R., Archambault P., Plant J., et coll. Access to emergency care in rural Canada: should we be concerned? *Cjem*. 2013; 15(4):191-3.
15. Muula A. How do we define 'rurality' in the teaching on medical demography? *Rural Remote Health*. 2007; 7(1):653.
16. OCDE. *Creating Rural Indicators for Shaping Territorial Policies*. 1994.
17. Organisation mondiale de la santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2012* [Consulté le 25/07/2015]. Disponible au : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/FR\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2012_Full.pdf)
18. Fleet R., Archambault P., Legare F., et coll. Portrait of rural emergency departments in Quebec and utilisation of the Quebec Emergency Department Management Guide: a study protocol. *BMJ open*. 2013; 3(4).
19. Fleet R., Audette L.D., Marcoux J., et coll. Comparison of access to services in rural emergency departments in Quebec and British Columbia. *Cjem*. 2014; 16(6):437-48.
20. McQueen K.A., Ozgediz D., Riviello R., et coll. Essential surgery: Integral to the right to health. *Health and human rights*. 2010; 12(1):137-52.
21. Peden M., Kobusingye O., Monono M.E. Africa's roads: the deadliest in the world. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*. 2013; 103(4):228-9.
22. Mould-Millman N.K., Sasser S.M., Wallis L.A. Prehospital research in sub-saharan Africa: establishing research tenets. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2013; 20(12):1304-9.
23. Faso.net. Évacuation des malades des zones rurales : La première Dame offre 12 motos-ambulances. [Consulté le 02/08/2015]. Disponible au : <http://www.lefaso.net/spip.php?article55656>.
24. Hofman J.J., Dzimadzi C., Lungu K., et coll. Motorcycle ambulances for referral of obstetric emergencies in rural Malawi: do they reduce delay and what do they cost? *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2008; 102(2):191-7.

25. Diagana M., Traore H., Bassima A., et coll. Contribution of computerized tomography in the diagnosis of cerebrovascular accidents in Nouakchott, Mauritania. *Medecine tropicale : revue du Corps de santé colonial*. 2002;62(2):145-9.
26. Adoukonou T., Kouna-Ndouongo P., et coll. Direct hospital cost of stroke in Parakou in northern Benin. *The Pan African medical journal*. 2013; 16:121.
27. OMS. La qualité des soins et la sécurité des patients : Priorité mondiale. Organistion mondiale de la santé.
28. Abiilo G.A., Mbera G.B., De Allegri M. Gaps in universal health coverage in Malawi: a qualitative study in rural communities. *BMC health services research*. 2014; 14:234.
29. Oyebode O., Kandala N.B., Chilton P.J., et coll. Use of traditional medicine in middle-income countries: a WHO-SAGE study. *Health policy and planning*. 2016.
30. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de suivi mondial 2013 : Afrique subsaharienne 2013 [Consulté le 25/07/2015]. Disponible au : [http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1327948020811/8401693-1355753354515/8980448-1366122085455/SSA\\_RegionalBrief\\_GMR2013\\_Fr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1327948020811/8401693-1355753354515/8980448-1366122085455/SSA_RegionalBrief_GMR2013_Fr.pdf)
31. Bergstrom S., McPake B., Pereira C., et coll. Workforce Innovations to Expand the Capacity for Surgical Services. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. *Essential Surgery: Disease Control Priorities*, Third Edition (Volume 1). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank (c) 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.; 2015.
32. World Health Organization. Prehospital Trauma Care Systems []. Disponible au : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/services/39162\\_oms\\_new.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/39162_oms_new.pdf).
33. Anyamele OD. Urban and rural differences across countries in child mortality in sub-Saharan Africa. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2009; 20(4 Suppl):90-8.
34. Organisation Mondiale de la Santé. Travailler ensemble pour la santé 2006 [Consulté le 21/07/2015]. Disponible au : [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf)
35. Moresky R.T., Bisanzo M., Rubenstein B.L., et coll. A research agenda for acute care services delivery in low- and middle-income countries. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2013; 20(12):1264-71.

36. Naicker S., Plange-Rhule J., Tutt R.C., et coll. Shortage of health care workers in developing countries--Africa. *Ethnicity & disease*. 2009; 19(1 Suppl 1):S1-60-4.
37. Murphy G.T., Goma F., MacKenzie A., et coll. A scoping review of training and deployment policies for human resources for health for maternal, newborn, and child health in rural Africa. *Hum Resour Health*. 2014; 12:72.
38. Banque mondiale. Nombre de médecins par 1000 habitants [Consulté le 10/07/2015]. Disponible au : <http://www.statistiques-mondiales.com/medecins.htm>
39. Banque Mondiale. Nombre de médecins par 1000 habitants en Afrique [Consulté le 05/07/2015]. Disponible au : [http://www.statistiques-mondiales.com/medecins\\_afrique.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/medecins_afrique.htm)
40. Organisation Mondiale de la Santé. Human Development Report — Table 142 010 [Consulté le 25/07/2015]. Disponible au: [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2010\\_EN\\_Table14\\_reprint.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Table14_reprint.pdf) accessed 23 November 2015.
41. Greysen S.R., Dovlo D., Olapade-Olaopa E.O., et coll. Medical education in sub-Saharan Africa: a literature review. *Med Educ*. 2011; 45(10):973-86.
42. Strasser R., Kam S.M., Regalado S.M.. Rural Health Care Access and Policy in Developing Countries. *Annual review of public health*. 2016; 37:395-412.
43. Burch V.C., McKinley D., van Wyk J., et coll. Career intentions of medical students trained in six sub-Saharan African countries. *Educ Health (Abingdon)*. 2011;24(3):614.
44. McMillan W.J., Barrie R.B. Recruiting and retaining rural students: evidence from a faculty of dentistry in South Africa. *Rural Remote Health*. 2012; 12:1855.
45. Binam F., Malongte P., Beyiha G., et coll. [Emergency medical training: the future of emergency care in Africa?]. *Medecine tropicale : revue du Corps de santé colonial*. 2002;62(3):275-7.
46. Obermeyer Z., Abujaber S., Makar M., et coll. Emergency care in 59 low- and middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015; 93(8):577-86g.
47. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract*. 2003; 20(4):457-63.
48. Saliou P. [Vaccination and development in sub-Saharan Africa]. *Bulletin de l'Academie nationale de medecine*. 2007;191(8):1589-99 ; discussion 99.

49. Lanaspa M., Balcells R., Sacoor C., et coll. The performance of the expanded programme on immunization in a rural area of Mozambique. *Acta tropica*. 2015; 149:262-6.

**Annexe 1: Stratégie de recherche**

<b>Rural</b>	<b>Emergency department</b>	<b>Sub-Saharan Africa</b>
<p>"Remote areas"[tiab] OR          "Remote area"[tiab] OR          "Medically Underserved Area"[Majr] OR "Rural health care"[tiab] OR          "Rural emergency departments"[tiab] OR          "Rural emergency departments"[tiab] OR          "Rural health"[mesh] OR          "rural health services"[tiab] OR "rural health centers"[tiab] OR          "health services, rural"[tiab] OR "rural health" [tiab]</p>	<p>"EDs"[tiab] OR "ED"[tiab] OR "emergency"[tiab] OR          "emergencies" [tiab] OR          "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR          "Emergency Department*"[TIAB] OR          "Emergency Ward"[TIAB] OR          "Emergency Unit*"[TIAB] OR          "Emergency Medical Service*"[TIAB] OR          "Emergency Medicine/manpower"[MeSH]</p>	<p>"Africa south of the Sahara"[TIAB] OR          "African continental ancestry group"[TIAB] OR          "sub-saharan Africa"[TIAB] OR          "subsaharan Africa"[TIAB] OR          "country, less-developed"[TIAB] OR          "countries, underdeveloped"[TIAB] OR          "underdeveloped nations"[TIAB] OR          "countries, less-developed"[TIAB] OR          "third world nations"[TIAB]</p>

## **DEUXIÈME CHAPITRE: LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES MÉDECINS DANS LES URGENCES RURALES ET URBAINES DU QUÉBEC : ÉTUDE PILOTE DESCRIPTIVE**

### **RÉSUMÉ :**

Les urgences hospitalières sont un environnement très stressant pour le personnel médical, notamment dans les urgences urbaines où l'engorgement reste un des défis majeurs comparativement aux urgences rurales. La pratique de la médecine d'urgence présente par ailleurs de nombreux défis tels que les horaires irréguliers, la charge du travail imprévisible, le manque de considération des pairs, l'isolement social, etc. Ces défis sont susceptibles d'entraver la qualité de vie au travail (QVT) des médecins. Toutefois très peu d'études ont été réalisées pour évaluer la QVT des médecins d'urgence au Québec. Ainsi, l'objectif de la présente étude pilote est de comparer la QVT des médecins des urgences urbaines avec celle des urgences rurales au Québec.

### **Méthode**

L'échantillon de cette étude est constitué des médecins exerçant dans les urgences du Québec. Plus précisément, l'étude a été menée auprès de 61 médecins recrutés dans 26 urgences rurales et deux urgences urbaines. Le questionnaire a été rempli par 33 médecins ruraux et 28 médecins urbains. Les données sur la QVT ont été recueillies avec le questionnaire *Inventaire systémique de la qualité de vie au travail* (ISQVT). Des statistiques descriptives sont présentées et ensuite, la comparaison des deux groupes a été faite à l'aide du test de Wilcoxon qui a permis de comparer le score moyen global de QVT ainsi que les scores des sous-échelles des deux types d'urgence.

### **Résultats**

Les médecins urbains étaient plus âgés que les médecins ruraux. Le score global de la QVT était de  $5,65 \pm 3,60$  dans les urgences urbaines tandis qu'il était de  $5,48 \pm 4,04$  dans les urgences rurales. Nos résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative entre la QVT des médecins urbains et celle des médecins ruraux. Les domaines les plus affectés sont les suivants : horaire de travail, horaire variable, charge émotive, équipements et outillages, absence pour

raisons familiales, le travail lors de l'absence des employés qui seraient sous le 25<sup>e</sup> centile.

### **Conclusion**

La QVT des médecins des urgences rurales et urbaines n'est pas très bonne. L'absence de différence entre les deux types d'urgence peut être due à la faible puissance statistique de l'étude. Il faut donc être prudent dans les conclusions à tirer. Quoi qu'il en soit, améliorer la QVT des médecins permettrait de contribuer efficacement à la qualité de soins et à la sécurité des patients, de même qu'au recrutement et la rétention des médecins.

## 1. INTRODUCTION

L'économie canadienne perd plusieurs milliers de dollars à cause des problèmes de santé mentale au travail et 3,4 millions de Canadiens souffriraient d'épuisement professionnel [1]. Au Québec, selon Statistique Canada, les coûts directs et indirects reliés aux absences causées par les problèmes de santé psychologique au travail se chiffrent annuellement à quatre milliards [2]. Le Québec s'est doté d'un ensemble de lois et de règlements visant à protéger les travailleurs des différents facteurs entravant leur qualité de vie au travail (QVT) [3]. Parmi ces facteurs, on retrouve entre autres, le stress, la santé psychologique, la satisfaction et les facteurs organisationnels [4, 5]. Ces facteurs mettent en danger la santé physique et mentale des travailleurs et notamment des médecins et affectent tout le système de soins de santé [6].

Par ailleurs, l'urgence hospitalière, définie comme le baromètre de l'état de fonctionnement des hôpitaux [7], représente un environnement très stressant et potentiellement chaotique pour l'ensemble du personnel médical [8]. La QVT du personnel médical, et en particulier celle des médecins des urgences, reste un facteur important pour le bon fonctionnement de l'urgence et pour la qualité des soins offerts aux patients. À cet égard, les écrits montrent que les urgences urbaines font face à certains défis tels que l'engorgement, le vieillissement de la population, etc. [9] tandis que les urgences rurales sont confrontées aux manques de services diagnostiques, aux difficultés de recrutement et de rétention, etc. [3, 10, 11].

En outre, en ce qui concerne les défis communs aux urgences urbaines et rurales, le stress ressort souvent parmi les principaux défis rencontrés, et ce, en raison de l'épuisement professionnel ou burnout et de la dépression [12-17]. Ceci peut s'expliquer en partie par la complexité des tâches cliniques et des multiples interrelations avec l'ensemble des intervenants de l'urgence [7]. À cet égard, une étude pilote réalisée en Allemagne auprès de 478 médecins d'urgence montre qu'il existe une faible qualité de vie chez les médecins d'urgence, laquelle est associée

à une détérioration de leur état de santé psychologique [13]. De plus, selon une étude pilote réalisée dans les urgences rurales du Québec, la compétitivité, la nature physique de la charge de travail, les relations avec les employés et la politique des congés familiaux sont les facteurs associés à une faible QVT [8].

Enfin, bien que la QVT des médecins soit très importante, très peu d'études évaluant cette problématique ont été réalisées au Québec. Or, selon la littérature [18, 19], les médecins souffrent de plus en plus du burnout et de détresse psychologique. Ainsi, la présente étude s'intéresse à la QVT des médecins et aux différences de QVT entre les différents milieux de pratiques. Elle se propose ainsi de comparer la QVT des médecins dans les urgences rurales avec celle dans les urgences urbaines du Québec.

## 2.REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 2.1. Définition de la qualité de vie au travail

Le concept de la QVT reste encore mal défini tant il recouvre plusieurs domaines extrêmement variés. Il recouvre également les différents domaines de la vie [20]. Le plus souvent, elle est évaluée à travers des concepts existants (conditions de travail, stress perçu, satisfaction au travail, etc.). À titre d'exemple, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [21] définit la QV comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Dupuis et *al.*, [4] ont par ailleurs proposé en 2006 une définition plus opérationnelle de la QVT comme suit : « la qualité de vie au travail en un temps donné correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société ».

### 2.2. Les domaines couverts par la qualité de vie au travail

Plusieurs domaines sont couverts par la QVT et ces domaines sont décrits dans le questionnaire Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT) [22, 23].

➤ **Les horaires de travail**

Ce domaine se réfère aux nombres d'heures travaillées et son influence sur la santé, la flexibilité des horaires et la possibilité de s'absenter pour des raisons familiales.

➤ **Les caractéristiques de l'environnement physique**

Ce domaine se réfère plus précisément au lieu de travail et à l'équipement disponible pour exécuter le travail.

➤ **Les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches**

Ce domaine comprend l'efficacité au travail, la charge émotive, la diversité des tâches, les exigences physiques, le temps pour la tâche, la correspondance entre les compétences et la nature des tâches à accomplir, l'autonomie de l'employé dans l'exécution de ses tâches, l'influence que l'employé exerce sur la décision concernant les tâches qu'il a à accomplir, la clarté du rôle que l'employé a à jouer à l'intérieur de l'organisation et dans le cadre des tâches à accomplir.

➤ **Rémunération**

La rémunération comprend le revenu, les avantages sociaux et la sécurité de revenu.

➤ **Cheminement professionnel**

Le cheminement professionnel est une dimension de la QVT qui comprend trois sous dimensions : la possibilité de mutation, la possibilité d'avancement et le perfectionnement et la formation offerte par l'entreprise.

➤ **Climat avec les collègues**

Le climat avec les collègues réfère à un sentiment d'appartenance à l'égard de l'entreprise, le degré ou niveau de compétition ressenti au travail, les relations avec les confrères ou consœurs de travail, le degré de conflit entre les tâches de l'employé et celles d'un ou de plusieurs autres employés.

#### ➤ Climat avec les supérieurs

Ce domaine se réfère aux interactions entre les employés et le supérieur, aux interactions entre l'employeur et/ou la direction, à la fréquence et à la pertinence de l'évaluation et des commentaires faits sur le travail et à l'efficacité de l'information transmise à l'intérieur de l'entreprise.

#### ➤ Support offert à l'employé

Le support offert à l'employé peut prendre diverses formes comme la prise en charge des absences, la répartition de la charge de travail occasionnée par l'absence d'un(e) ou plusieurs employé(e)s, les commodités telles que les garderies, les restaurants, les ressources d'aide aux employés

### 2.3. Les conditions de travail des médecins à l'urgence

Le travail dans les urgences requiert un environnement calme avec des horaires réguliers pour les médecins, une augmentation et une rétention des effectifs médicaux, une collaboration interprofessionnelle, une pression au travail acceptable, un sentiment de reconnaissance du travail accompli. Selon Yves Clot [24], « faire du bon travail est essentiel pour notre santé et détermine notre capacité à nous accomplir dans notre travail ».

La médecine d'urgence est une discipline dans laquelle la marge d'erreur est très mince, et dans laquelle l'aptitude doit toujours être au rendez-vous. Elle est émotionnellement, physiquement et intellectuellement stimulante [25]. Elle implique également de travailler dans un contexte où il persiste plusieurs sources d'incertitudes. De plus, au Canada, le service d'urgence est un maillon critique de la chaîne de soins de première ligne dans les régions urbaines, rurales et éloignées. Ces services enregistrent plus de 16 millions de visites par année, dont plus de 3 millions de visites dans les urgences du Québec [26]. Ces urgences sont en générales un important filet de sécurité pour répondre aux besoins immédiats

des citoyens n'ayant pas de sources habituelles de soins ou ne pouvant avoir un accès rapide aux services de première ligne [27].

Par ailleurs, depuis quelques années, on constate une recrudescence de crises dans les urgences qui se matérialise par un manque d'effectifs médicaux et une augmentation croissante du nombre de visites dans les salles d'urgence [7, 28, 29]. Cette augmentation engendre non seulement une sur-sollicitation du personnel présent dans les urgences, mais elle a également un impact sur le quotidien des médecins et des patients [17]. À cet égard, selon l'Association des Médecins d'Urgence du Québec (AMUQ), les horaires de travail défavorable de soir, de nuit ou de fin de semaine, la charge de travail imprévisible, l'exposition répétée à des évènements traumatiques, la prise de décision rapide, l'isolement social et le manque de considération par les pairs sont des facteurs qui peuvent nuire à la QVT des médecins [25]. Cela peut mettre en péril leur santé et même leur vie, et peut avoir des répercussions sur la prise en charge des patients. En effet, selon la littérature, le médecin urgentiste est la spécialité qui possède la plus faible QVT parmi les autres spécialités [30].

### **2.3.1. Les spécificités des urgences rurales**

Environ 20 % de la population canadienne vit en milieu rural et cette population a droit à un accès raisonnable aux services de soins [31]. Les urgences rurales représentent une solution de premier recours pour cette population souvent âgée [10], en moins bonne santé et plus exposée à la mort par traumatisme que leurs concitoyens urbains [31]. En effet, les traumatismes sont la principale cause de mortalité en milieu rural [11, 32].

Les urgences rurales font par ailleurs face à plusieurs défis spécifiques tels qu'un accès réduit aux services diagnostiques et à des services spécialisés [32]. De même, l'accès aux services pré-hospitaliers, les transferts inter établissements et la formation continue en soins d'urgence sont aussi des défis rencontrés dans ces

milieux [10, 32, 33]. Enfin, les problèmes de recrutement et de rétention du personnel sont très importants dans les urgences rurales [32, 33]. L'ensemble des défis mentionnés ci-haut entravent la QVT au travail des médecins d'urgence.

De plus, la compétitivité, la nature physique de la charge de travail, les relations avec les employés et la politique des congés familiaux sont les facteurs associés à une faible QVT, dans une étude pilote réalisée dans les urgences rurales du Québec [8].

### **2.3.2. Les spécificités des urgences urbaines**

Selon les données du ministère de la Santé du Québec, plus de 370 000 patients sont en attente d'un médecin de famille [27]. Cette situation explique le nombre sans cesse croissant de pathologies mineures rencontrées dans les urgences urbaines. D'autres défis comme le vieillissement de la population, la raréfaction des lits de courte durée dans les urgences, le déficit dans l'accessibilité des soins de première ligne, le sous-effectif des médecins dans les urgences urbaines et le temps d'attente sont rapportés dans la littérature comme les principaux défis rencontrés dans les urgences urbaines [9, 25, 34].

Ces défis cités ci-haut témoignent d'une augmentation de la charge de travail dans les urgences [26, 34] et ont un impact sur la QVT des médecins, laquelle influence la qualité et la sécurité des soins offerts [9].

## **2.4. Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT)**

L'ISQVT [4] ( Dupuis et al., 2009) est un questionnaire qui comporte 34 sous-dimensions ou sous domaines desquelles découlent 34 questions. La passation du questionnaire dure 30 minutes. Ce questionnaire est présenté à l'annexe. C'est un questionnaire informatisé et auto-administré, développé et validé au Québec. Nous avons choisi ce questionnaire parce qu'il peut non seulement servir à établir un

diagnostic organisationnel tout en fournissant de l'information sur l'état psychologique des individus ou de l'équipe, mais peut également suggérer des pistes d'interventions organisationnelles afin d'améliorer la situation dans les domaines de vie présentant des difficultés. Il est aussi différent des autres questionnaires parce que c'est un questionnaire validé et conçu pour être utilisé par une grande variété de populations ou de travailleurs, donc pas spécifiquement auprès des médecins. L'ISQVT offre également la possibilité d'ajouter un module de six questions optionnelles pouvant être définies en fonction de besoins particuliers (caractéristiques d'un groupe ou d'une entreprise) et de comparer les résultats avec une population de référence. Enfin il garantit l'anonymat absolu des répondants et offre une approche informatisée simple, efficace et conviviale.

L'ISQVT s'est avéré le questionnaire choisi pour cette étude non seulement en raison de la disponibilité en français, mais aussi pour ses qualités psychométriques et ses fondements théoriques surpassant celles des autres questionnaires de QVT anglophone. ( Brooks 2001, modèle de Turcotte 1988, Questionnaire Nordique Général 2002, Questionnaire psychosocial de Copenhague 2002) [4, 23].

Enfin, le questionnaire de l'ISQVT possède une version interactive informatisée sur internet (<http://www.qualitedevie.ca>) bilingue (français - anglais) qui permet la passation en ligne et l'encodage immédiat des réponses dans une base de données regroupant déjà plus de 4 000 travailleurs et professionnels de diverses spécialisations.

Les lignes suivantes décrivent les étapes réalisées à l'aide de l'ISQVT pour générer les scores d'écart, qui correspondent aux résultats de QVT obtenus par les participants de l'étude.

La première étape pour le participant consiste à identifier sa situation idéale ( score de but) par rapport à la question posée (sous-dimension) sur un cadran circulaire (figure 1) puis il situe un second point de référence correspondant à la situation actuellement vécue en référence à cette situation idéale. Plus le nombre de degrés s'élève sur le cadran entre la situation actuelle (état) et la situation idéale (but), plus on peut s'attendre à une faible QVT [4, 23]. La formule permettant de calculer les scores de QVT se dicte comme suit l'écart est égal à l'état moins le but

multiplie par la vitesse et le rang, le tout divisé par 6,16 afin de remettre l'échelle de 0-100 [23] .  $\text{Écart} = ((\text{état-but}) \times \text{vitesse} \times \text{rang})/6,16$ .

L'espace du cercle est divisé en treize afin d'obtenir un nombre de degrés respectif pour chaque secteur [23].

### **3. OBJECTIF DE RECHERCHE ET QUESTION DE RECHERCHE**

Notre étude pilote exploratoire a pour but de comparer la qualité de vie au travail des médecins travaillant dans les urgences rurales et urbaines au Québec.

Question de recherche

Existe-t-il des différences sur le plan de la QVT tel que mesuré par l'ISQVT entre les médecins travaillant aux urgences urbaines et rurales du Québec?

## **4. MÉTHODOLOGIE**

### **4.1. Devis de l'étude et population d'étude**

Il s'agit d'une étude pilote exploratoire menée auprès des médecins exerçants dans 26 urgences rurales et deux urgences urbaines du Québec. Tous les médecins exerçants dans ces urgences ont été invités à participer à l'étude.

#### **4.1.1. Critères d'inclusion des urgences participantes :**

Dans le cadre de notre étude, deux urgences urbaines ont été choisies par convenance. Ce choix était basé sur des raisons pratiques, d'accessibilité et de coût. Les urgences sélectionnées devraient répondre aux critères suivants : offrir une couverture médicale de 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec des lits d'hospitalisation.

En ce qui concerne les urgences rurales du Québec, elles ont été sélectionnées selon les critères suivants : offrir une couverture médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec des lits d'hospitalisation, et les établissements devait être situés dans une région rurale selon la définition de Statistique Canada (population > 10 000 et densité de population < 400/km<sup>2</sup> ou population < 10 000 et densité de population > 400/km<sup>2</sup> ou population < 10 000 et densité de population < 400/km<sup>2</sup>) [35]. Les urgences rurales ont été identifiées à l'aide du Guide des établissements de santé du Canada et confirmées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Direction nationale des urgences (DNU) [36]. Au total, 26 unités d'urgence rurales ont été recensées. Toutes les urgences qui ne répondraient pas à ces critères ont été exclues de notre étude.

### **4.2. Collecte de données et instrument de mesure**

La collecte des données s'est effectuée en milieu de travail dans les urgences participantes, du 1er novembre 2015 au 30 novembre 2016. Dans chacune des

urgences, une personne « un champion » capable de présenter le projet de recherche auprès des médecins d'urgence a été identifié. Une conférence téléphonique avec cette personne a ensuite été organisée afin d'éclaircir toutes les zones d'ombre.

Le questionnaire « *Inventaire systémique de la qualité de vie au travail* (ISQVT) [37] » a été utilisé pour collecter les informations sur la QVT. Il est composé de questions sur les caractéristiques sociodémographiques entre autres, l'âge, le sexe, le revenu, le niveau de scolarité. Il comprend également 34 énoncés divisés en 8 sous-groupes : la rémunération, le cheminement professionnel, l'horaire de travail, le climat avec les collègues de travail, le climat avec les supérieurs, l'environnement physique, les facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche à effectuer et le support à l'employé.

**Tableau 1: Domaines et sous- domaines de la QVT selon le questionnaire l'ISQVT**

Domaines de la QVT	Sous-domaines de la QVT
Rémunération	Revenu Avantage sociaux Sécurité du revenu
Cheminement professionnel	Possibilité d'avancement Possibilité de mutation Perfectionnement et formation
Horaire de travail	Horaire sur la santé Flexibilité de l'horaire Absences pour raisons familiales
Climat avec les collègues	Sentiment d'appartenance Compétitivité Conflit de rôle Relations avec les collègues
Climat avec les supérieurs	Relations avec les supérieurs Relations avec les employés Relations avec l'employeur

Domaines de la QVT	Sous-domaines de la QVT
	Commentaires et évaluations Communication de l'information
Caractéristiques de l'environnement	Lieu de travail Équipements et outillages
	Charge émotive Efficacité au travail
	Temps pour exécuter les tâches Participation aux prises de décisions
Facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche	Correspondance compétence et tâches Autonomie
	Diversité de tâches Charge physique
	Clarté de rôle
Soutien offert à l'employé	Facilities Prise en charge du travail en mon absence Répartition de la charge lors des absences Relation avec le syndicat Ressources d'aide aux employés

Les 34 énoncés ou sous questions représentent les sous-domaines de la QVT. Chaque question est formulée ainsi : "[nom de la sous- dimension] : la situation idéale signifie d'être parfaitement heureux de son/sa/ses [sous-dimension]. Les réponses sont effectuées en quatre étapes, soit l'identification de la situation idéale (flèche du quadrant supérieur), l'identification de la situation actuelle ( flèche sur le même quadrant circulaire), la sélection d'une vitesse de rapprochement ou d'éloignement (piéton, coureur, vélo, voiture ou avion) et l'attribution d'un rang d'importance (essentiel, très important, important, moyennement important, peu important, sans importance ou inutile) [22, 23].

Le questionnaire permet de mesurer la QVT des travailleurs à un moment donné des différents domaines de la vie au travail, les objectifs qu'ils se fixent dans ces domaines, le degré de priorité accordée à ces domaines et le changement dans le temps des objectifs et des priorités. La QVT est déterminée par l'écart entre la situation vécue par le travailleur, dans chaque domaine de travail et la situation

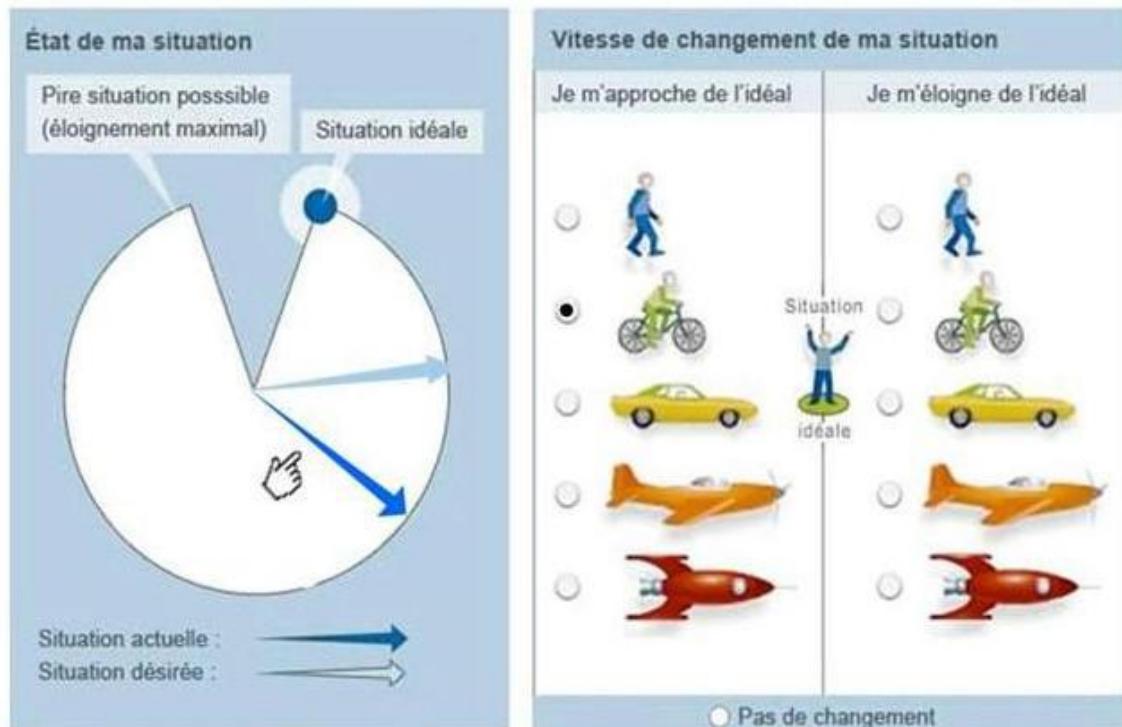
qu'il souhaiterait avoir (objectifs). Cet écart est pondéré par le degré d'importance de chaque domaine et par la vitesse d'amélioration ou de détérioration (changement dans le temps) qu'il vit dans la poursuite de ses objectifs. Plus les écarts sont grands entre ce qui est vécu et ce qui est souhaité, plus la qualité de vie diminue [22, 37].

Concernant la validité du questionnaire, elle a été largement démontrée par les auteurs [22]. Les énoncés de l'ISQVT couvrent de manière très pertinente les différentes facettes de la qualité de vie au travail. La cohérence interne (alpha de Crombach) des 8 sous-groupes varie de 0,60 à 0,82. La cohérence interne globale est de 0,88 et la fidélité test-retest est de 0,85 [22, 37].

L'illustration qui suit permet de bien saisir comment l'ISQVT procède pour mesurer cet écart entre la situation vécue et la situation désirée (objectif) pour chacun des 34 items de l'inventaire. (**Figure1**)

**Item 12 : Interaction avec les collègues de travail.**

Situation idéale : être parfaitement heureux de mes relations avec mes collègues



**Figure 1** : Exemple item de l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT) [4]

Pour chacun des domaines de vie au travail, le répondant doit indiquer, à l'aide d'une flèche qui se déplace sur un cadran, la situation qu'il vit actuellement et la situation qu'il aimera vivre. L'évaluation de la QVT s'appuie sur l'écart entre ces deux situations. La situation actuelle et la situation désirée s'établissent toutes les deux en fonction d'une situation idéale prédéfinie.

L'écart entre les situations actuelles et désirées donne une première information sur la QVT du répondant par rapport à cet item. Cependant, selon que la personne juge qu'elle se rapproche ou s'éloigne de son objectif, cet écart peut être plus ou moins lourd à vivre. La question suivante est donc posée aux répondants : « *Avez-vous l'impression de vous rapprocher de l'idéal, de vous en éloigner ou si rien ne change ?* » Si vous vous en rapprochez ou vous vous en éloignez, dites-nous à quelle vitesse? Par exemple ici, le fait de dire que les comportements que l'on pose nous permettent de nous rapprocher de l'idéal a pour effet de réduire le poids subjectif de l'écart. Après avoir indiqué sa situation actuelle, sa situation désirée ainsi que la vitesse d'éloignement ou de rapprochement pour chacun des items, le répondant doit noter s'il les considère plus ou moins importants dans sa vie. Les différents scores fournis par l'ISQVT sont les suivants : le score d'écart qui reflète la QVT, le score du niveau des buts, le score de rang de priorité des domaines et le score de vitesse [4].

Dans le but de préciser la manière dont l'ISQVT calcule les données recueillies afin de s'adonner à une appréciation de la QVT, les termes scores d'écart, score global de QVT et score de rang centile seront définis.

Le score d'écart est le score de QVT calculé sur chacun des domaines et des sous-domaines et de manière globale. Il renvoie à la distance moyenne de l'état actuel de la personne et son but, pondérée par la vitesse d'amélioration ou de détérioration et le rang d'importance d'un domaine donné.

Le score de rang correspond à l'importance subjective accordée par la personne à un domaine ( ou sous domaine) de sa vie au travail, variant entre essentiel, très important, important, moyennement important, peu important, pas important et

inutile. Pour être plus précis (l'écart global et pour chacun des domaines et des sous-domaines) est le score de QVT qui est présenté dans les résultats de l'étude.

Le score d'écart (globale et pour chaque domaine et sous domaines) peut être reparti dans trois zones respectives déterminées sur la base de mesures effectuées avec l'ISQVT auprès de 2900 travailleurs de domaines professionnels variés. La zone de QVT bonne ou zone verte correspond à un score que se situe au-delà du 50<sup>e</sup> centile. Le score entre le 26<sup>e</sup> et le 50<sup>e</sup> centile sera classé dans la zone jaune de QVT passable et indique un domaine ou sous domaine dans laquelle des améliorations sont souhaitables ,la zone de QVT faible, ou zone rouge, réfère aux scores inférieurs au 25<sup>e</sup> centile et met en évidence les domaines ou les sous-domaines problématiques nécessitant une intervention [37] [23].

À titre indicatif, dans une population de 2 900 travailleurs, les scores de QVT pour les différentes sous échelles sont de 5,02 (2,98) pour rémunération ; cheminement professionnel 7,48 (5,28) ; horaire 3,88 (3,58); environnement physique 4,6 (8,24) ; climat avec le supérieur 7,22 (9,81); climat avec les collègues 6,13 (5,14) ; facteurs influençant l'appréciation de la tâche 5,69 (11,51); support offert à l'employé 5,92 (3,88) [38].

Tableau 5.11 Comparaison entre les résultats sur les indices d'écart des groupes BQVT et MBQVT de notre échantillon et les résultats d'un échantillon normatif de 2900 sujets.

Sous -échelle de la QVT Score de l'indice d'écart -moyenne(écart-type)									
Groupes	Rémunération	Cheminement professionnel	Horaire	Environnement physique	Climat avec les collègues	Facteurs influencent l'appréciation la tâche	Support à l'employé	à	Climat avec les supérieurs
Groupes 1 (N=36)	4,06 (2,73)	1,69 (2,03)	1,61 (2,0)	2,29 (3,31)	1,35 (2,14)	1,32 (1,39)	2,27 (2,21)	à	2,58 (2,67)
Groupes 2 (N=34)	8,20 (7,52)	7,93 (5,01)	6,98 (7,8)	8,63 (9,26)	4,33 (3,74)	6,08 (4,31)	4,04 (3,08)	à	12,29 (11,2)
N*=2900	5,02 (2,98)	7,48 (5,28)	3,88 (3,5)	4,62 (8,24)	6,13 (5,14)	5,69 (11,51)	5,92 (3,88)	à	7,22 (9,81)

BQVT= BONNE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

MBQVT=MOINS BONNE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Adapté à partir de la thèse de Noémie B. Hébert. Interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle: son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique [38]

Les réponses des participants sont directement transférées dans la base de données du Laboratoire de Psychologie de la santé et de la qualité de vie de Gilles Dupuis de l'Université de Québec à Montréal. La base de données nous est ensuite fournie sous forme de fichier Excel. Avec l'étroite collaboration de monsieur Gilles Dupuis, Ph.D., directeur scientifique au CLIPP et professeur à l'Université du Québec à Montréal, les analyses de comparaison ont été effectuées ([www.clipp.ca](http://www.clipp.ca). 2010).

## **Analyses statistiques**

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC). Les caractéristiques de base de la population d'étude ont été décrites par la moyenne et l'écart-type pour les variables continues et la fréquence pour les variables catégorielles. La normalité des variables continues a été examinée à l'aide des tracés graphiques (une asymétrie des extrêmes) et du test Shapiro-Wilk ( $p<0,005$ ). Toutes les variables continues sont apparues non gaussiennes. Le test de Wilcoxon Mann-Whitney a ainsi été utilisé pour comparer la QVT des médecins ruraux versus urbains au niveau des groupements ou sous échelles d'items et ensuite pour chaque item. Les moyennes de scores de QVT ont été calculées avec leur écart-type. Les valeurs  $p$  inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.

La seconde partie des analyses a été effectuée par le CLIPP. Il s'agit de l'analyse des différentes zones. Elles ont été déterminées en fonction du rang centile. Comme décrit plus haut, la zone rouge indique un seuil inférieur du 25<sup>e</sup> centile qui signifie une faible QVT. La zone jaune indique un seuil entre 26<sup>e</sup> et 50<sup>e</sup> centiles qui signifie une zone qui nécessite une amélioration ou QVT passable. La zone verte indique un seuil supérieur à 50<sup>e</sup> centile qui signifie une bonne QVT.

## **5. L'ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ DE LA RECHERCHE**

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre Intégré Santé et des Services Sociaux de Chaudières- Appalaches et l'Université Laval. Une demande de convenance a été faite pour tous les centres de recherche.

Les procédures et les risques potentiels liés à la participation à l'étude ont été expliqués à tous les participants de l'étude. Un consentement écrit a été obtenu, les participants ont été libres de se retirer de l'étude à tout moment et l'anonymat a été respecté à tous les niveaux de la procédure. La confidentialité des données a été assurée par l'assignation d'un numéro d'identification à chaque participant. Aucune identification personnelle n'apparaît au fichier principal des données.

## 6. RÉSULTATS

Le questionnaire a été complété par 61 médecins d'urgence dont 28 travaillant en milieu urbain (n=28/60) et 33 en milieu rural (n=33/114). Le taux de réponse est d'environ 40 %. Le tableau 2 résume les caractéristiques des participants à l'étude. La moyenne d'âge était de 44 ans en milieu urbain contre 33 ans en milieu rural.

La proportion de participants ayant un revenu supérieur à 200 000 était de 92 % (54/61). La majorité des participants avaient plus de 15 ans de scolarité. La proportion des femmes médecins était plus élevée en milieu rural 26,23 % (16/27) contre 18,03 % (11/27) en milieu urbain.

**Tableau 2** : Caractéristiques sociodémographiques de l'étude pilote descriptive évaluant la QVT des médecins travaillant dans les urgences rurales et urbaines.

Variables mesurées	Urgence rurale	Urgence urbaine
Âge (années): Moy (é-t)	33 (7,67)	44 (9,96)
Sexe, n (%)		
Femme	16 (26,23)	11 (18,03)
Homme	17 (27,87)	17 (27,87)
Niveau de scolarité		
7-11 ans	4 (6,56)	1 (1,64)
Plus de 15ans	29 (47,54)	27 (44,26)
Revenu(\$)		
100 001-200 000	3 (4,92)	4 (6,56)
Plus de 200 000	29 (47,54)	25 (40,98)

Moy = moyenne; é-t = écart-type

Le tableau 3 résume les scores globaux de la qualité de vie au travail (les moyennes avec leurs écarts-types) obtenu à l'ISQVT pour tous les médecins travaillant dans les urgences rurales et urgences urbaines.

La différence entre le score global de la QVT du milieu rural et du milieu urbain est faible et non statistiquement significative ( $p=0,8915$ ). Le score moyen de QVT était de  $5,65 \pm 3,60$  dans les urgences urbaines tandis qu'il était de  $5,48 \pm 4,04$  chez les

médecins des urgences rurales. Le tableau 3 présente les différents domaines. Ce tableau nous permet de constater qu'il n'existe pas de différence significative entre les médecins travaillant dans les urgences rurales et urbaines du Québec sur leur QVT (scores globaux). Les deux seuls domaines où l'écart entre les deux groupes est d'au moins 2 points sont « le climat avec les supérieurs » et « les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches ».

**Tableau 3** : Comparaisons des scores d'écart globaux et des scores d'écart des domaines des médecins travaillant dans les urgences urbaines et rurales du Québec.

Domaines de la qualité de vie au travail	Urgence rurale	Urgence urbaine	Valeur p
<b>Écart global</b>	5,48 (3,60)	5,65 (4,04)	0,90
<b>Rémunération</b>	2,80 (3,14)	2,54 (2,31)	0,97
<b>Cheminement professionnel</b>	3,77 (4,51)	3,92 (4,51)	0,19
<b>Climat avec les collègues</b>	4,98 (6,95)	5,07 (8,48)	0,82
<b>Climat avec les supérieurs</b>	<b>7,85 (8,63)</b>	<b>5,81 (4,94)</b>	0,66
<b>Caractéristique de l'environnement physique</b>	8,22 (9,03)	9,75 (1,02)	0,63
<b>Support offert à l'employé</b>	3,52 (2,72)	4,94 (4,56)	0,26
<b>Facteurs qui influencent l'appréciation des tâches</b>	<b>7,59 (6,52)</b>	<b>5,61 (4,76)</b>	0,34
<b>Horaire</b>	12,64 (7,53)	11,96 (1,31)	0,81

Valeur de p significative au seuil <0,05

Moy : Moyenne

e-t : écart-type

Puisqu'aucune différence significative entre les médecins travaillant dans les urgences urbaines et rurales n'a été constatée sur les domaines de la QVT, il s'est avéré pertinent de cibler spécifiquement chacun des sous-domaines mesurés par l'ISQVT auprès des médecins composant l'échantillon. Les comparaisons de ces 34 scores d'écart sont présentées au tableau 4.

Les résultats du tableau 4 révèlent l'absence de différences significatives entre les médecins travaillant dans les urgences urbaines et les urgences rurales sur les scores globaux de QVT et sur 31 des 34 sous domaines de l'ISQVT. Mais nous observons trois sous domaines sur les 31 sous domaines qui se rapprochent de la valeur p significative.

**Tableau 4 : Comparaisons des scores d'écart des sous-domaines de QVT des médecins travaillant dans les urgences urbaines et rurales du Québec.**

<b>Sous domaines de la QVT</b>	<b>Urgence rurale</b>	<b>Urgence urbaine</b>	<b>Valeur p</b>
	<b>Moy (é-t)</b>	<b>Moy (é-t)</b>	
<b>Revenu</b>	1,42 (4,66)	2,79 (4,63)	0,19
<b>Avantages sociaux</b>	3,21 (3,77)	5,35 (5,07)	<b>0,045</b>
<b>Sécurité du revenu</b>	1,52 (3,05)	1,76 (4,15)	0,90
<b>Possibilité d'avancement</b>	1,32 (2,47)	1,35 (2,94)	0,72
<b>Possibilité de mutation</b>	0,70 (10,68)	1,25 (2,68)	0,07
<b>Perfectionnement et formation</b>	5,29 (6,15)	5,62 (6,59)	0,83
<b>Horaire de travail</b>	11,95 (13,13)	12,62 (7,52)	0,13
<b>Horaire variable</b>	8,49 (14,04)	5,02 (16,46)	0,29
<b>Sentiment d'appartenance</b>	6,87 (16,47)	12,09 (21,85)	0,21
<b>Charge émotive</b>	11,19 (20,90)	5,90 (5,70)	0,97

Sous domaines de la QVT	Urgence rurale Moy (é-t)	Urgence urbaine Moy (é-t)	Valeur p
<b>Compétitivité</b>	1,81 (3,69)	2,12 (5,14)	0,77
<b>Relation avec confrères et consœurs de travail</b>	5,43 (10,37)	3,32 (3,86)	0,91
<b>Relation avec mon supérieur</b>	2,80 (7,49)	10,62 (12,66)	<b>0,005</b>
<b>Relation avec mes employés (es)</b>	0,37 (7,34)	3,72 (3,24)	0,06
<b>Relation avec la direction</b>	8,61 (10,49)	8,76 (13,47)	0,64
<b>Commentaires et évaluations</b>	6,90 (6,02)	4,02 (6,50)	0,06
<b>Efficacité au travail</b>	10,07 (9,05)	5,90 (5,69)	<b>0,035</b>
<b>Lieu de travail</b>	7,7 (9,81)	7,83 (9,24)	0,77
<b>Équipements et outillages</b>	11,73 (12,96)	8,60 (11,65)	0,43
<b>Facilités</b>	3,03 (4,06)	4,81 (5,35)	0,20
<b>Temps pour l'exécution des tâches</b>	8,92 (12,67)	7,09 (10,53)	0,43
<b>Participation aux prises de décisions</b>	3,50 (3,91)	3,80 (10,09)	0,16
<b>Compétence et type de travail</b>	3,24 (5,79)	2,54 (3,44)	0,81
<b>Autonomie</b>	1,01 (1,21)	1,00 (2,25)	0,20
<b>Diversité de tâches</b>	0,50 (1,20)	1,26 (3,19)	0,60
<b>Prise en charge de travail lors d'une absence</b>	7,46 (7,67)	7,73 (7,41)	0,88

---

<b>Sous domaines de la QVT</b>	<b>Urgence rurale</b>	<b>Urgence urbaine</b>	<b>Valeur p</b>
	<b>Moy (é-t)</b>	<b>Moy (é-t)</b>	
<b>Répartition de la charge de travail lors de l'absence des employés</b>	9,56 (11,43)	12,51 (17,49)	0,95
<b>Absence pour raisons familiales</b>	12,18 (16,55)	11,38 (10,95)	0,60
<b>Exigences physiques</b>	2,46 (3,26)	2,17 (3,81)	0,64
<b>Relation avec le syndicat</b>	9,48 (8,87)	4,49 (8,31)	0,20
<b>Ressources d'aide aux employés</b>	5,13 (8,92)	3,18 (4,72)	0,63
<b>Rôles à jouer dans l'organisation</b>	2,88 (3,68)	2,65 (3,62)	0,74
<b>Conflit de rôle</b>	5,09 (5,45)	2,46 (3,78)	0,13
<b>Communication de l'information</b>	7,66 (12,32)	8,92 (13,16)	0,59

---

Les trois sous domaines sur lesquelles sont observées des différences statistiques s'avèrent « *l'efficacité au travail* » avec une moyenne de 10,07 pour les urgences rurales contre 5,90 pour les urgences urbaines ( $p=0,035$ ), « *les avantages sociaux* » moyenne = 3,21 pour les urgences rurales contre 5,35 pour les urgences urbaines ( $p=0,045$ ) et la « *relation avec mon supérieur* » moyenne=2,80 pour les urgences rurales contre 10,62 pour les urgences urbaines ( $p=0,005$ ).

On note une différence de plus de deux points dans les scores d'écart obtenus entre les médecins travaillant dans les urgences urbaines et les urgences rurales.

Dans la section suivante, nous allons présenter le tableau 5 qui nous résume les différentes zones colorées en rouge, jaune et verte selon le rang centile. La zone de QVT Bonne ou zone verte, correspond à un score qui se situe au-delà du 50<sup>e</sup> centile. Tel que mentionné précédemment, le score entre le 26<sup>e</sup> et le 50<sup>e</sup> centile est classé dans la zone jaune de QVT Passable et indique une dimension ou une sous-dimension dans laquelle des améliorations sont souhaitables. La zone de QVT Faible ou zone rouge réfère aux scores inférieurs au 25<sup>e</sup> centile et met en évidence les dimensions ou sous dimensions problématiques nécessitant une intervention. Ce tableau identifie les sous-domaines de QVT particulièrement problématiques pour les médecins travaillant dans les urgences urbaines et les urgences rurales du Québec.

Le tableau 5 permet d'apprécier visuellement le nombre important de sous domaines qui se situent dans la zone rouge. Le décompte des scores d'écart problématiques (zone rouge) est toutefois plus élevé chez les médecins qui travaillent dans les urgences rurales que ceux travaillant dans les urgences urbaines. Les sous-domaines associés à la bonne QVT, où donc les scores d'écart s'élèvent au-dessus du 50<sup>e</sup> centile (zone verte), s'avèrent majoritaires et sensiblement comparables pour les deux urgences. La zone jaune (QVT passable) associée aux urgences rurales contient 10 domaines, pour 13 en ce qui concerne les urgences urbaines.

**Tableau 5:** Classement des scores de QVT selon le rang centile dans les zones verte, jaune et rouge.

<b>Bonne QVT - Zone verte - supérieure au 50<sup>e</sup> centile</b>	
<b>Les urgences rurales</b>	<b>Les urgences urbaines</b>
Revenu	Revenu
Avantages sociaux	Sécurité de revenu
Sécurité de revenu	Possibilité d'avancement
Possibilité d'avancement	Perfectionnement et formation
Perfectionnement et formation	Compétitivité
Compétitivité	Relation avec confrères et consœurs de travail
Relation avec mon supérieur	Commentaires et évaluations
Relation avec mes employé(es)	
Participation aux prises de décisions	Participation aux prises de décisions
Compétence et type de travail	Compétence et type de travail
Autonomie	Autonomie
Diversité de tâches	Diversité de tâches
Rôles à jouer dans l'organisation	Rôles à jouer dans l'organisation
<b>QVT passable- Zone jaune- 26<sup>e</sup> centile - 50<sup>e</sup> centile</b>	
Sentiment d'appartenance	Avantages sociaux
Relation avec confrères et consœurs de travail	Charge émotive
Relation avec la direction	Relation avec la direction
Commentaires et évaluations	Efficacité au travail
Lieu de travail	Lieu de travail
Temps pour l'exécution des tâches	Temps pour l'exécution des tâches
Prise en charge de travail lors d'une absence	Prise en charge de travail lors d'une absence
Exigences physiques	Exigences physiques
Communication de l'information	Relation avec le syndicat
	Ressources d'aide aux employés
	Conflit de rôle
	Communication de l'information
<b>QVT faible- Zone rouge - inférieur au 25<sup>e</sup> centile</b>	
Horaire de travail	Horaire de travail
Horaire variable	Horaire variable
Équipements et outillages	Équipements et outillages
Relation avec le syndicat	Relation avec le syndicat
Répartition de la charge de travail lors de l'absence des employés	Répartition de la charge de travail lors de l'absence des employés
Absence pour raisons familiales	Absence pour raisons familiales
Possibilité de mutation	Relation avec mon supérieur
Charge émotive	Relation avec mes employé(es)
Ressources d'aide aux employés	
Conflit de rôle	

Le tableau 6 compare notre base de données avec la base de données d'un échantillon de 2900 personnels de santé trouvé sur le site internet de QVT.

Les quatre domaines où l'écart entre les deux groupes est d'au moins 2 points sont la rémunération, le cheminement professionnel, les caractéristiques de l'environnement physique et les horaires.

La comparaison d'indice d'écart de nos deux urgences avec l'échantillon normatif du site internet suggère que les médecins ont une bonne QVT au niveau de la rémunération et du cheminement professionnel, par contre les médecins ont une moins bonne QVT au niveau de l'environnement physique et les horaires.

**Tableau 6: Comparaison des domaines de la QVT de notre échantillon avec les résultats d'un échantillon normatif de 2900 sujets.**

Domaines de la QVT	Urgence rurale moy (e-t) n=33	Urgence urbaine moy (e-t) n=28	N=2900*
<b>Rémunération</b>	2,80 (3,14)	2,54 (2,31)	<b>5,02 (2,98)</b>
<b>Cheminement professionnel</b>	3,77 (4,51)	3,92 (4,51)	<b>7,48 (5,28)</b>
<b>Climat avec les collègues</b>	4,98 (6,95)	5,07 (8,48)	6,13 (5,14)
<b>Climat avec les supérieurs</b>	7,85 (8,63)	5,81 (4,94)	7,22 (9,81)
<b>Caractéristique de l'environnement physique</b>	8,22 (9,03)	9,75 (1,02)	<b>4,62 (8,24)</b>
<b>Support offert à l'employé</b>	3,52 (2,72)	4,94 (4,56)	5,92 (3,88)
<b>Facteurs influencent l'appréciation des tâches</b>	7,59 (6,52)	5,61 (4,76)	5,69 (11,51)
<b>Horaire</b>	12,64 (7,53)	11,96 (1,31)	<b>3,88 (3,58)</b>

Résultats des données de la base de données du site internet de la QVT  
e-t : écart-type, Moy = moyenne

## 7. DISCUSSION

À notre connaissance, c'est la première étude qui compare la QVT des médecins dans les urgences. Les résultats de cette étude pilote indiquent la nécessité d'une plus grande étude pour comparer la QVT des médecins dans les urgences. Seuls soixante et un médecins ont répondu à notre questionnaire. Les résultats révèlent de manière générale une différence dans les sous-domaines tels que les « avantages sociaux », la « relation avec les supérieurs », « l'efficacité au travail ».

Nous avons noté des similitudes entre les urgences dans les domaines tels que les horaires de travail et les caractéristiques de l'environnement physique, ceci est en accord avec la littérature [8, 25, 39, 40]. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les médecins dans les urgences sont souvent confrontés à des horaires irréguliers. Ainsi, la médecine d'urgence reste une spécialité où le médecin est soumis à un rythme rotatif des heures de travail. À titre d'exemple, au Québec, un médecin d'urgence travaille environ 24h à 30 h par semaine en alternance sur les quarts (jour, soir, nuit) de travail [25]. Plusieurs études montrent que le changement fréquent des horaires de travail est un des aspects les plus stressants de la médecine d'urgence [40, 41]. Cette rotation entraîne des perturbations du rythme circadien. Les effets des quarts rotatifs ont été cités comme un facteur important pour ceux qui quittent le poste. Plusieurs écrits montrent les effets négatifs liés aux difficultés à résoudre des cas complexes après plusieurs quarts de nuits [14, 39, 40]. Toutes ces perturbations sont susceptibles d'affecter la santé physique et psychologique des médecins d'urgence.

Dans notre étude, nos résultats indiquent des différences dans les domaines de QVT des médecins urbains et des médecins ruraux. Ils sont conformes à cette littérature [31, 33]. Les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches et le climat avec les supérieurs sont les deux domaines dans lesquelles nous retrouvons une différence.

Toutefois, il n'existe pas de différence significative entre le score global de la QVT des médecins dans les urgences urbaines versus rurales. Le score moyen de la QVT des médecins urbains est comparable à celle des médecins ruraux.

Plus spécifiquement, trois sous domaines de la QVT des médecins font état de différences significatives entre les urgences rurales et urbaines. Il s'agit des avantages sociaux, la relation avec les supérieurs et l'efficacité au travail. Chaque médecin qui travaille dans les urgences est par conséquent confronté aux réalités de son milieu de travail (urbain ou rural) [7]. Étant donné qu'en milieu urbain le cadre de vie est meilleur comme le souligne la littérature, l'on se serait attendu à ce que les médecins dans les urgences urbaines aient un meilleur cadre de travail que ceux dans les urgences rurales, notre étude confirme que le cadre de travail les médecins dans les urgences urbaines étudiées est meilleur que celui de leurs collègues dans les urgences rurales.

Tel que cité ci-haut, les domaines dans lesquels nous observons une différence significative sont les avantages sociaux, les relations avec les supérieurs, l'efficacité au travail. Les avantages sociaux dont il est question ici sont les congés annuels, les jours fériés, les absences ou congés maladie. En effet, dans les urgences rurales, il persiste une pénurie des médecins [42], les médecins exerçant en milieu rural ont par conséquent des difficultés à obtenir des congés annuels et des congés maladie; ce qui peut expliquer la différence dans les avantages sociaux entre les médecins dans les urgences rurales et ceux dans les urgences urbaines [31, 32].

Par ailleurs, certaines urgences rurales ont juste un médecin et en cas d'absence du médecin principal, les médecins dépanneurs sont appelés en remplacement. À contrario, en milieu urbain, il y a plusieurs médecins dans les urgences et les éventuelles absences ont peu d'impact sur les soins des patients vu que les autres médecins peuvent se répartir les tâches.

Les avantages sociaux n'ont pas été évoqués par les auteurs de publications récentes, mais la pénurie des médecins a été très souvent évoquée ces derniers temps [17, 42, 43].

La relation avec les supérieurs est un sous domaine de la QVT, elle est meilleure en milieu rural. Ceci peut s'expliquer par le fait que les structures hospitalières en milieu rural sont plus petites qu'en milieu urbain et par conséquent la proximité avec la hiérarchie est meilleure en milieu rural.

L'efficacité au travail est moins bonne chez les médecins travaillant dans les urgences rurales ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans les urgences urbaines, on retrouve généralement toutes les spécialités. Par conséquent, la bonne collaboration entre spécialistes a un impact positif sur l'efficacité des soins prodigués aux patients en milieu urbain. La littérature corrobore nos résultats vu que selon la littérature, le manque de spécialiste est très souvent évoqué dans les urgences rurales [8, 33].

Par ailleurs, nos résultats montrent que 11 items sont en détérioration dans les urgences rurales contre 8 sous-domaines dans les urgences urbaines. Ces items sont ceux sous le 25<sup>e</sup> centile où il faut entreprendre des mesures correctives. En effet, il a été démontré que pour l'ISQVT que lorsque le score global est sous le 25<sup>e</sup> centile, il ya 7,2 fois plus de risque de développer de la détresse psychologique et 6,9 fois plus de risque d'épuisement professionnel [5]. Les horaires irréguliers, le manque de considération des pairs, la charge de travail imprévisible sont dans la zone sous le 25<sup>e</sup> centile dans les urgences rurales et dans les urgences urbaines. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature [13, 39, 41, 44], qui suggèrent que les horaires irréguliers et la surcharge de travail ont une influence négative sur la QVT des médecins dans les urgences. La charge de travail et les horaires irréguliers sont liés à l'épuisement professionnel et la détresse psychologique, ce qui va conduire à une faible QVT [40]. Une étude réalisée aux É.-U. auprès de 470 employés des services médicaux d'urgence suggère que l'augmentation de la charge du travail lors du quart de travail avait un

impact sur la récupération quelqu'un soit le temps de repos [45]. L'horaire biologique est toujours perturbé chez ces personnes [39].

La QVT des médecins dans les urgences a été comparée à celle d'un échantillon normatif composé des autres professionnels de santé. Les sous domaines rémunération, cheminement professionnel, les horaires, les caractéristiques de l'environnement, ont été notés par leur différence avec l'échantillon normatif. De ce fait, on peut l'expliquer par le fait que les médecins font partie d'une classe sociale aisée ayant le niveau le plus élevé d'années d'études parmi les différents groupes de professionnels de santé [7].

Cette étude montre des défis inhérents à la collecte de données auprès des médecins (taux de réponse d'environ 40 %). Plusieurs stratégies et approches ont été développées pour optimiser la collecte de donnée auprès des médecins. Une étude révèle qu'un taux de participation supérieur à 20 % était suffisant auprès des médecins spécialistes [46]. En plus, une enquête réalisée auprès des médecins spécialistes montre également un faible taux de réponse lors des sondages et le principal facteur évoqué par les non-répondants est le manque de temps.

Le faible taux de participation pourrait par ailleurs être expliqué par la longueur du questionnaire ISQVT (30 minutes environ) et le temps limité pour compléter le sondage compte tenu des nombreuses occupations des médecins [25]. Une autre limite reliée au faible taux de réponse est l'accessibilité du questionnaire sur toutes les plates formes, l'ISQVT n'étant pas accessible sur les « I pads ». Une étude faite par Lovato et *al.*, [47], montre que le temps nécessaire pour collecter un questionnaire est souvent sous-estimé. Les efforts considérables sont nécessaires pour atteindre ces objectifs. Toutes les deux semaines, nous avons envoyé des courriels de rappel aux médecins. Selon la littérature, les incitations financières sont une source de grande motivation pour la collecte des données [48]. Une grande participation aurait par ailleurs permis d'avoir une bonne puissance statistique et de détecter, si possible, une différence statistiquement significative.

En outre, la QVT demeure très complexe [5, 49]. Il existe une pluralité de définitions de la notion de QVT, cette définition évolue et continue d'évoluer avec le temps vu que l'on constate une grande hétérogénéité dans les questionnaires sur la QVT. En plus, la QVT est étudiée par des nombreuses disciplines et variée (médecine, psychologie, sciences de gestion, épidémiologie, sociologie). Ainsi, chaque auteur proposera une définition en adaptant en fonction de sa question de recherche.

### **Les forces de notre étude:**

La principale force de notre étude est l'utilisation d'un questionnaire validé scientifiquement et facile d'usage. Ce questionnaire a fait ses preuves auprès d'autres groupes et professions dans plusieurs pays. Il permet de poser un diagnostic organisationnel, qui dans une perspective de solution de problèmes ou de prévention, servira de bases à l'élaboration d'un plan d'intervention. De plus, il permet aussi d'identifier les problèmes de détresse psychologique et d'épuisement professionnel.

### **Les limites de notre étude :**

Notre étude comporte toutefois certaines limites. L'interprétation des résultats de cette étude doit rester très prudente. La faible taille de l'échantillon reste la principale limite de cette étude et nous indique qu'elle n'est pas représentative de l'ensemble des médecins des urgences. Il s'agit d'une étude pilote descriptive. La collecte a été faite sur la base du volontariat donc elle peut comporter un biais de sélection. Nous supposons que les répondants avaient un intérêt pour leur QVT. En effet, la priorité des médecins est de sauver les vies, ils sont généralement très occupés et ont une lourde charge de travail. Cela pour expliquer la faible taille de l'échantillon.

On peut noter un biais de sélection dû au fait que nous avons utilisé un échantillon de convenance et nous n'avons pas les caractéristiques des médecins qui n'ont pas rempli le questionnaire.

### **Implications des résultats de l'étude**

À notre connaissance, cette étude est la première qui compare la QVT des médecins dans les urgences rurales et urbaines du Québec. D'autres études supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer les différents facteurs liés à la QVT des médecins et d'évaluer l'impact des stratégies qui seront mises en place pour améliorer la QVT des médecins dans toutes les urgences urbaines et rurales du Québec.

## **8 CONCLUSION**

Cette étude pilote va contribuer à combler une lacune relativement au fait que peu de données récentes ont été publiées sur la QVT des médecins au Québec. La plupart des recherches étaient centrées sur les infirmières. Les résultats de cette étude pilote indiquent la nécessité de conduire une étude plus grande afin de comparer la QVT des médecins dans les urgences. La présente étude fournit des avenues de réflexions et de recherches. La QVT est une problématique importante sur laquelle les hôpitaux doivent se pencher pour l'amélioration de la QVT du personnel médical. La collecte a été difficile et longue malgré toutes les stratégies mises en place. Des études supplémentaires sont bien importantes pour comprendre ces résultats. Améliorer la qualité de vie au travail des médecins dans les établissements de santé permettrait de contribuer efficacement à la qualité de soins et à la sécurité des patients.

La qualité de vie au travail a été bonne en milieu urbain mais ces conclusions sont à confirmer dans une grande étude.

## RÉFÉRENCES

1. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, Changer les orientations, changer des vies : Stratégies en matière de santé mentale pour le Canada, Commission de la santé mentale du Canada, Calgary (Alberta), 2012.
2. Québec Gd. Santé mentale au travail : prévention et moyens d'action. 2017.
3. Fleet R, Poitras J, Archambault P, Tounkara FK, Chauny JM, Ouimet M, et al. Portrait of rural emergency departments in Quebec and utilization of the provincial emergency department management Guide: cross-sectional survey. *BMC health services research*. 2015;15:572.
4. Dupuis G, J.-P. Martel, C. Voirol, L. Bibeau et N. Bonneville-Hébert. . La Qualité de Vie au travail : Bilan des connaissances et présentation de l'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©). *Social Service Review*. ISQVT. Montréal, 2010. Centre de liaison sur l' intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) En ligne.: [Available from: <[http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans\\_de\\_connaissance/BilancompletISQVT20sept10.pdf](http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans_de_connaissance/BilancompletISQVT20sept10.pdf)>].
5. Dupuis G, J. Lachance-Fiola et N. Hébert-Bonneville. Qualité de vie au travail,détresse psychologique et épuisement professionnel chez des travailleurs communautaires: Congrès de l 'ACFAS. 2010.
6. Xiao Y, Wang J, Chen S, Wu Z, Cai J, Weng Z, et al. Psychological distress, burnout level and job satisfaction in emergency medicine: A cross-sectional study of physicians in China. *Emergency medicine Australasia* : EMA. 2014;26(6):538-42.
7. . Le profil du médecin d'urgence à temps plein 2009 [cited 2016 31/05/]. Available from: [https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Le\\_profil\\_du\\_medecin\\_d\\_urgence\\_a\\_temps\\_plein\\_\(2009\).pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLKb96mm75DwfLeUjab](https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Le_profil_du_medecin_d_urgence_a_temps_plein_(2009).pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLKb96mm75DwfLeUjab).
8. Bragard I, Fleet R, Etienne AM, Archambault P, Legare F, Chauny JM, et al. Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: a pilot study. *BMC research notes*. 2015;8:116.
9. Andrew A PP, Drommond A,. L'engorgement des départements d'urgence et le blocage d'accès. *Cjem*. 2013;15(6):371-84.

10. Fleet R, Audette LD, Marcoux J, Villa J, Archambault P, Poitras J. Comparison of access to services in rural emergency departments in Quebec and British Columbia. *Cjem*. 2014;16(6):437-48.
11. Fleet R, Poitras J, Maltais-Giguere J, Villa J, Archambault P. A descriptive study of access to services in a random sample of rural Canadian emergency departments. *BMJ open*. 2013;3(11):e003876.
12. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied nursing research : ANR*. 2017;34:40-7.
13. Sand M, Hessam S, Bechara FG, Sand D, Vorstius C, Bromba M, et al. A pilot study of quality of life in German prehospital emergency care physicians. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2016;21:133.
14. Patterson PD, Buysse DJ, Weaver MD, Callaway CW, Yealy DM. Recovery between Work Shifts among Emergency Medical Services Clinicians. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*. 2015;19(3):365-75.
15. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2015;32(8):588-94.
16. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emergency medicine Australasia : EMA*. 2016;28(1):7-26.
17. Estry-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians- results from the French SESMAT study. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2011;28(5):397-410.
18. Hutchinson TA, Haase S, French S, McFarlane TA. Stress, Burnout and Coping among Emergency Physicians at a Major Hospital in Kingston, Jamaica. *The West Indian medical journal*. 2014;63(3):262-6.
19. Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*. 2011;19(4):31-7.
20. J.L Tavani GLM, L. Hoffmann-Hervé, M. Botella, J. Collange. La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ? 2014, ;75(2):160-70.

21. Organisation Mondiale de la Santé. La qualité des soins et la sécurité des patients: Priorité mondiale. Organisation mondiale de la santé.
22. Dupuis G. L'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT): Diagnostic organisationnel des risques psychosociaux et prévention des problèmes de santé mentale au travail. 6e journées annuelles INPES: les journées de la prévention (Paris). 2010.
23. Catherine H. Étude descriptive comparative de la qualité de vie au travail d'infirmière travaillant par quarts de huit heures et de douze heures dans les hôpitaux québécois: Université du Québec à Rimouski; 2014.
24. Bonnefond JY, Clot Y. [Quality of life at work and quality of work]. Soins; la revue de référence infirmière. 2011(759):51-3.
25. AMUQ. Mémoire de l'Association des médecins d'urgence du Québec 2014 [cited 2016/04/23]. Available from: <https://www.amuq.qc.ca/amuq/accueil/>
26. LES URGENCES AU QUÉBEC: ÉVOLUTION DE 2003-2004 À 2012-2013  
[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE\\_Rapport\\_Urgences\\_2014.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf).
27. Ministère De La Santé Et Des Services Sociaux Du Québec. Guide de gestion de l'urgence. Québec: Gouvernement du Québec; 2006
28. D. Roberge DL, R. Pineault, J.-F. Levesque MH, B. Simard. L'URGENCE HOSPITALIÈRE : UN SUBSTITUT À LA PREMIÈRE LIGNE? RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DE LA POPULATION DE MONTRÉAL ET DE LA MONTÉRÉGIE. 2005.
29. Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine. 2001;8(2):151-5.
30. De Gantes E BG, Lehucher -Michel M. Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital. 2014;26(6):803-12.
31. Fleet R, Archambault P, Legare F, Chauny JM, Levesque JF, Ouimet M, et al. Portrait of rural emergency departments in Quebec and utilisation of the Quebec Emergency Department Management Guide: a study protocol. BMJ open. 2013;3(4).
32. Fleet R, Tounkara FK, Ouimet M, Dupuis G, Poitras J, Tanguay A, et al. Portrait of trauma care in Quebec's rural emergency departments and identification

- of priority intervention needs to improve the quality of care: a study protocol. *BMJ open*. 2016;6(4):e010900.
33. Fleet R, Pelletier C, Marcoux J, Maltais-Giguere J, Archambault P, Audette LD, et al. Differences in access to services in rural emergency departments of Quebec and Ontario. *PLoS one*. 2015;10(4):e0123746.
34. Les services d'urgence au Québec :caractéristiques et utilisation des infirmières auxiliaires
35. Du Plessis V, Beshiri R, Bollman RD, Clemenson H. Definitions of rural. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*. 3. Ottawa: Statistics Canada; 2001. p. 1-17. Catalogue no.21-006-XIE.
36. Statistics Canada. Definitions of rural. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*. 2001;3(3):1-17.
37. Dupuis G, et J. P. Martel. . Caractéristiques psychométriques de L'ISQVT©: Fidélité test-retest, cohérence interne, validité de construit, validation transculturelle : La qualité de la vie au travail dans les années 2000: Actes du Xlllième congrès de l'Association internationale de psychologie du travail et des organisations de langue française (AIPTLF). (Bologne, Italie, 26-29 août). 2004:1184-95 p.
38. Benneville-Hébert N. L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle: son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique: Université du Québec à Montréal; 2014.
39. Kuhn G. Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. *Annals of emergency medicine*. 2001;37(1):88-98.
40. Harris JD, Staheli G, LeClere L, Andersone D, McCormick F. What effects have resident work-hour changes had on education, quality of life, and safety? A systematic review. *Clinical orthopaedics and related research*. 2015;473(5):1600-8.
41. Hosseinabadi R, Karampourian A, Beiranvand S, Pournia Y. The effect of quality circles on job satisfaction and quality of work-life of staff in emergency medical services. *International emergency nursing*. 2013;21(4):264-70.
42. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009(1):Cd005314.
43. Reiter M, Wen LS, Allen BW. The Emergency Medicine Workforce: Profile and Projections. *The Journal of emergency medicine*. 2016.

44. Taylor DM, Pallant JF, Crook HD, Cameron PA. The psychological health of emergency physicians in Australasia. *Emergency medicine Australasia* : EMA. 2004;16(1):21-7.
45. Patterson PD, Weaver MD, Frank RC, Warner CW, Martin-Gill C, Guyette FX, et al. Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*. 2012;16(1):86-97.
46. Cunningham CT, Quan H, Hemmelgarn B, Noseworthy T, Beck CA, Dixon E, et al. Exploring physician specialist response rates to web-based surveys. *BMC medical research methodology*. 2015;15:32.
47. Lovato LC, Hill K, Hertert S, Hunninghake DB, Probstfield JL. Recruitment for controlled clinical trials: literature summary and annotated bibliography. *Controlled clinical trials*. 1997;18(4):328-52.
48. Hopkins K GA. Response rates in survey research: a meta-analysis of the effects of monetary gratuities. *J Exp Educ* 1992;61:52–62 doi: 10.1080/0022097319929943849.
49. (HAS) HADS. Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé 21 octobre 2010.

## **Annexes**

## Formulaire de consentement

Projet de recherche - *Portrait des unités d'urgence rurales du Québec et utilisation du Guide de gestion*

**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**



**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Nord-de-  
l'Île-de-Montréal**



### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – QUESTIONNAIRE EN LIGNE SUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DESTINÉ AUX INFIRMIÈRES ET MÉDECINS DE L'UNITÉ D'URGENCE**

**Titre de l'étude :** PORTRAIT DES UNITÉS D'URGENCE RURALES DU QUÉBEC ET UTILISATION DU GUIDE DE GESTION

**Chercheur principal :** Richard Fleet, MD, PhD, CCMF-MU

**Cochercheurs :** Patrick Archambault, MD, MSc, FRCP(c), CSPQ France Légaré, MD, PhD, Jean-Marc Chauny, MD, CSPQ, MSc, Jean-Frédéric Lévesque, MD, PhD, Mathieu Ouimet, PhD et Gilles Dupuis, PhD

\*Dr. Chauny est le chercheur local à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

**Collaborateurs :** Jeannie Haggerty, PhD, Julien Poitras, MD, CSPQ, Alain Tanguay, MD, Geneviève Simard-Racine, MD et Josée Gauthier, MSc

**Financement :** Fonds de la recherche du Québec - Santé (FRQS)

**Numéro de l'étude :** MP-HDL-1213-011

*Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.*

#### **Description et but du projet de recherche**

Le projet vise à dresser un portrait des unités d'urgence rurales du Québec. De plus, il a pour but de vérifier si les recommandations proposées par le *Guide de gestion de l'urgence* (MSSS, 2006) sont mises en place, et d'identifier les facteurs qui nuisent ou contribuent à leur application dans les milieux. Les impacts du guide sur la qualité des soins et sur la qualité de vie au travail des infirmières et médecins seront également étudiés. Enfin, nous comparerons la qualité de vie au travail chez les médecins et les infirmières dans les unités d'urgence rurales et urbaines.

#### **Nature et durée de la participation au projet de recherche**

En tant qu'infirmière ou médecin de l'unité d'urgence, vous êtes invité(e) à compléter un questionnaire en ligne : **l'Inventaire systématique de la qualité de vie au travail**. Il comprend 40 énoncés divisés en 8 sous-groupes: la rémunération, le cheminement professionnel, l'horaire de travail, le climat avec

les collègues de travail, le climat avec les supérieurs, l'environnement physique, les facteurs qui influencent l'appréciation de la tâche à effectuer et le support à l'employé. Il est estimé que 30 minutes seront nécessaires pour répondre à toutes les questions. Le lien web pour accéder au questionnaire en ligne vous sera transmis par courrier électronique.

#### **Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche**

Le fait de participer à cette recherche vous permet de contribuer à l'avancement des connaissances en médecine d'urgence rurale et, ultimement, à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts dans les établissements de santé ruraux.

#### **Inconvénients et risques majeurs pouvant découler de la participation au projet de recherche**

Aucun inconvénient ou risque majeurs peuvent découler de votre participation. Toutefois, vous devrez prendre 30 minutes de votre temps personnel pour compléter le questionnaire.

#### **Information complémentaire concernant le projet de recherche**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec la coordonnatrice de l'étude, Madame Chantal Lanthier, au numéro suivant : 514-338-2222 poste 3318 ou encore avec le chercheur principal, Dr Jean-Marc Chauny, au numéro suivant : 514-338-2222 poste 2050.

#### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer ou non à ce projet de recherche, et ce, sans contrainte ou peur de représailles. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négative. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans préjudice, et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre un terme à votre participation, il est important d'en prévenir la coordonnatrice de l'étude, dont les coordonnées sont incluses dans ce document.

#### **Confidentialité des données**

Si vous consentez à participer, en arrivant sur le site du questionnaire, vous recevrez un « identifiant » (sorte de NIP) que seul vous connaîtrez. Ce NIP ne réfère à aucune donnée nominale ni adresse électronique. Vous serez identifié uniquement par ce numéro de code afin de préserver la confidentialité de vos données. **Il est bien important de conserver ce NIP**, car il vous permettra d'accéder à votre profil personnalisé. Les données du sondage ne seront associées ni aux personnes participantes ni consignées dans leur dossier d'employé.

Vos résultats individuels seront conservés dans une base de données sécurisée appartenant au *Laboratoire de psychologie de la santé* de l'UQAM. Notamment, la sécurité des données est assurée par des pare-feu (systèmes permettant de faire respecter la politique de sécurité du réseau). Puisque les mesures de sécurité initiales sont jugées très bonnes, les données ne sont pas encryptées.

Vos données brutes, qui sont anonymes, seront ajoutées à celles déjà existantes d'autres travailleurs québécois, déjà présents dans une base de données contenant maintenant plus de 3 000 participants. Il est possible que les données recueillies dans le cadre de la présente étude soient utilisées ultérieurement pour d'autres projets de recherche.

Il est à noter que lors de la diffusion des résultats, les données de ce questionnaire ne seront pas associées à votre établissement.

#### **Plaintes ou critiques**

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau du président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au (514) 338-2222, poste 3581.

#### **Surveillance éthique du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche du CSSS Alphonse-Desjardins a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez joindre Madame Jenny Kaeding, coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au 418-835-7121, poste 1256.

#### **Déclaration du chercheur ou de son représentant**

Par la présente, je certifie que le participant pressenti à ce projet a été informé de la nature du projet de recherche, des exigences, des avantages et des inconvénients relatifs à ce projet de recherche. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semble l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ (en lettres majuscules), certifie :

- a) Avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire de consentement;
- b) Avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) Lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

#### **Consentement**

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche de ses responsabilités légales et professionnelles.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet de recherche, de la nature et de l'ampleur de ma participation, ainsi que des risques auxquels je m'expose, tels qu'exprimés dans le présent formulaire de consentement dont j'ai reçu une copie.

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ (en lettres majuscules), consens librement, par la présente, à participer à ce projet de recherche intitulé « *Portrait des unités d'urgence rurales du Québec et utilisation du Guide de gestion* ».

---

Signature du participant, de la participante

Date (JJ/MM/AAAA)

J'accepte de recevoir par courrier électronique le lien web pour accéder au questionnaire en ligne.

Oui  Non

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Sinon, veuillez nous indiquer votre numéro de téléphone \_\_\_\_\_.

## Questionnaire sur la qualité de vie au travail

### Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail (ISQVT)®

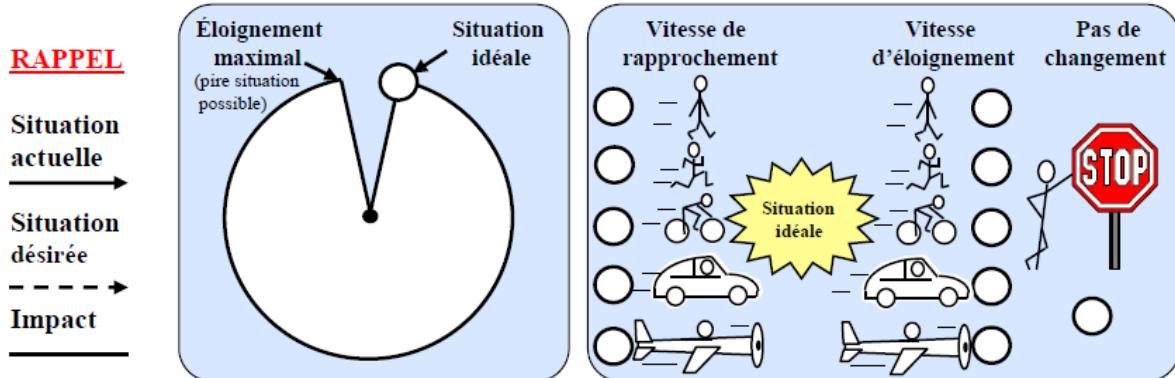
Maintenant que vous avez terminé de répondre à la première section, voici, à nouveau, l'ensemble des domaines du travail couverts par ce questionnaire. Pour chaque domaine, indiquez sur l'échelle de « **ESSENTIEL** » à « **INUTILE** » l'importance que vous lui accordez en cochant le cercle approprié.

	ESSENTIEL	TRÈS IMPORTANT	IMPORTANT	MOYENNEMENT IMPORTANT	PEU IMPORTANT	SANS IMPORTANCE	INUTILE
1. Revenu.....	<input type="radio"/>						
2. Bénéfices marginaux.....	<input type="radio"/>						
3. Sécurité de revenu.....	<input type="radio"/>						
4. Possibilité d'avancement.....	<input type="radio"/>						
5. Mutation.....	<input type="radio"/>						
6. Perfectionnement et formation.....	<input type="radio"/>						
7. Horaire de travail.....	<input type="radio"/>						
8. Horaire variable.....	<input type="radio"/>						
9. Sentiment d'appartenance.....	<input type="radio"/>						
10. Charge émotive.....	<input type="radio"/>						
11. Compétitivité.....	<input type="radio"/>						
12. Relation avec confrères et consœurs de travail.....	<input type="radio"/>						
13. Relation avec le supérieur ou les employé(e)s).....	<input type="radio"/>						
14. Relation avec l'employeur ou la direction.....	<input type="radio"/>						
15. Commentaires et évaluation.....	<input type="radio"/>						
16. Efficacité au travail.....	<input type="radio"/>						
17. Lieu de travail.....	<input type="radio"/>						
18. Équipements et outillages nécessaires au travail.....	<input type="radio"/>						
19. Facilités (garderie, restauration, etc).....	<input type="radio"/>						
20. Temps pour l'exécution des tâches.....	<input type="radio"/>						
21. Participation aux prises de décisions.....	<input type="radio"/>						
22. Compétence et type de travail.....	<input type="radio"/>						
23. Autonomie.....	<input type="radio"/>						
24. Diversité des tâches.....	<input type="radio"/>						
25. Prise en charge de mon travail pendant mon absence....	<input type="radio"/>						
26. Répartition de la tâche en l'absence d'un employé.....	<input type="radio"/>						
27. Absence pour raisons familiales.....	<input type="radio"/>						
28. Exigences physiques.....	<input type="radio"/>						
29. Relation avec le syndicat.....	<input type="radio"/>						
30. Ressources d'aide aux employés.....	<input type="radio"/>						
31. Clarté de mon rôle dans l'organisation.....	<input type="radio"/>						
32. Conflit de rôle.....	<input type="radio"/>						
33. Communication de l'information.....	<input type="radio"/>						

34. Relation avec le patient.....	<input type="radio"/>						
35. Relation avec la famille du patient.....	<input type="radio"/>						
36. Nature des problèmes des patients arrivant à l'urgence...	<input type="radio"/>						
37. Soutien émotionnel des collègues après une expérience stressante/traumatique.....	<input type="radio"/>						
38. Évolution du métier à l'urgence.....	<input type="radio"/>						
39. Évolution des conditions de mon travail.....	<input type="radio"/>						

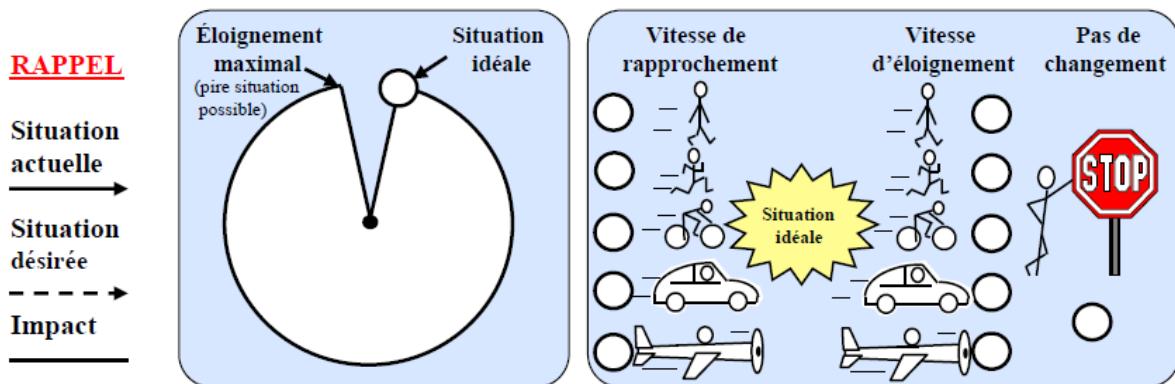
37. Soutien émotionnel des collègues après une expérience stressante/traumatique

Situation idéale : être parfaitement heureux du soutien émotionnel des collègues après une expérience stressante/traumatique



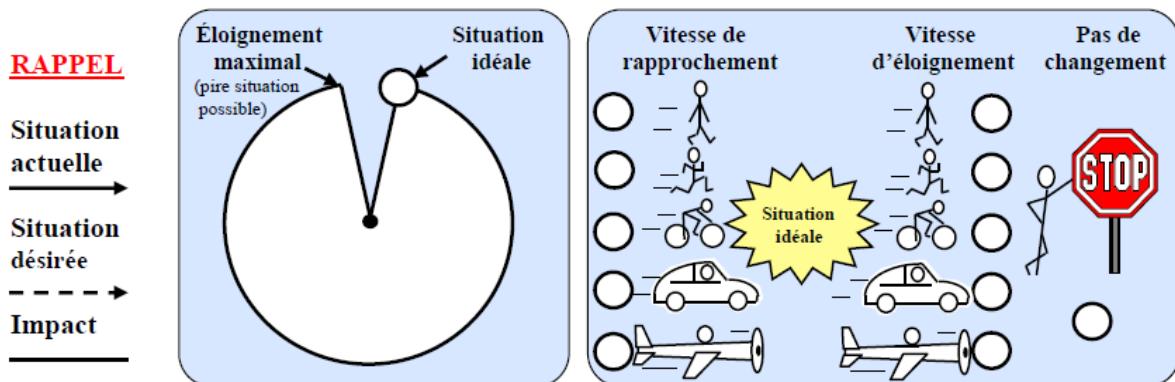
38. Évolution du métier à l'urgence (reconnaissance par les autres professionnels de la santé comme une véritable spécialité)

Situation idéale : être parfaitement heureux de l'évolution du métier à l'urgence



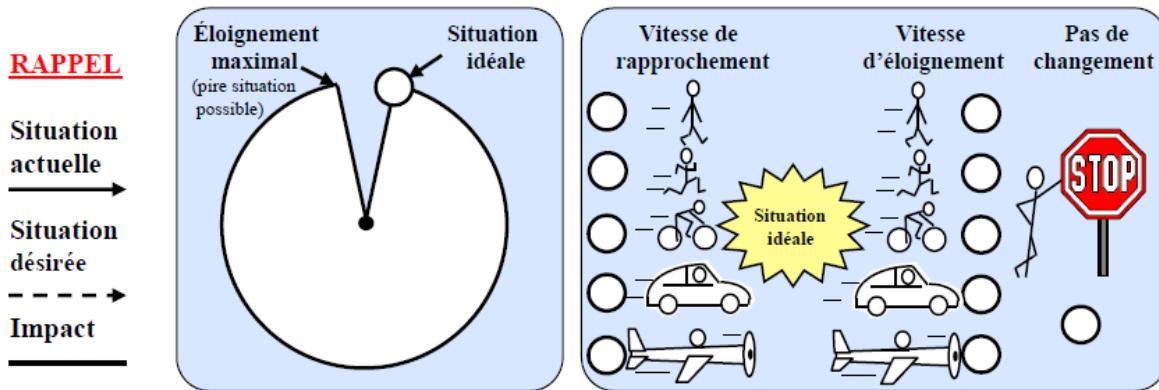
39. Évolution des conditions de mon travail (ressources humaines et matérielles)

Situation idéale : être parfaitement heureux de l'évolution des conditions de mon travail



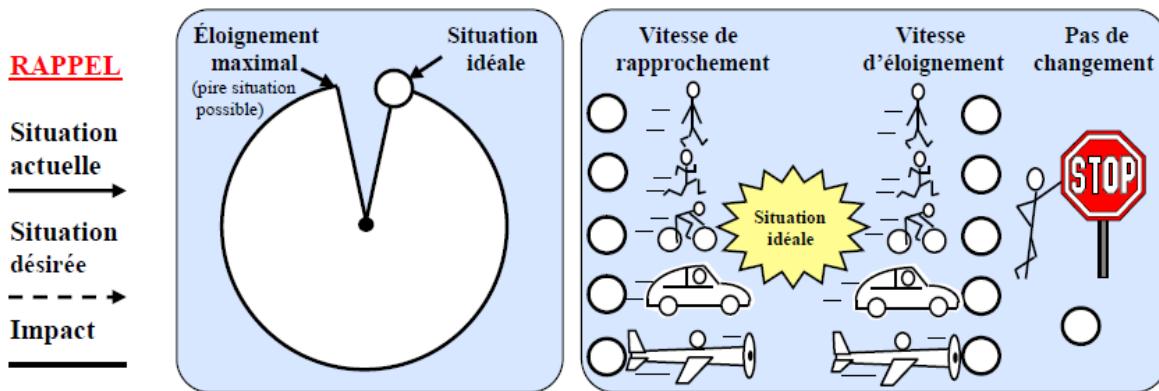
34. Relation avec le patient (climat, reconnaissance, respect)

Situation idéale : être parfaitement heureux de la relation que j'ai avec le patient



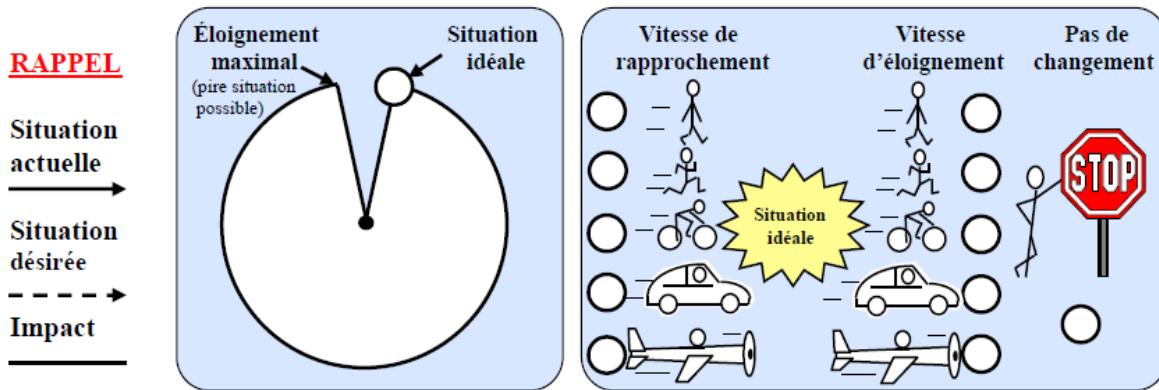
35. Relation avec la famille du patient (climat, reconnaissance, respect)

Situation idéale : être parfaitement heureux de la relation que j'ai avec la famille du patient



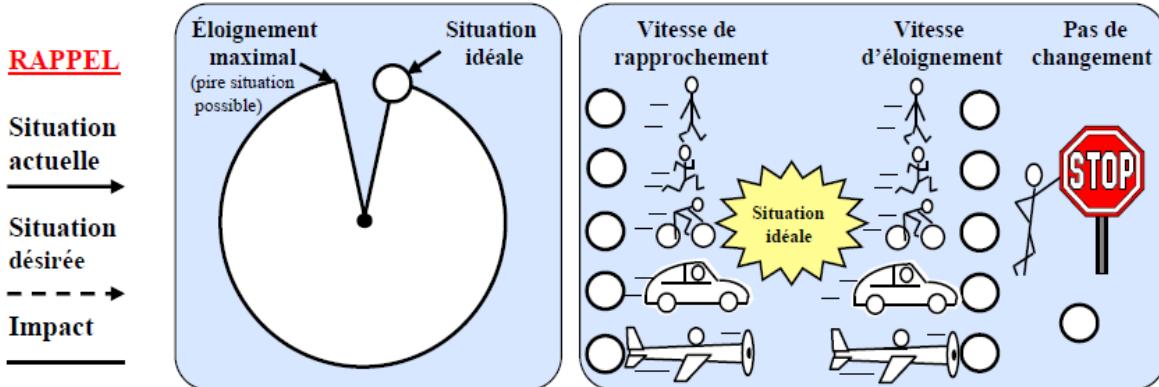
36. Nature des problèmes des patients arrivant à l'urgence (intensité/gravité du problème; demandes appropriées pour l'urgence)

Situation idéale : être parfaitement heureux de la nature des problèmes auxquels je dois faire face à l'urgence



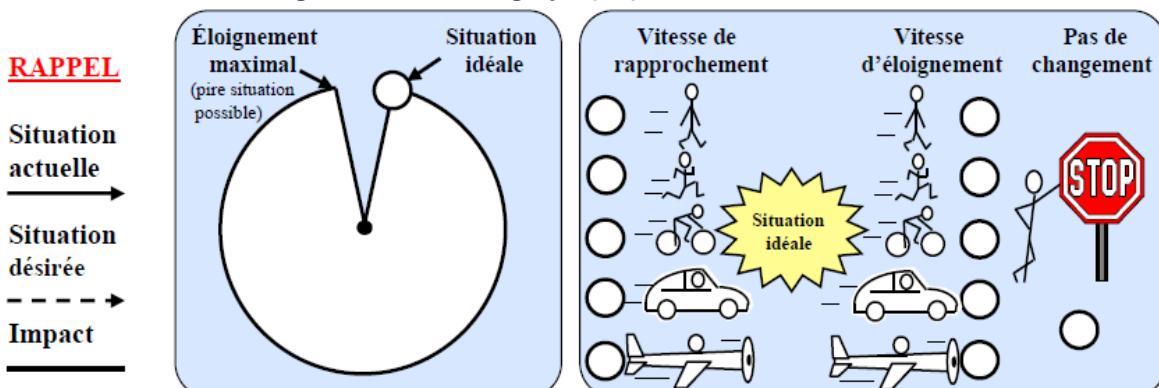
### 31. Rôle à jouer dans l'organisation (rôle : ensemble des tâches que j'ai à accomplir)

Situation idéale : être parfaitement heureux de la clarté du rôle que j'ai à jouer à l'intérieur de l'organisation



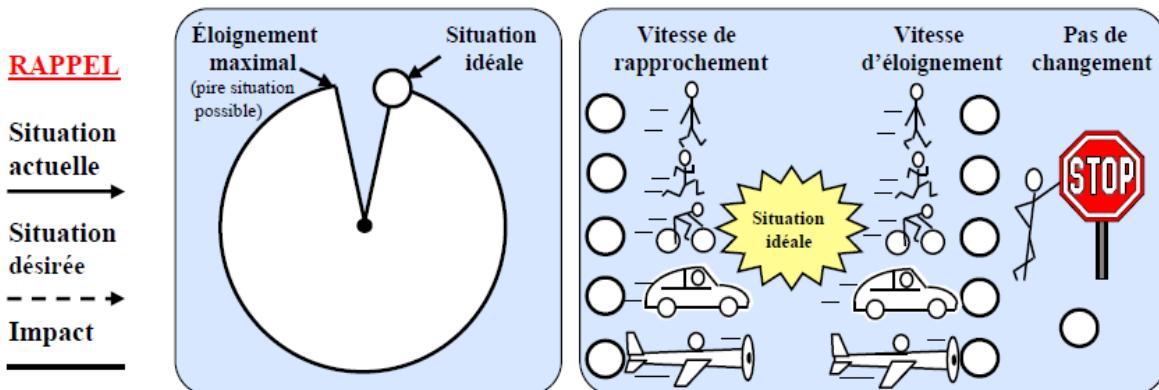
### 32. Conflit de rôle

Situation idéale : n'avoir aucune tâche à accomplir venant en conflit avec les tâches d'un ou de plusieurs autres employés(ees).



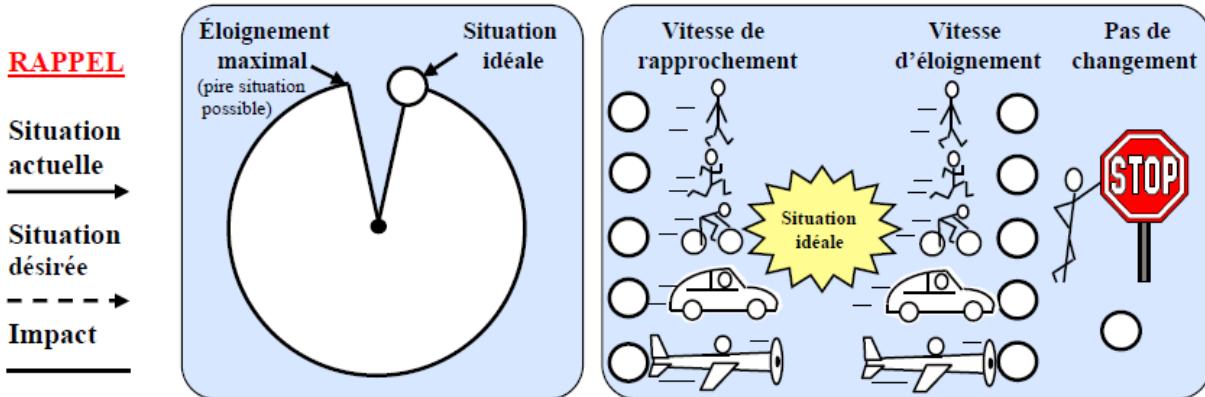
### 33. Communication de l'information

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de l'efficacité avec laquelle l'information (mémos, consignes, plan d'action, etc.) est transmise à l'intérieur de l'entreprise.



## 28. Exigences physiques

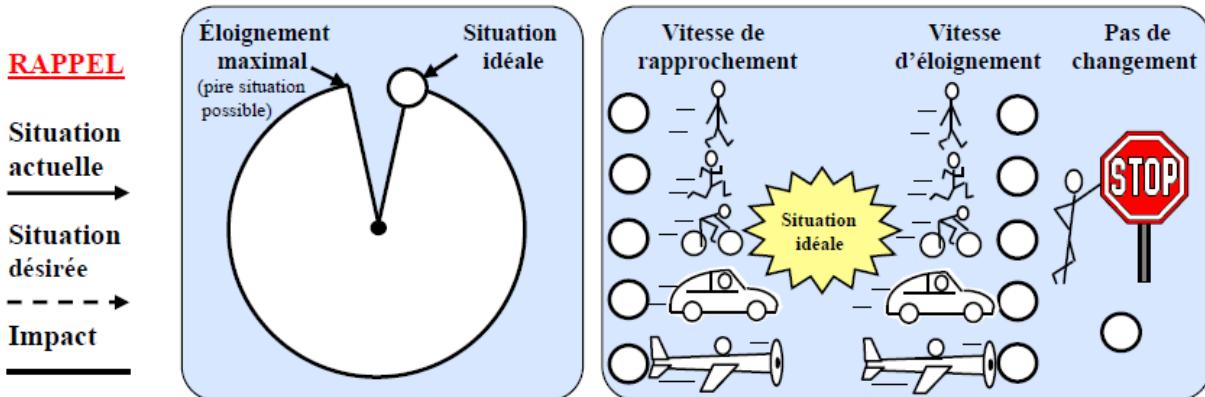
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) des exigences physiques (efforts, posture, etc) nécessaires à l'exécution de mon travail



## 29. Relation avec le syndicat

*absence* ○

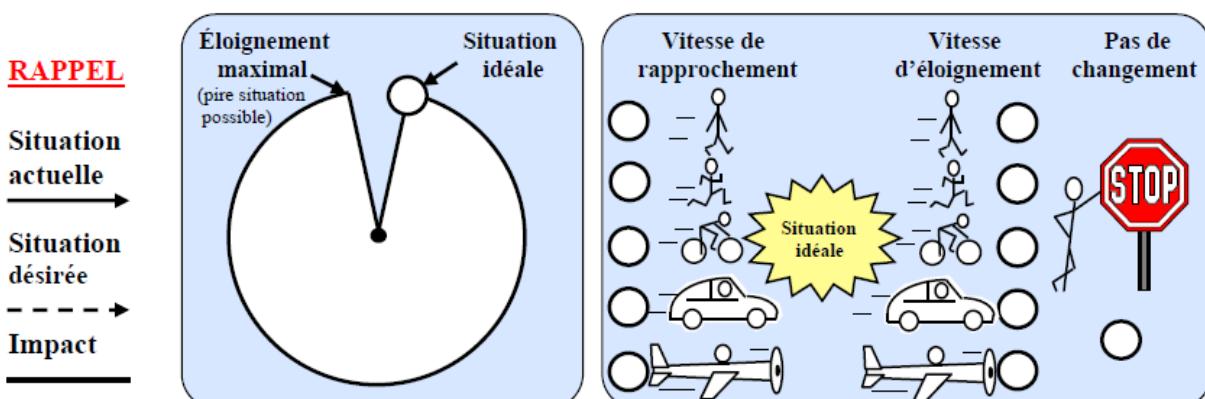
Situation idéale : être parfaitement heureux du support apporté par mon syndicat dans les différents aspects du travail



## 30. Ressources d'aide aux employés (P.A.E., etc.)

*absence* ○

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de l'aide disponible pour l'employé(e)



25. Prise en charge de mon travail lors d'une absence

*absence* 

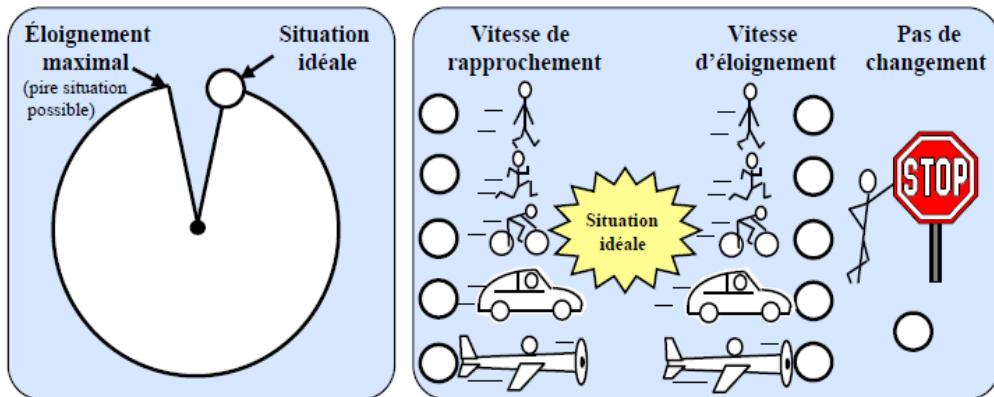
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) du travail exécuté sur mes tâches lorsque je dois m'absenter

**RAPPEL**

Situation actuelle  
→

Situation désirée  
→

Impact  
→



26. Répartition de la charge de travail lors de l'absence d'un(e) employé(e) (ou plus)

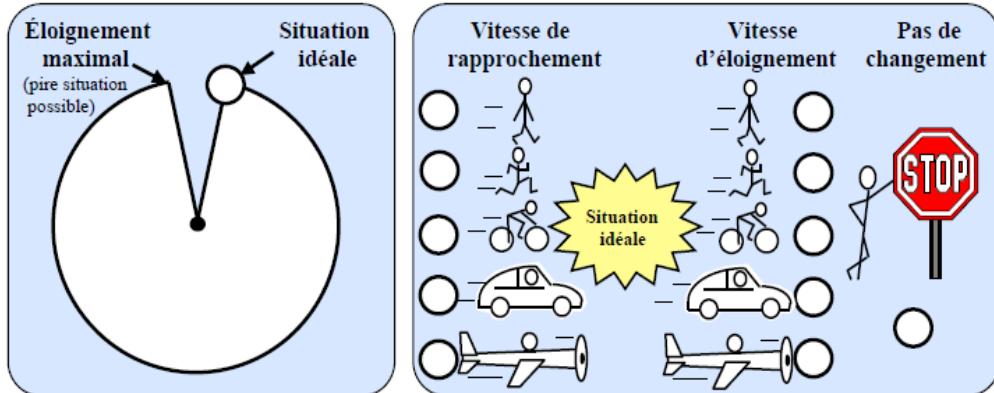
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la répartition de la charge de travail occasionnées par l'absence d'un(e) employé(e) (ou plus)

**RAPPEL**

Situation actuelle  
→

Situation désirée  
→

Impact  
→



27. Absence pour raisons familiales (jeunes enfants, conjoint, décès, etc.)

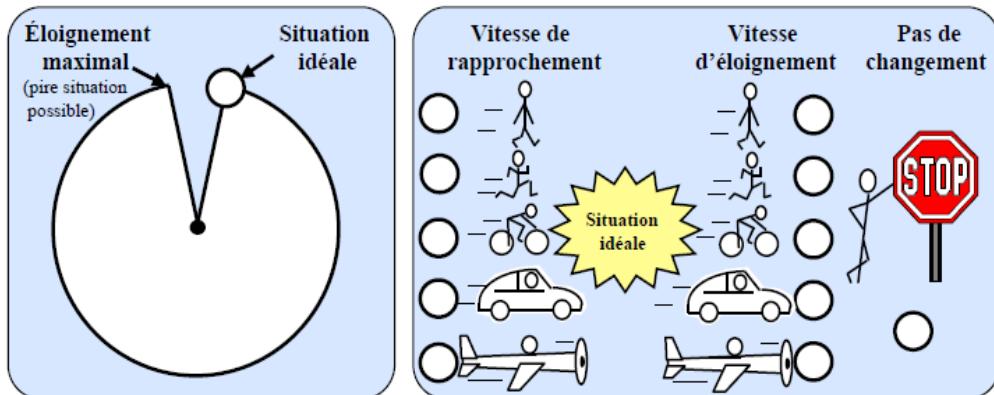
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la politique de l'employeur lorsque je dois m'absenter pour des raisons familiales

**RAPPEL**

Situation actuelle  
→

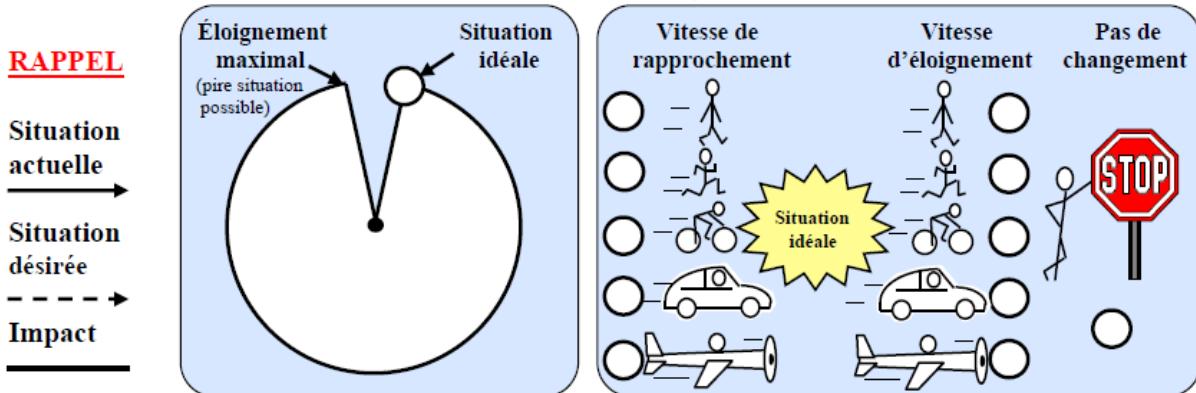
Situation désirée  
→

Impact  
→



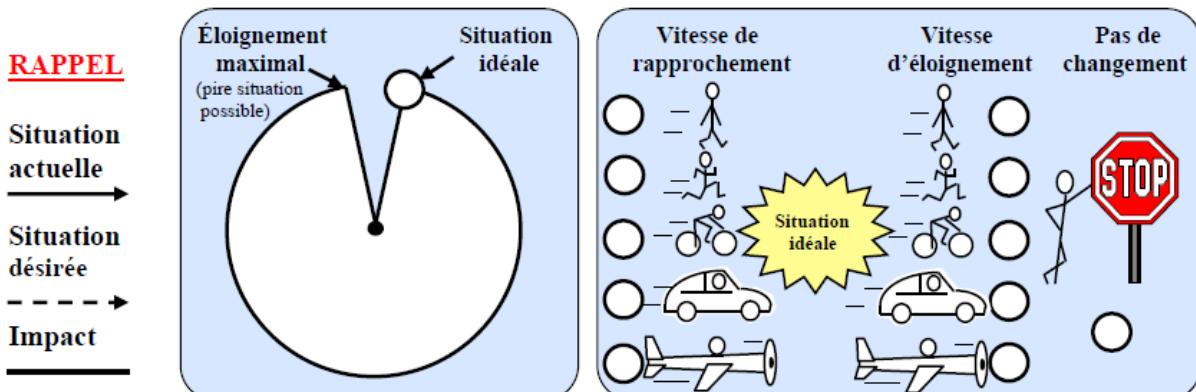
## 22. Compétence et type de travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la correspondance entre mes compétences et la nature de mes tâches à accomplir



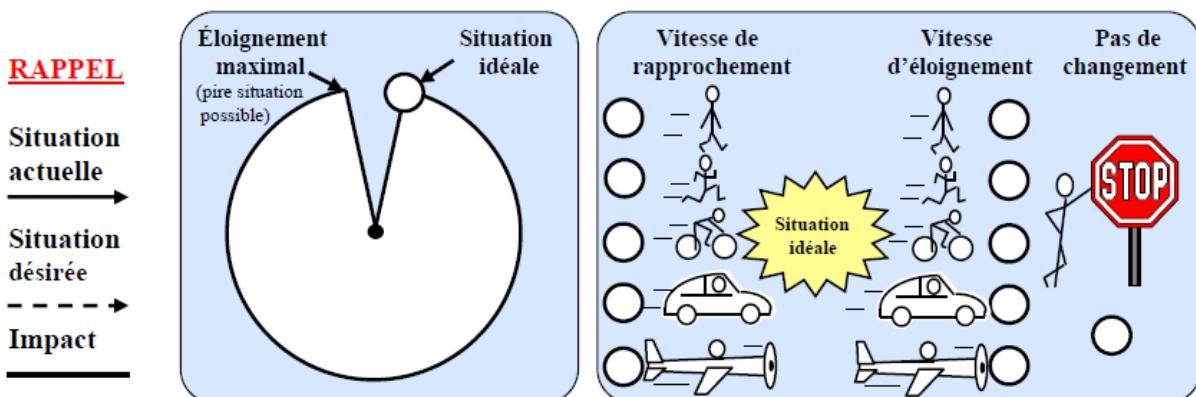
## 23. Autonomie

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de l'autonomie dont je dispose dans l'exécution de mes tâches



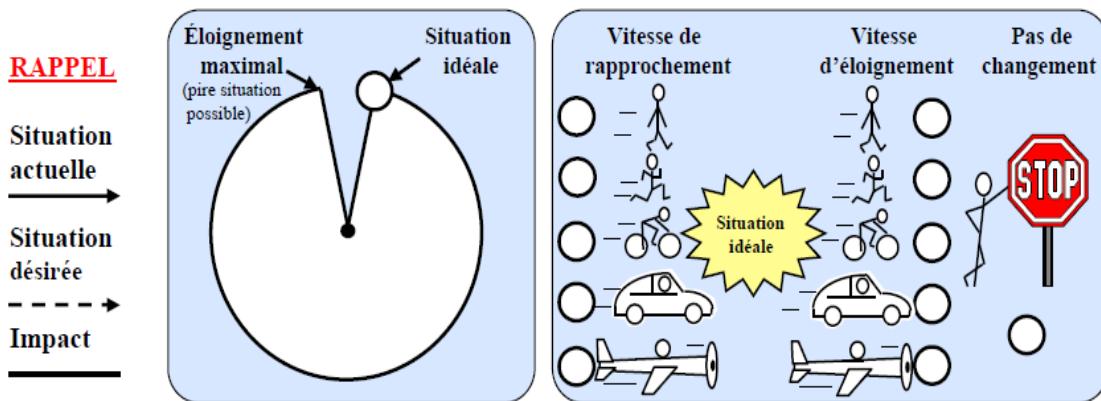
## 24. Diversité des tâches

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la diversité des tâches que j'ai à accomplir



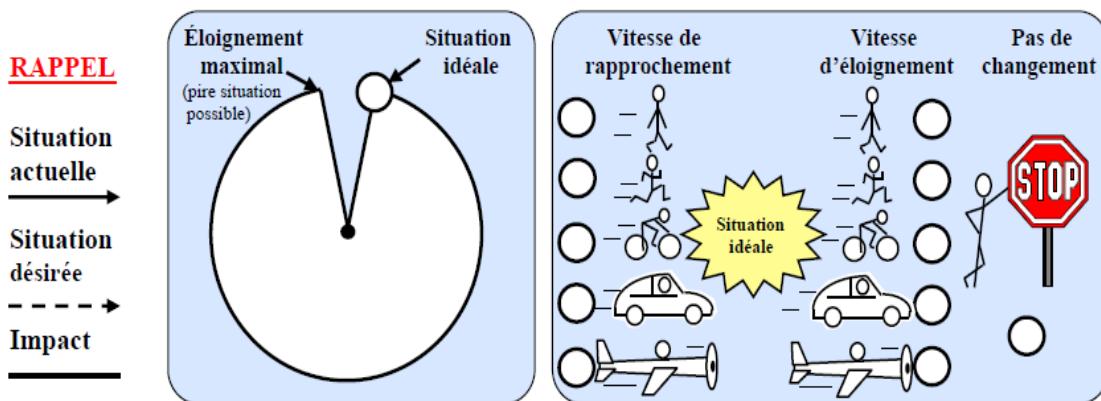
### 19. Facilités (garderies, accès aux restaurants, stationnement, etc)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) des facilités dont je dispose à mon lieu de travail



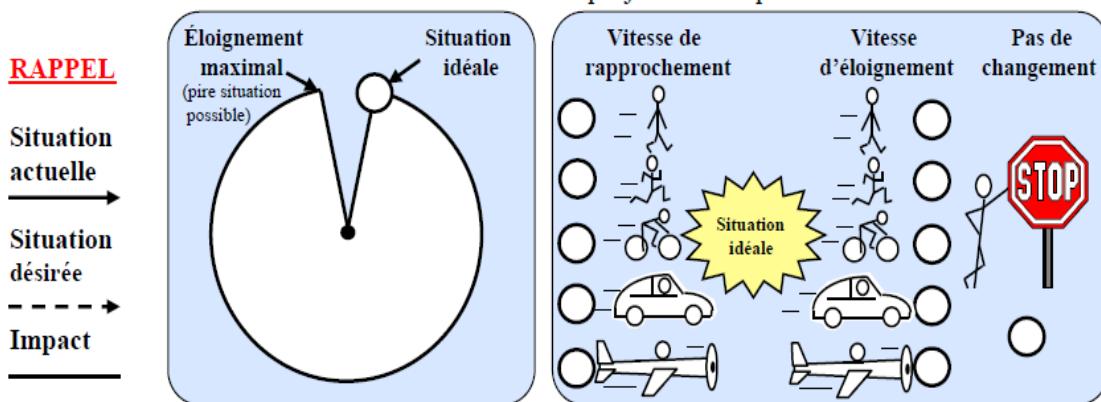
### 20. Temps pour l'exécution des tâches

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) du temps qu'on me donne pour exécuter mes tâches



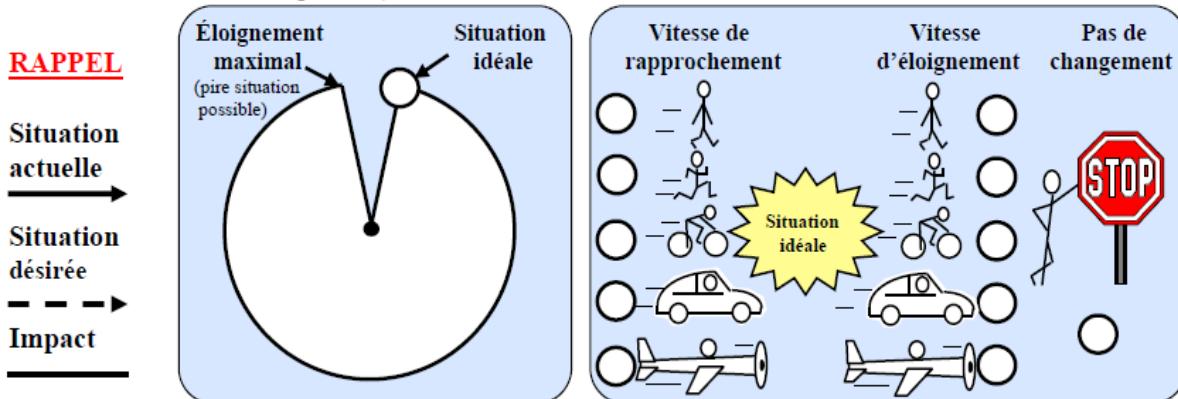
### 21. Participation aux prises de décisions concernant ma tâche

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de l'influence que j'exerce dans la prise de décision concernant la tâche que j'ai à accomplir



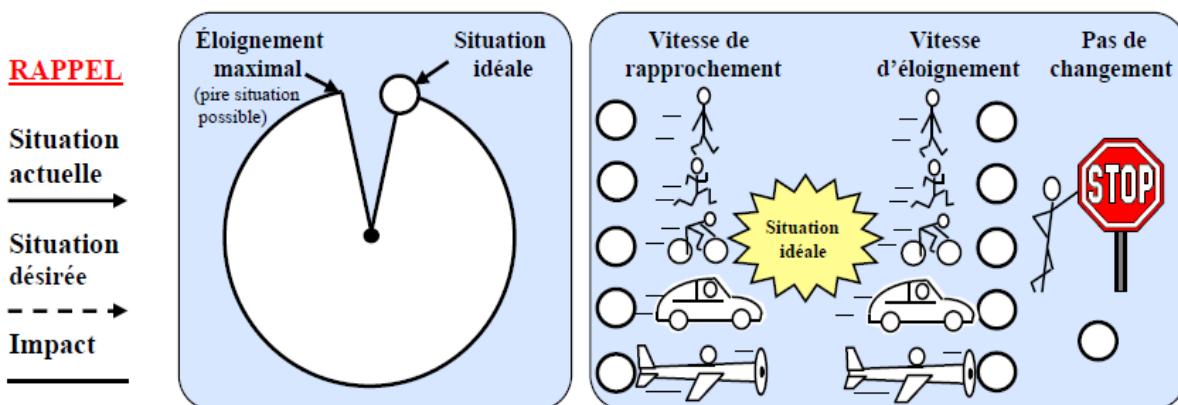
## 16. Efficacité au travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité au travail (qualité et quantité)



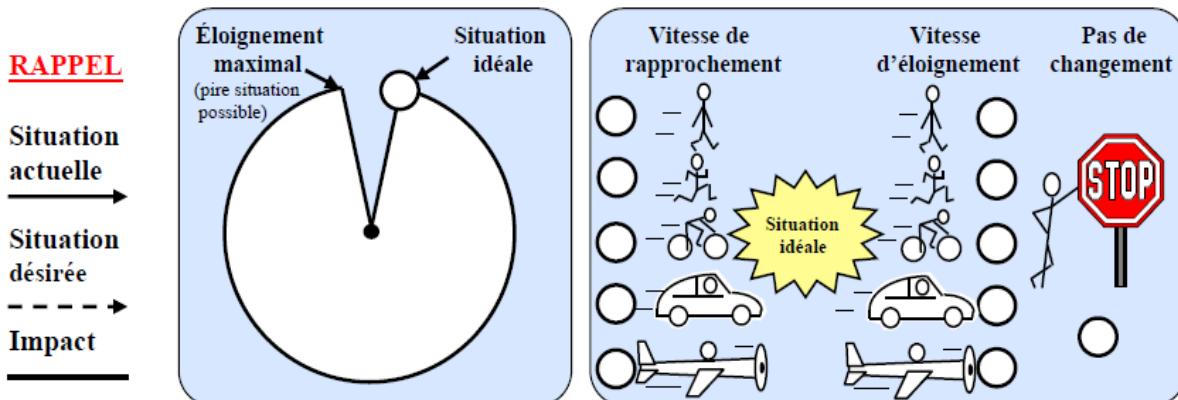
## 17. Lieu de travail (bruit, éclairage, propreté, etc)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la qualité de mon lieu physique de travail



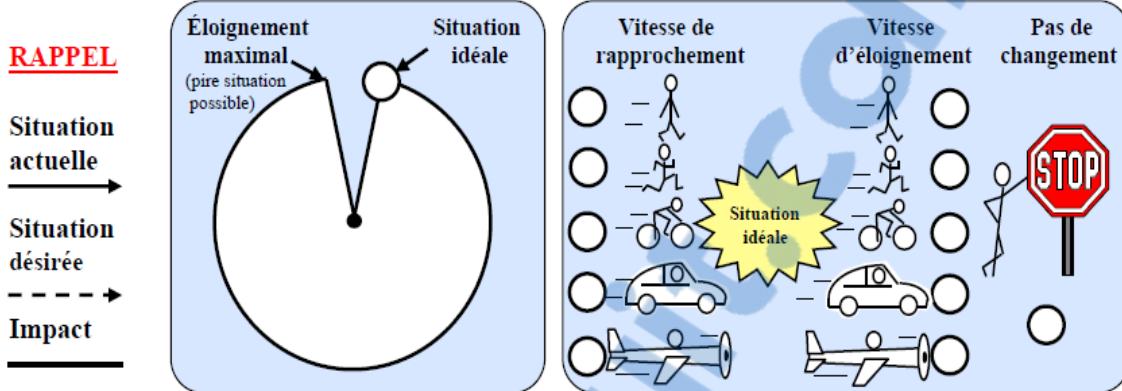
## 18. Équipements et outillages nécessaires au travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de l'équipement et de l'outillage disponibles pour exécuter mon travail



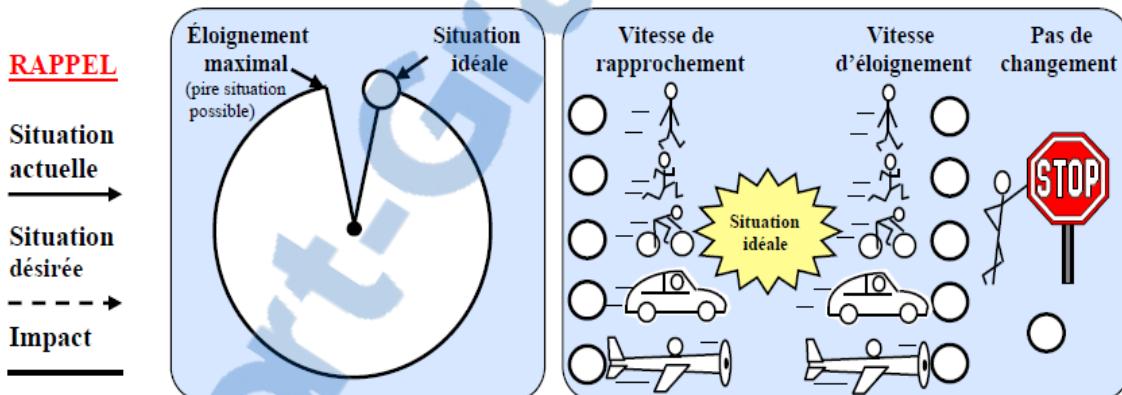
13. Relation avec...      ...mon supérieur      ...mes employés(e)s

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la relation que j'ai avec mon supérieur immédiat ou mes employés(e)s (selon l'emploi que j'occupe).



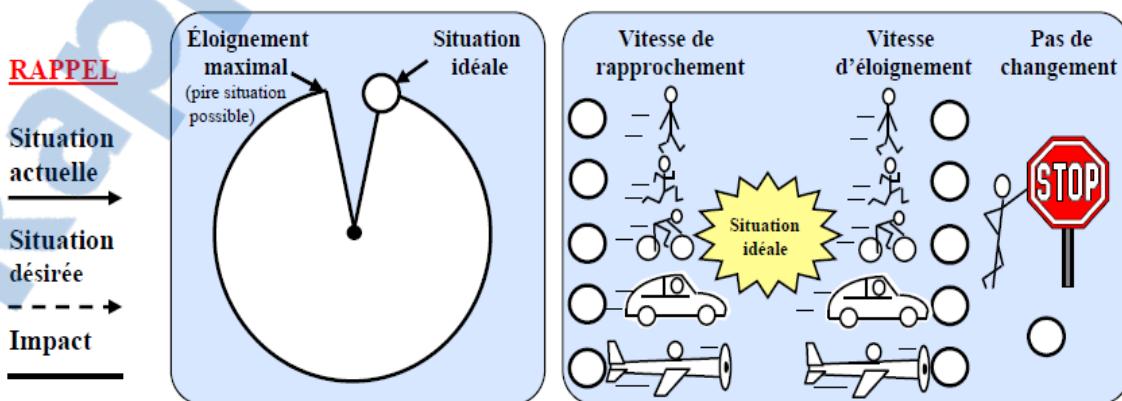
14. Relation avec l'employeur ou la direction

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mes relations avec eux



15. Commentaires et évaluation

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la fréquence et de la pertinence des commentaires et de l'évaluation faites sur mon travail (feedback)



10. Charge émotive (A quel point mon travail m'affecte émotionnellement lorsque je n'y suis pas)

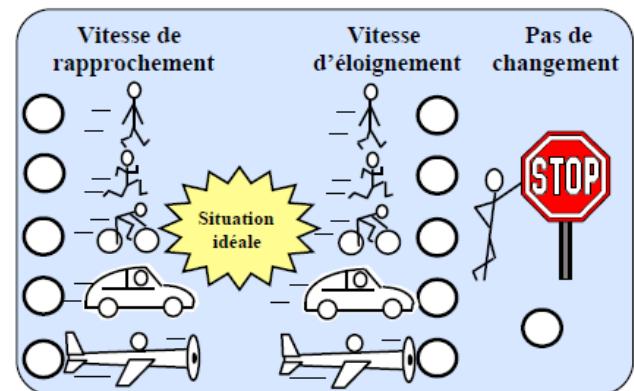
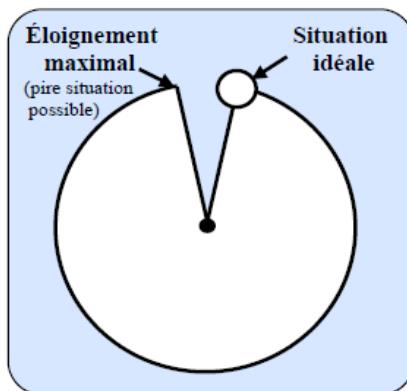
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la charge émotive occasionnée par ma tâche

**RAPPEL**

Situation actuelle  
→

Situation désirée  
→

Impact  
→



11. Compétitivité

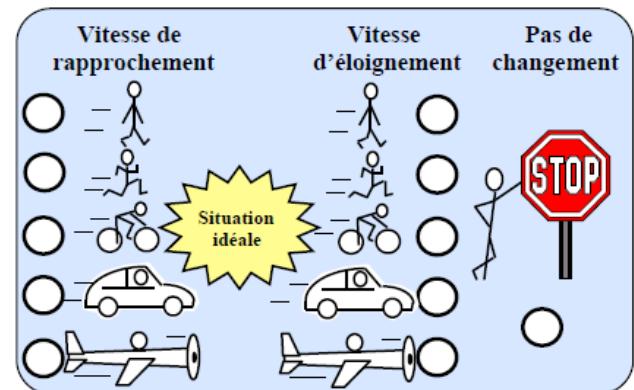
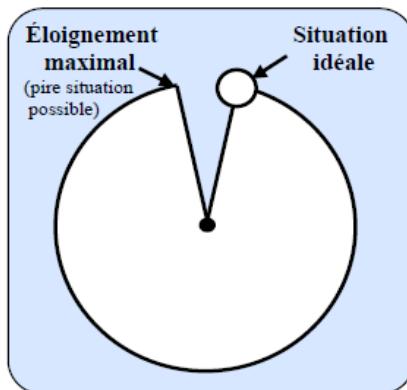
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) du niveau de compétitivité rencontré dans mon milieu de travail

**RAPPEL**

Situation actuelle  
→

Situation désirée  
→

Impact  
→



12. Relation avec confrères et consoeurs de travail

*absence* ○

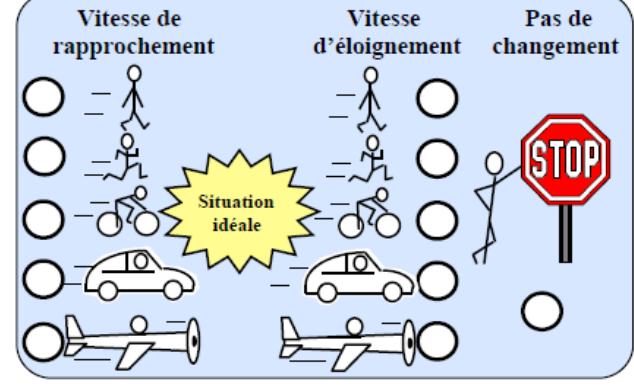
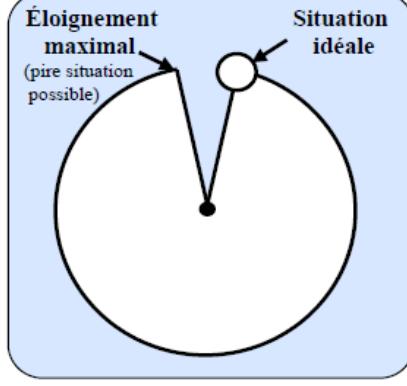
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la relation que j'ai avec mes confrères et consoeurs pendant mes heures de travail

**RAPPEL**

Situation actuelle  
→

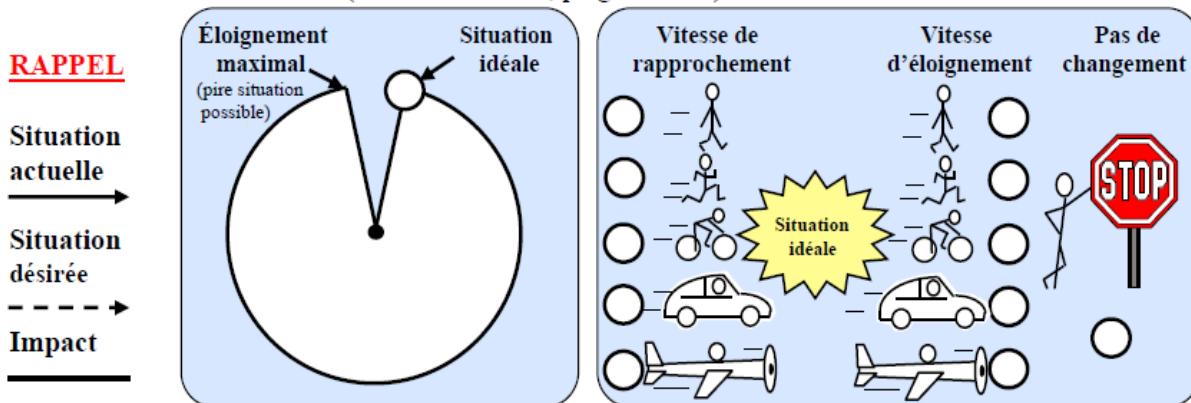
Situation désirée  
→

Impact  
→



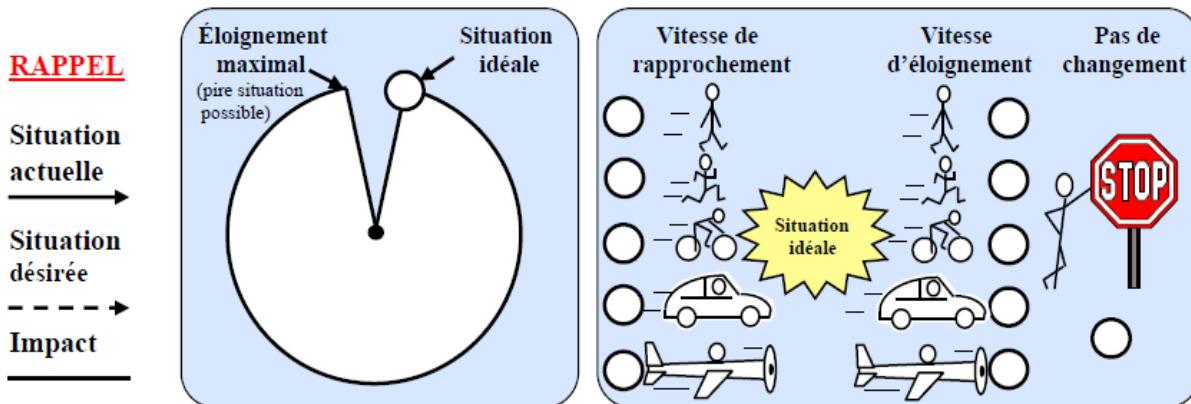
## 7. Horaire de travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) des conséquences de mon horaire de travail sur ma santé (nombre d'heures, plage horaire)



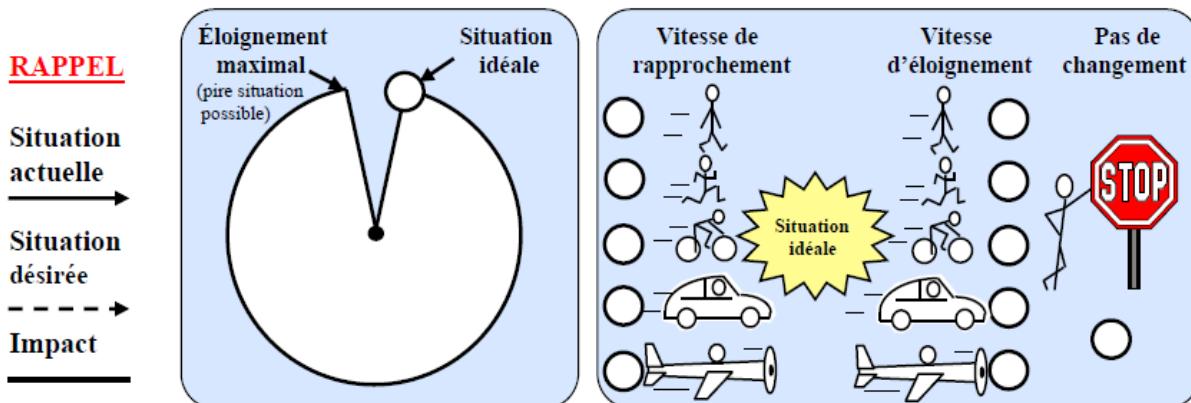
## 8. Horaire variable

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la flexibilité de mon horaire de travail



## 9. Sentiment d'appartenance

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) du sentiment d'appartenance que je ressens à l'égard de l'entreprise pour laquelle je travaille



#### 4. Possibilités d'avancement

*absence* ○

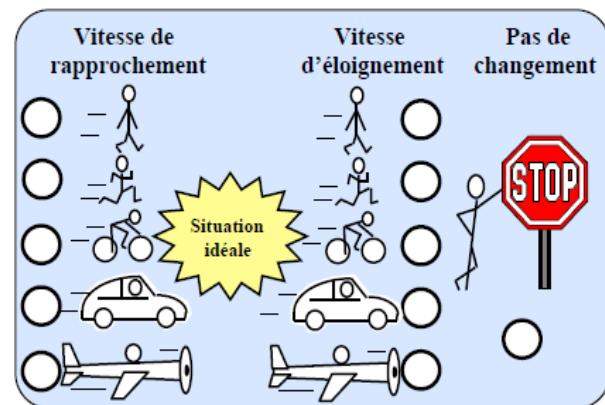
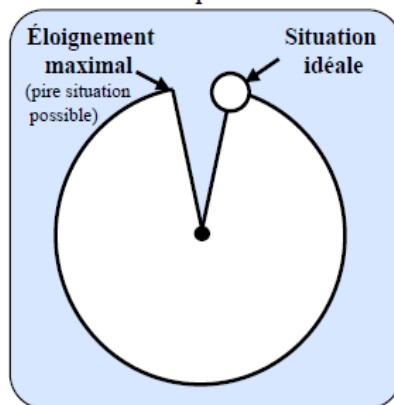
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) des possibilités d'avancement que m'offre l'entreprise

##### RAPPEL

Situation actuelle  
→

Situation désirée  
→

Impact  
→



#### 5. Mutation

*absence* ○

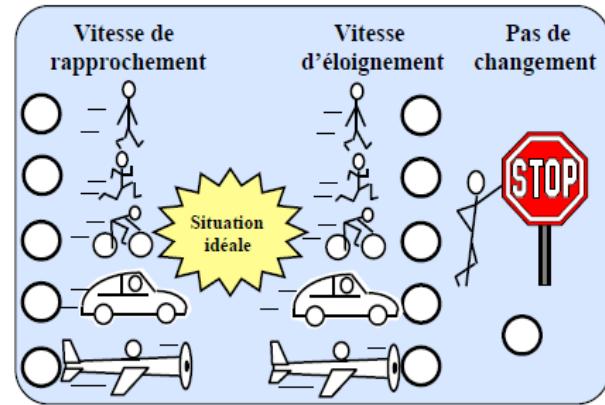
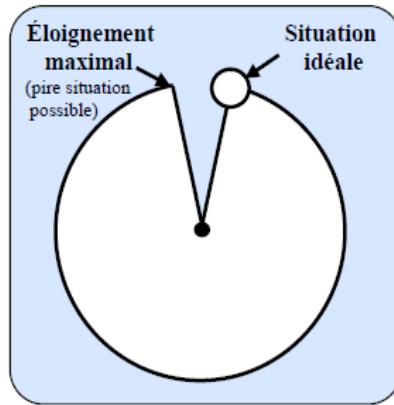
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) du système de mutation de l'entreprise

##### RAPPEL

Situation actuelle  
→

Situation désirée  
→

Impact  
→



#### 6. Perfectionnement et formation

*absence* ○

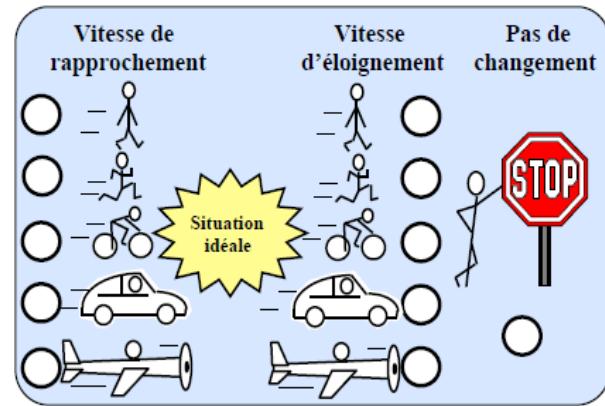
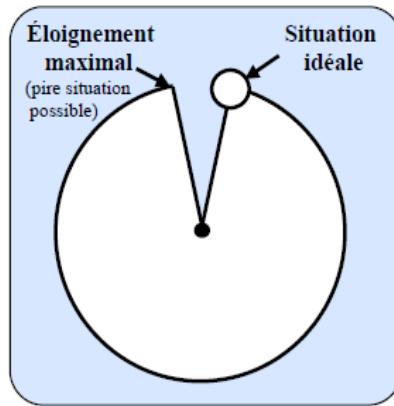
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) du perfectionnement et de la formation offerts par l'entreprise

##### RAPPEL

Situation actuelle  
→

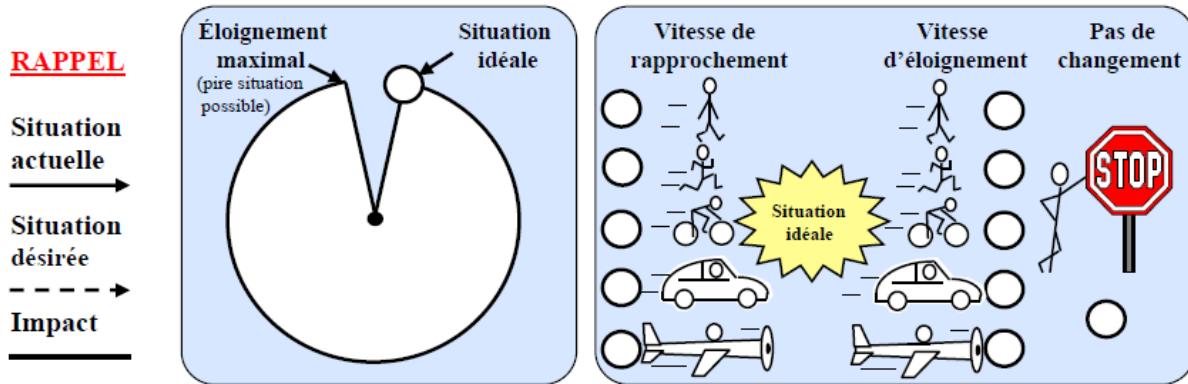
Situation désirée  
→

Impact  
→



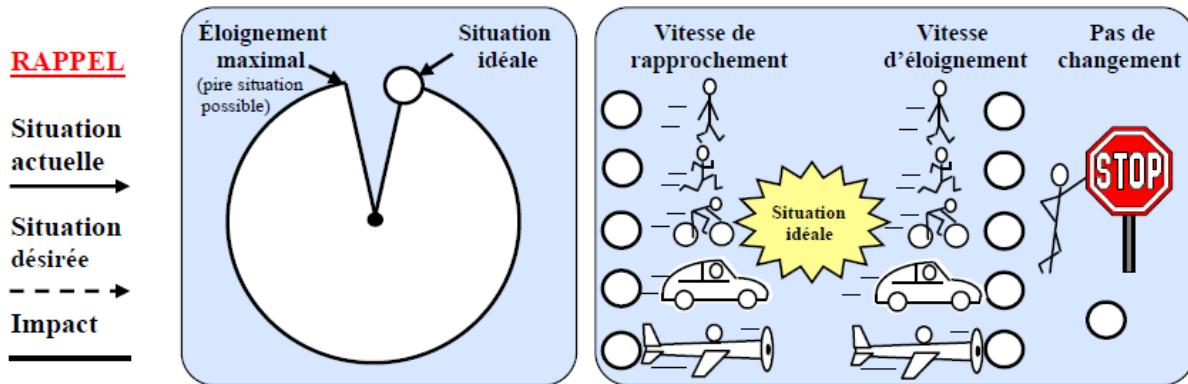
### 1. Revenu (salaire, commission, pourboire, etc)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon revenu



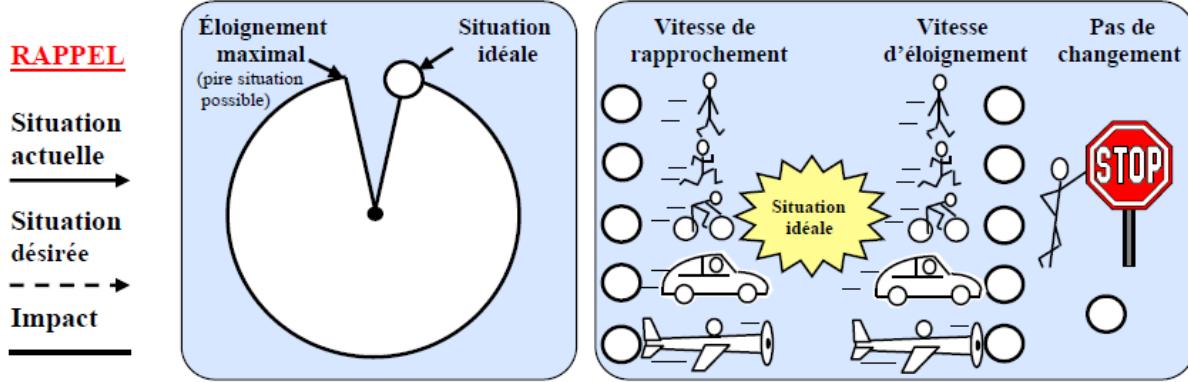
### 2. Bénéfices marginaux (vacances, assurances, congés de maladie, etc)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) des bénéfices marginaux reliés à mon emploi absence ○



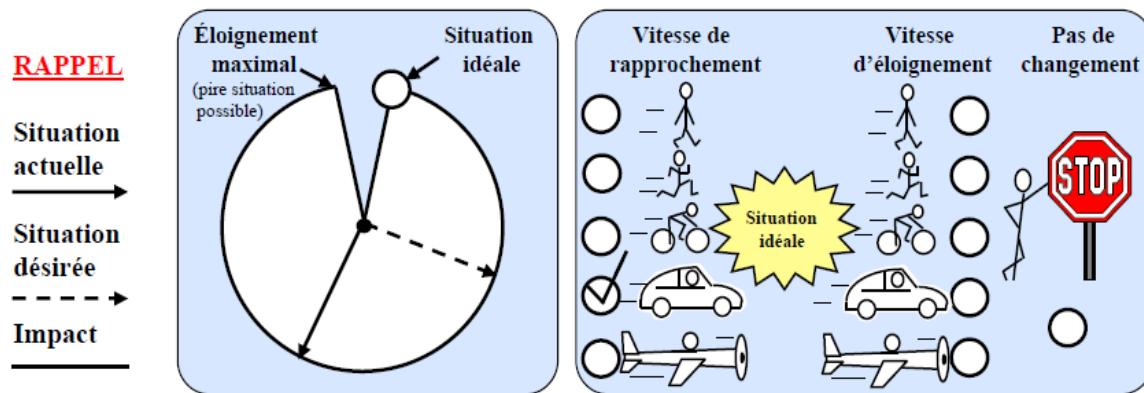
### 3. Sécurité de revenu

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la sécurité de revenu que m'offre mon travail



L'encadré de droite permet d'indiquer si votre situation actuelle (représentée par un individu stylisé) s'approche, s'éloigne ou demeure inchangée par rapport à la situation idéale. Si vous considérez qu'actuellement votre situation s'améliore, cochez, sous "Vitesse de rapprochement", le cercle près du dessin représentant le mieux la vitesse d'amélioration. S'il y a détérioration de votre situation, choisissez plutôt un dessin sous "Vitesse d'éloignement". Si vous pensez ou constatez qu'il n'y a pas de changement, cochez le cercle sous le dessin au-dessus duquel est indiqué "Pas de changement".

Pour illustrer ce qui précède, reprenons l'exemple 1 de la page précédente. Sur l'encadré de gauche, cette personne indique que son revenu doit s'améliorer pour atteindre un niveau qu'elle considère satisfaisant. Sur l'encadré de droite, cette personne indique que, malgré tout, sa situation actuelle s'améliore et que les changements sont rapides.



**\*IMPORTANT :**

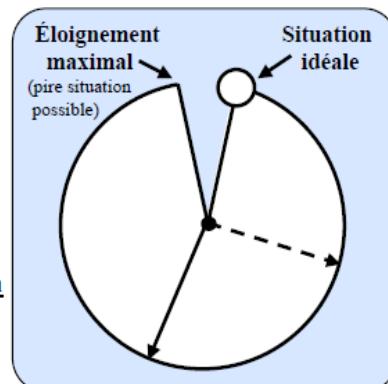
Si une question ne s'applique pas à votre travail (par exemple « Relation avec le syndicat » alors que vous n'êtes pas syndiqué) cochez le cercle près de « **absence** » à la droite de la question. Vous devez ensuite répondre à la question, toujours à l'aide des flèches, en fonction de cette absence. Par exemple, si l'absence d'un syndicat représente pour vous une situation difficile, la flèche pleine de la situation actuelle devrait se située à une bonne distance de la situation idéale. À l'opposé, si l'absence d'un syndicat représente pour vous une situation favorable, la flèche pleine de la situation actuelle devrait se située près de la situation idéale. Vous devez répondre à **toutes** les questions.

### Exemple 1 : "C'est moins bien que ce que je souhaite"

**Situation actuelle :** Cette personne considère que son efficacité au travail pourrait s'améliorer. Elle place donc la flèche pleine de sa situation actuelle à une certaine distance du cercle blanc représentant la situation idéale.

**Situation désirée :** Sachant que la situation idéale est difficilement atteignable, cette personne indique, à l'aide d'une flèche pointillée, à quelle distance de l'idéale se trouve sa situation désirée.

**Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle moins bonne que sa situation désirée.**

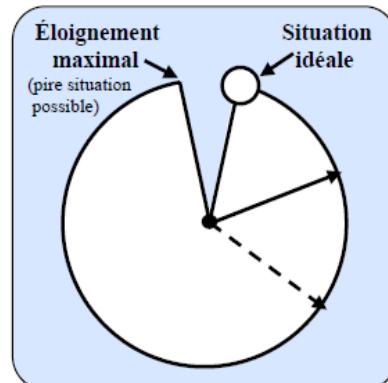


### Exemple 2 : "Ça va au-delà de mes espérances"

**Situation actuelle :** Cette personne considère que son efficacité au travail n'est pas à l'idéal. Elle place donc la flèche pleine représentant sa situation actuelle à une certaine distance du cercle blanc de la situation idéale.

**Situation désirée :** Malgré cela, elle considère sa situation actuelle au-delà de ses espérances. Elle place donc la flèche pointillée représentant sa situation désirée plus loin de la situation idéale que ne l'est la flèche pleine représentant sa situation actuelle.

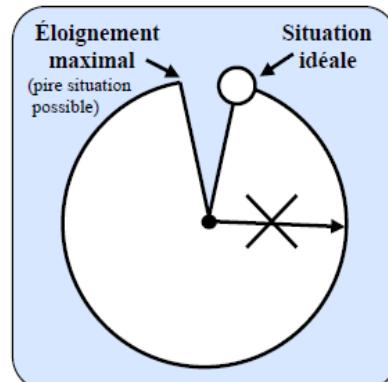
**Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle meilleure que sa situation désirée.**



### Exemple 3 : "C'est bien comme ça"

**Situation actuelle et désirée :** Sans être idéale, cette personne considère que sa situation actuelle est identique à sa situation désirée. Elle place donc sa flèche pleine à une certaine distance de l'idéal. Pour éviter toute confusion, elle fait un **X** sur la flèche pleine signifiant que les deux flèches sont superposées.

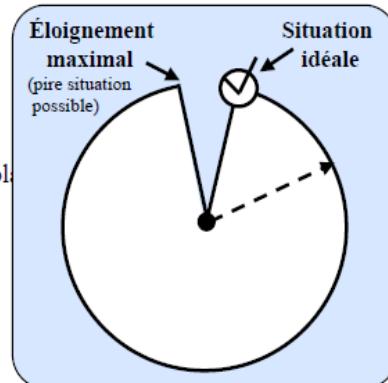
**Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle exactement au niveau de sa situation désirée.**



### Exemple 4 : "Ça ne peut pas aller mieux"

**Situation actuelle :** Bien que cette situation soit difficilement atteignable, cette personne considère que son efficacité au travail est idéale, qu'il n'y a pas de place pour de l'amélioration. Elle fait donc un crochet dans le cercle blanc représentant la situation idéale.

**Situation désirée :** Si cette personne se contentait de moins que la situation idéale, elle placerait la flèche pointillée représentant sa situation satisfaisante à une certaine distance du cercle blanc représentant la situation idéale.



# Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail (ISQVT)

Le principal objectif de ce questionnaire est d'évaluer dans quelle mesure vous parvenez à atteindre les buts que vous vous fixez dans divers domaines de votre vie de travailleur(euse). Ces buts sont parfois clairement identifiés, alors que dans d'autres cas, nous les poursuivons sans les définir précisément.

Ce questionnaire touche 33 domaines de votre vie au travail (ex : revenu, environnement, autonomie). Pour chacun de ces domaines, vous aurez à évaluer votre **SITUATION ACTUELLE**, la **SITUATION** que vous considérez **SATISFAISANTE** et la vitesse à laquelle vous vous approchez ou éloignez de la **SITUATION IDÉALE**. Voici quelques définitions qui devraient faciliter votre compréhension.

**SITUATION IDÉALE** : Une situation idéale vous est suggérée pour chacun des domaines couverts par ce questionnaire. Vous les trouverez juste au-dessus des encadrés accompagnant chaque question. La situation idéale constitue ce à quoi toute personne aspire sans que ce ne soit nécessairement atteignable. Par exemple, pour votre revenu, la situation idéale s'atteint lorsque vous êtes **parfaitement heureux** de votre revenu et qu'**absolument rien** ne pourrait être amélioré. Cet état est illustré par un petit cercle blanc sur le cadran de l'encadré de gauche (voir l'exemple au bas de cette page).

**SITUATION ACTUELLE** : La situation actuelle est votre évaluation de la qualité de votre revenu, par exemple, au cours des 3 dernières semaines. Plus cette situation est bonne, plus elle est **près** de la situation idéale. Plus elle est mauvaise, plus elle est **éloignée**.

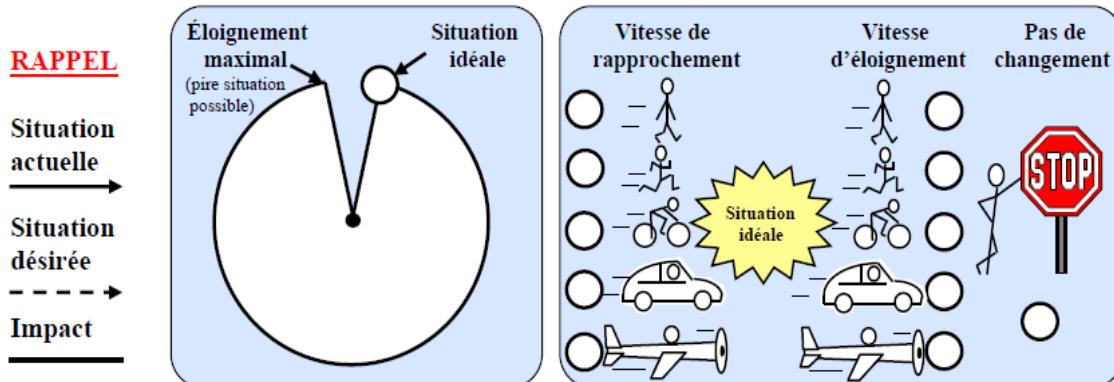
**SITUATION DÉSIRÉE** : Étant donné que la situation idéale est difficilement atteignable, la situation désirée représente une situation que vous jugeriez acceptable ou satisfaisante s'il vous était possible de l'atteindre.

**IMPACT** : L'impact représente la situation où, à votre avis, vous vous trouveriez sans la condition étudiée (ex : programme de prévention, handicap, etc.).

Les exemples suivants devraient vous aider à répondre au questionnaire.

## 16. Efficacité au travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité au travail (qualité et quantité)



Vous devez indiquer vos réponses en utilisant ces deux encadrés. Premièrement, sur l'encadré de gauche, vous devez indiquer, à l'aide d'une flèche pleine, votre situation actuelle en vous référant à la situation idéale suggérée dans la question. Deuxièmement, sur le même encadré, vous devez indiquer la position de votre situation satisfaisante à l'aide d'une flèche pointillée. À la page suivante, les 4 types de situations possibles vous sont présentés (en utilisant toujours l'exemple de l'efficacité au travail) avec la position des flèches correspondant à chacune de ces situations.

No d'identification :\_\_\_\_\_

Étude no :\_\_\_\_\_

Date :\_\_\_\_\_

# **Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail (ISQV-T)<sup>©</sup>**

**Jean-Pierre Martel Ph.D.**

**Gilles Dupuis Ph.D.**

Adresse électronique : [lepsyq@er.uqam.ca](mailto:lepsyq@er.uqam.ca)