

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

UMI

**A Bell & Howell Information Company
300 North Zeeb Road, Ann Arbor MI 48106-1346 USA
313/761-4700 800/521-0600**



Université d'Ottawa • University of Ottawa

**ÉTUDE DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET DE L'UTILISATION DES
SERVICES DE SANTÉ AUPRÈS DE MÈRES AU TRAVAIL**

par

LUCIE G. ESSIEMBRE

**Thèse présentée à
l'École des Études supérieures et de la recherche
en vue de l'obtention du grade de
Maître en Sciences infirmières**

Université d'Ottawa

Mars 1997

© Essiembre, 1997



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced with the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-20972-5

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche n'aurait pas été possible sans le concours de nombreuses personnes. Tout d'abord, je voudrais souligner le soutien financier reçu du Service de la santé de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton, particulièrement Mme Verna Wilson, Directrice-adjointe de la Direction générale de la santé des adultes, et la bourse du Centre d'éducation sur le vieillissement (ECAH) de l'Université McMaster.

Des remerciements s'adressent à Mme Margaret McNamee, Directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier où s'est déroulée l'étude, ainsi qu'à l'équipe d'infirmières de l'Unité des soins obstétriques. Un merci sincère également aux infirmières en Santé et sécurité au travail, Jane Dean et Joy Cregy, pour leur collaboration lors de l'étude préliminaire. Je veux souligner l'expertise de Pierre Simoné dans la mise en page, ses judicieux conseils et sa patience.

L'expression de ma reconnaissance la plus sincère va au professeure Ginette Coutu-Wakulczyk, Ph.D., Directrice de thèse, qui, par sa très grande disponibilité, ses précieux conseils et son soutien constant, m'a permis de réaliser ce projet. Je veux aussi remercier les professeures Gisèle Carroll et Denise Moreau, ainsi que Denise Hébert, à titre de membres de mon comité de thèse. Je ne pourrais passer sous silence l'apport de Monsieur Travis Gee, pour sa disponibilité et ses conseils en matière de statistiques.

Finalement, un merci très spécial à Marc-André et Michelle et aux membres de ma famille pour leur patience et leur bonté; aux ami(e)s et collègues de travail, pour leur compréhension. Un merci sincère à Mario Lepage, collègue de classe et à Gilles, pour leur amitié et leur soutien. Merci à Marc Lachance pour son encouragement et sa gentillesse.

RÉSUMÉ

ÉTUDE DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ AUPRÈS DE MÈRES AU TRAVAIL

Lucie G. Essiembre

Cette étude descriptive-corrélationnelle vise à explorer l'existence de relations entre les dimensions du fonctionnement familial chez les mères d'enfants âgés de 0 à 6 ans, actives sur le marché du travail et l'utilisation qu'elles font des services de santé. L'échantillon se compose de 33 sujets, sélectionnés dans un hôpital universitaire à partir d'une fiche de recrutement. Le "Questionnaire sur la famille et le travail" et le "Family Assessment Device III" ont permis de quantifier les résultats. Des relations significatives ont été trouvées entre les rôles, le contrôle des comportements et les services utilisés ainsi qu'entre certaines variables sociodémographiques et du réseau de soutien. Les résultats fournissent des pistes intéressantes pour la planification d'interventions auprès des familles et pour des recherches ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ.....	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	.vii
LISTE DES FIGURES.....	.ix
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	2
1.1 Énoncé du problème	2
1.2 But de l'étude	6
1.3 Questions de recherche	6
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	8
2.1 Fonctionnement familial	8
2.1.1 Le fonctionnement familial des mères au travail	8
2.1.2 La réalité sociale	9
2.1.3 L'absentéisme et le double rôle	12
2.2 Utilisation des services de santé	14
2.2.1 La santé de la mère au travail	14
2.2.2 Réseau de soutien familial et données sociodémographiques ...	16
2.3 Cadre conceptuel	21
2.3.1 Le modèle du fonctionnement familial de McMaster	21
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	26
3.1 Type d'étude	26
3.2 Description de la population, du milieu et de l'échantillon	26
3.2.1 Population à l'étude	26
3.2.2 Milieu	27
3.2.3 Critères d'admissibilité	28
3.2.4 Recrutement des sujets pour l'étude	28
3.2.5 Échantillon	29

3.3	Définition opératoire des variables	29
3.3.1	Fonctionnement familial	29
3.3.2	L'utilisation des services de santé	31
3.3.3	Réseau de soutien familial et données sociodémographiques ...	32
3.4	Instruments de mesure	32
3.4.1	Le fonctionnement familial	33
3.4.2	Questionnaire sur la famille et le travail	37
3.5	Démarches préliminaires	39
3.6	Plan des analyses	40
3.7	Considérations éthiques.	41
3.8	Limites de l'étude	42
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS		44
4.1	Taux de participation	44
4.2	Profil de l'échantillon	45
4.2.1	Profil sociodémographique des mères	46
4.2.2	Profil du réseau de soutien	52
4.2.3	Profil des scores au FAD-III	53
4.2.4	Profil d'utilisation des services de santé par les mères	54
4.3	Relations entre le FAD-III et l'utilisation des services de santé	59
4.4	Relations entre certaines variables à l'étude	61
4.4.1	Scores au FAD-III et données sociodémographiques et du réseau de soutien	61
4.4.2	FAD-III, services utilisés et données sociodémographiques	68
CHAPITRE 5 : DISCUSSION		73
5.1	Taux de participation	73
5.2	Profil de l'échantillon	75
5.2.1	Profil sociodémographique des mères	75
5.2.2	Profil du réseau de soutien	78
5.2.3	Profil des scores au FAD-III	79
5.2.4	Profil d'utilisation des services de santé par les mères	80

5.3	Relations entre le FAD-III et l'utilisation des services de santé	81
5.4	Relations entre certaines variables à l'étude	82
CONCLUSION		89
RÉFÉRENCES		92
ANNEXE A: Lettre d'information		103
ANNEXE B: Carte-réponse (Fiche de recrutement)		108
ANNEXE C: Questionnaire sur la famille et le travail		111
ANNEXE D: Lettre d'autorisation du Comité de déontologie		141
ANNEXE E: Lettre d'autorisation du Comité de la recherche de l'agence		143
ANNEXE F: Lettre d'autorisation pour l'utilisation de l'instrument du FAD-III ...		145

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 3.1: Numéro des items selon les dimensions du FAD-III.	34
Tableau 4.1: Répartition des répondantes à la fiche de recrutement selon les critères d'admissibilité	45
Tableau 4.2: Répartition des sujets selon certaines variables sociodémographiques ..	47
Tableau 4.3: Nombre d'heures de travail par semaine, d'années d'expérience et d'années de travail dans l'institution	50
Tableau 4.4: Répartition des sujets selon l'horaire de travail, les heures supplémentaires et la pluralité d'emploi durant les 12 derniers mois ...	51
Tableau 4.5: Répartition des jours d'absence pour raison de maladie de la mère ou de l'enfant	52
Tableau 4.6: Répartition du nombre d'appels au réseau de soutien identifié au cours des 12 derniers mois, lorsqu'un enfant de moins de 6 ans a été malade .	53
Tableau 4.7 Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III de l'échantillon	54
Tableau 4.8: Profil d'utilisation des services de santé par les mères selon le type de services reçus	55
Tableau 4.9: Répartition de sujets selon le type de services reçus	56
Tableau 4.10 Répartition des services reçus selon le type de services et les endroits de prestation	58
Tableau 4.11: Calcul pour la création de la variable "services utilisés"	59
Tableau 4.12: Scores moyens et écarts-types au FAD-III selon les services utilisés et signification statistique au test de corrélations de Spearman	60
Tableau 4.13: Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon l'âge de la mère	62
Tableau 4.14: Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le nombre d'enfants par famille	63

Tableau 4.15: Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le groupe d'âge des enfants	64
Tableau 4.16: Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le nombre d'années d'ancienneté dans l'institution.	65
Tableau 4.17: Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon la disponibilité du réseau de soutien.	66
Tableau 4.18: Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le nombre d'appels au réseau de soutien lorsqu'un enfant de moins de 6 ans est malade. ...	67
Tableau 4.19: Synthèse des résultats supérieurs au seuil théorique du FAD-III selon certaines variables étudiées	68
Tableau 4.20: Matrice de corrélations de Spearman entre le FAD-III, les services utilisés et les données sociodémographiques	69

LISTE DES FIGURES

	Page
Figure 3.1 Schéma de la sélection de l'échantillon	27

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

1.1 ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Les exigences de la conciliation des rôles familiaux et professionnels exposent les familles à des difficultés à maintenir un fonctionnement familial sain et un état de santé optimal de ses membres. Bien que cet énoncé s'applique à tous les membres de la famille, les difficultés dans la conciliation du double rôle (familial et professionnel) touchent particulièrement les femmes actives sur le marché du travail et mères d'enfants d'âge pré-scolaire. Cette situation du double rôle a contribué à modifier de façon significative la structure et l'organisation du milieu familial (Institut Vanier de la famille, 1994). En dépit de la réalité socio-économique actuelle des familles canadiennes, les études sur la situation de la mère active sur le marché du travail se sont surtout intéressées aux relations mère-enfant ou entre conjoints sans prendre en compte la dynamique familiale et les conséquences du travail en regard de la santé de la mère (Hughes, Galinsky et Morris, 1992; Wright et Leahy, 1994). Cette étude vise à explorer les relations entre le fonctionnement de la famille chez les mères actives sur le marché du travail et l'utilisation qu'elles font des services de santé.

La situation du double rôle pourrait en outre perturber les fonctions affectives et instrumentales de la famille, tout en accentuant les demandes d'énergie au détriment de la résistance à la maladie chez les mères d'enfants d'âge pré-scolaire. Vu sous l'angle du fonctionnement familial, les efforts déployés par les mères pour concilier les rôles familiaux et professionnels pourraient bien produire des changements au plan de l'utilisation des services de santé pour elles-mêmes. La pertinence d'étudier le fonctionnement familial et l'utilisation

des services de santé par la mère est d'autant plus importante que la majorité des femmes âgées entre 25 et 44 ans seront actives sur le marché du travail dans une proportion de 91% en l'an 2005, selon Emploi et Immigration Canada (1992).

À ce jour, les études portant sur la santé des mères au travail visent principalement des situations relatives à la maternité et ne tiennent pas compte des besoins de santé des mères d'enfants d'âge préscolaire, ni de l'utilisation des services de santé pour elles-mêmes pour des raisons autres que la maternité (McEntee et De Salvo Rankin, 1983). Pourtant, l'Enquête sur la Santé en Ontario, menée auprès de 49,000 familles, a démontré la présence de difficultés dans le fonctionnement familial lorsqu'un des membres de la famille était malade et une prédisposition à une utilisation accrue des services de santé par les autres membres (Warren, 1994). Cependant, ces résultats sont basés sur la mesure globale du fonctionnement général de la famille, tirée de l'échelle d'Epstein, Bishop et Levin (1978), et ne s'attardent pas à chacune des dimensions et aux concepts sous-jacents.

Or, lorsqu'un changement survient au sein de la famille ou affecte l'un des membres du système familial, une restructuration et une réorganisation des comportements des autres membres se produisent pour maintenir la fonction première de la famille (Wright et Leahy, 1994). Ainsi, la situation des femmes au travail, mères d'enfants âgés entre 0 et 6 ans, nécessite une attention particulière en raison des nombreuses responsabilités destinées à répondre à la fois aux besoins familiaux et aux obligations professionnelles. Les conséquences de ce double rôle pourraient changer l'utilisation des services de santé par la mère, que ces services soient de type préventif, curatif ou de méthodes douces. Il n'est pas exclu que les exigences cumulées exposent la mère à un épuisement de l'énergie physique et psychologique

et à une diminution de la résistance à la maladie comme le suggèrent Benner et Wrubel (1989), Bird et Fremont (1991) et Zedeck et Mosier (1990).

Dans le domaine du fonctionnement familial, la littérature ne renseigne guère quant aux liens entre le double rôle de la mère et le fonctionnement familial d'une part et, d'autre part, les conséquences sur sa santé en termes du type de services utilisés (Messing, 1991). De par les caractéristiques du système familial, tout changement dans l'état de santé de la mère se répercute sur l'ensemble des membres de l'unité y compris sur le fonctionnement familial (Epstein et al., 1978; Warren, 1994; Wright et Leahy, 1994).

Selon Epstein et al. (1978), la fonction première de la famille vise le développement harmonieux et le maintien d'un milieu social, psychologique et biologique sain pour ses membres. Les concepts du modèle, rattachés aux fonctions instrumentales et affectives, sont utilisées par la famille pour s'acquitter des tâches de survie, de sécurité et d'affection. Dans un contexte familial, les fonctions instrumentales représentent les tâches à accomplir pour subvenir aux besoins quotidiens, tels que l'apport de nourriture, de vêtements chauds, d'un logement confortable et de discipline sécurisante, tandis que les fonctions affectives se rapportent à l'expression et à l'investissement affectif des membres pour maintenir un fonctionnement adéquat. Les deux grandes catégories de fonctions, loin d'être totalement indépendantes l'une de l'autre, s'influencent mutuellement. Selon Epstein et al. (1978), les problèmes reliés aux fonctions instrumentales sont presque toujours accompagnés de problèmes d'ordre affectif.

L'échelle de Epstein et al. (1978) basée sur le modèle du fonctionnement familial de McMaster regroupe six dimensions qui permettent de mesurer les fonctions instrumentales

et affectives de la famille dont les rôles, la communication, la résolution de problèmes, l'investissement affectif, l'expression affective et le contrôle des comportements familiaux. En plus, une mesure globale du fonctionnement général de la famille est composée d'une synthèse des six dimensions (Miller, Bishop, Epstein et Keitner, 1985). Ce modèle offre une perspective selon laquelle s'articulent les interactions entre les membres du système familial et permet de décrire la structure, l'organisation et les patterns transactionnels au sein de l'unité familiale et de l'environnement social.

Pour les familles sans accès à des services de garde certifiés, la situation risque de perturber le fonctionnement familial, si elle n'est pas compensée par un soutien adéquat ou encore par des moyens informels de garde (Alvi, 1994; Rootman, 1988; Warren, 1994). La situation est d'autant plus problématique qu'en 1986, seulement 15% des enfants canadiens âgés de 12 ans ou moins, bénéficiaient de places dans les garderies certifiées et que la mère est habituellement celle qui s'absente du travail lorsqu'un enfant est malade ou lors des congés scolaires (Santé et bien-être social Canada, 1991; Lero et Johnson, 1994; Scarr, Phillips et McCartney, 1989). Parmi les facteurs de l'environnement social de la famille, le réseau de soutien tient une place prépondérante pour alléger le fardeau de la garde et du soin des enfants. Relativement aux déterminants de la santé, l'état des connaissances actuel ne permet pas d'identifier de façon spécifique les facteurs reliés à l'environnement social de la famille ayant une influence potentielle sur la santé et sur l'utilisation des services par la mère (Evans, Barer et Marmor, 1994; Warren, 1994). La répétition d'absences ajoute aux difficultés d'une dynamique déjà complexe entre la famille, l'employeur et la mère au travail. Les résultats d'études menées auprès de familles où la mère est active sur le marché du travail n'ont pas

fourni de réponses permettant de vérifier l'importance du problème auquel la femme est confrontée lorsqu'un des enfants est malade, ni la réciprocité entre les éléments de l'environnement social et la santé de la mère.

Les infirmières auraient tout avantage à cibler leurs interventions auprès de la mère au travail et de la famille vu comme "cliente", étant donné la position privilégiée comme intervenante de première ligne. Pour planifier des interventions pertinentes, les facteurs susceptibles d'influencer le fonctionnement familial, la santé des membres et l'utilisation des services de santé par les mères d'enfants d'âge préscolaire doivent être identifiés. Ainsi l'étude proposée apporte des informations utiles en vue de la planification du contenu et des modalités d'intervention auprès de cette clientèle.

1.2 BUT DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but d'explorer l'existence de relations entre les dimensions du fonctionnement familial chez des mères d'enfants âgés de 0 à 6 ans, actives sur le marché du travail et l'utilisation qu'elles font des services de santé.

1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE

- 1. Quel est le profil de l'échantillon en regard du fonctionnement familial, de l'utilisation des services de santé et les caractéristiques socio-démographiques chez les mères d'enfants de 0 à 6 ans, s'étant absentes du travail durant la dernière année pour des raisons de maladie?**

2. **Existe-t-il des relations entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé chez les mères d'enfants de 0 à 6 ans, s'étant absentes du travail durant la dernière année, pour des raisons de maladie?**
3. **Existe-t-il des relations entre certaines données sociodémographiques, le réseau de soutien familial, le fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé?**

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une revue des écrits ayant trait aux connaissances actuelles sur le fonctionnement des familles et l'utilisation des services de santé par les mères. D'autres facteurs relatifs aux variables sociodémographiques, à celles des mères, de leur famille et au réseau de soutien familial, sont aussi explorés. Le cadre conceptuel proposé pour l'étude termine ce chapitre.

2.1 LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL

2.1.1 Le fonctionnement familial des mères au travail:

Dans la définition de la famille selon Bell, Wright et Watson (1990) et reprise par Duhamel (1995), la famille est perçue comme un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et un sentiment d'appartenance au groupe et qui s'identifient comme étant "membres de la famille" (Duhamel, 1995, p. 26). Selon Ishii-Kuntz (1994), la difficulté des études actuelles sur la situation travail-famille réside dans une approche segmentée, unidirectionnelle et traditionnelle, avec une perspective axée sur les rôles domestiques. L'approche ne tient pas compte des effets réciproques entre la structure, la dynamique familiale et l'emploi. Les études portant sur les familles incluant une mère qui travaille à l'extérieur du foyer sont centrées sur l'un ou l'autre des aspects de la relation mère-enfant ou de la relation entre les conjoints, sans toutefois prendre en compte les interrelations entre les dimensions du fonctionnement familial (Barnett, Brennan et Marshall, 1994; Brayfield, 1995; Duxbury, Higgins et Lee, 1994; Farrel et Barnes, 1993; Mederer, 1993).

Dans les familles à double revenu, la situation de la mère au travail crée des changements à plusieurs niveaux des interactions familiales (Duhamel, 1995; Wright et Leahy, 1994). La relation avec le conjoint, la gestion des finances, le partage du pouvoir, l'entretien de la relation maritale et la coordination entre les deux carrières sont souvent à la base des conflits maritaux (Jacobson, 1982). Suite aux changements technologiques et démographiques, la famille dans la société actuelle est exposée à des ajustements au niveau du pouvoir, des rôles et de la communication (Duhamel, 1995; Ishii-Kuntz, 1994; Wright & Leahy, 1994). Selon Rossi (1986), l'accroissement du nombre de mères sur le marché du travail et de familles monoparentales semble être la tendance sociale qui a le plus influencé les changements dans la structure et les interactions familiales. La complexité de la dynamique familiale engendrée par le double rôle de la mère au travail mérite une étude approfondie de l'ensemble des dimensions qui composent le fonctionnement familial.

Ainsi, les interventions infirmières auprès des familles où les mères sont actives sur le marché du travail doivent examiner la résolution des problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, l'investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement en général (Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein et Keitner, 1990) dans le choix d'un modèle systémique familial.

2.1.2 La réalité sociale:

L'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail et les changements que cette tendance a apporté à la structure familiale et à la constitution de la main-d'oeuvre canadienne suggèrent d'examiner le problème dans la perspective des relations réciproques

entre le travail et la famille (Ishii-Kuntz, 1994). Les femmes au travail ont fait l'objet d'études sans que celles-ci cernent le problème du double rôle de la femme et de ses effets sur les dimensions du fonctionnement familial et le travail.

En effet, en 1967, dans 34% des familles, les deux conjoints travaillaient à l'extérieur du foyer, comparativement à 61% des familles dites traditionnelles, où seul le père se retrouvait sur le marché du travail (Lero et Johnson, 1994). En 1986, la situation était inversée; les familles où les deux conjoints travaillaient représentaient 62% de la main-d'oeuvre et le pourcentage des familles traditionnelles sur le marché du travail chutait à 27% (Lero et Johnson, 1994). Les données statistiques laissent supposer un changement significatif au niveau de la structure et de l'organisation du milieu familial (Institut Vanier de la famille, 1994).

La réalité économique des familles canadiennes nécessite qu'un plus grand nombre de femmes travaillent à l'extérieur du foyer. Selon Statistique Canada (1992), le revenu familial moyen réel enregistré en 1991 n'était que légèrement supérieur à celui de 1980. En tenant compte de l'accroissement du coût de la vie entre les années 1981 et 1990, le revenu moyen réel des Canadiens a augmenté de 5%, comparativement à 26% entre 1971 et 1980, et de 46% entre 1961 et 1970 (Statistique Canada, 1992). Bien que souvent la mère retourne sur le marché du travail pour contribuer à maintenir un revenu familial adéquat (Barr, 1993) ou pour éviter la pauvreté (Scarr et al., 1989), l'iniquité dans les ressources d'emploi attribuées aux femmes désavantage le système familial dans les secteurs sociaux, économiques et politiques (Marks et McLanahan, 1993).

Les caractéristiques suivantes décrivent la situation de la main-d'oeuvre féminine à l'aube du 21^{ème} siècle. En 1991, 68% des mères dont le cadet avait moins de 6 ans occupaient un emploi à plein temps (Lero et Johnson, 1994). En 1988, les femmes au travail à plein temps gagnait environ 65% du salaire des hommes occupant une situation similaire (Travail Canada, 1990). En 1990, de toutes les femmes occupant un emploi rémunéré, environ 30% étaient syndiquées (Lero et Johnson, 1994) et 70% des femmes non syndiquées recevaient seulement environ les trois quarts du salaire des femmes syndiquées (Travail Canada, 1990). Dans les domaines combinés de l'administration publique, des services de la santé et de l'éducation, 62% des femmes employées étaient syndiquées, comparativement à seulement 13% pour celles employées dans tous les autres types d'emploi (Lero et Johnson, 1994). En plus d'un revenu moins élevé, elles ne pouvaient profiter pleinement des services d'un syndicat et des bénéfices marginaux fournis par l'employeur (Krahn, 1992). En 1989, la situation de 57% des femmes occupant des emplois dans le domaine des services, de la vente et du travail de bureau démontrait à quel point les ressources et le soutien des entreprises, sont limités pour la majorité des femmes au travail (Travail Canada, 1990). Celles-ci ne peuvent accéder aux services d'un syndicat ou au régime d'assurance collective fourni par l'employeur, surtout si elles travaillent à temps partiel.

En dépit de l'augmentation générale de la scolarité depuis les années 1970, un grand nombre de femmes se retrouvent tout de même dans quatre grands types d'emploi: le travail clérical, les services, les ventes et la santé (Travail Canada, 1990). Étant donné que la majorité des femmes occupent des positions au travail où le niveau d'autorité, la liberté des décisions et le niveau de soutien social sont limités, leur position au travail peut les

prédisposer à des problèmes physiologiques, précurseurs de maladie (Evans et al., 1994). Ceci est d'autant plus important que des études récentes associent la santé et la longévité de la vie du travailleur à sa position au sein de l'entreprise et aux facteurs associés à l'emploi (Gerstein, Labelle, MacLeod, Spasoff et Watson, 1991). Toutefois, à ce jour, aucune étude n'a été réalisée auprès d'échantillons féminins.

Les femmes qui ont atteint un niveau de scolarité universitaire ne sont pas épargnées par les difficultés financières et les problèmes de santé: elles se retrouvent avec un taux très élevé de célibat et de divorce (Cooney et Uhlenberg, 1991). La plupart des mères divorcées, célibataires ou veuves doivent travailler pour éviter la pauvreté (Institut Vanier de la famille, 1991; Scarr et al., 1989). Un revenu suffisant joue un rôle positif comme déterminant de la santé et dans l'utilisation des services de santé (Gerstein et al., 1991). Selon l'étude ontarienne menée auprès de 49 000 sujets, 38% des personnes dont le revenu familial est faible ont rapporté de 9 à 10 visites auprès des professionnels de la santé durant les 12 derniers mois précédant l'enquête, comparativement à 30% de celles dont le revenu annuel est supérieur à \$ 50 000 (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1992). Le revenu n'est pas le seul facteur relié à l'utilisation des services de santé, d'autres facteurs relatifs à l'emploi doivent être considérés.

2.1.3 L'absentéisme et le double rôle:

En dépit des efforts gouvernementaux pour modifier les politiques des entreprises, plusieurs employeurs canadiens ne tiennent pas compte de la réalité des difficultés à concilier le cumul des tâches et des rôles familiaux et professionnels de leurs employés (Alvi, 1994).

Pourtant, la difficulté de conciliation affecte non seulement le fonctionnement familial et la santé des mères, mais aussi les entreprises. Selon Drapeau (1988), l'absentéisme coûte cher aux entreprises. En effet, Statistique Canada (1992) estime que les entreprises canadiennes perdent 12 milliards de dollars annuellement en raison des excès de fatigue des employés. Cependant, des données précises sur l'ampleur du problème dans ce domaine ne sont pas disponibles.

Dans une étude menée auprès de 385 employeurs canadiens, les plus grandes difficultés observées en matière de ressources humaines se rapportent au moral des employés (64%), aux conflits chez les employés (63%) et au recrutement (53%) (Paris, 1989). De plus, 60% des employeurs associent les problèmes de conflits des employés à une difficulté de conciliation entre le travail et la famille dans une proportion de 25%; environ 56% des employeurs associent plus de 25% des problèmes d'absentéisme aux difficultés à concilier le travail et la famille (Paris, 1989). Une autre étude menée auprès de 400 organisations canadiennes démontre que l'absentéisme a augmenté de 30% au cours des trois années précédentes et que cette hausse était due en grande partie à l'arrivée des femmes sur le marché du travail, en particulier celles ayant des enfants d'âge préscolaire (Booth, 1993).

Dans l'étude de MacBride-King et Paris (1989), les personnes aux prises avec des difficultés liées à la gestion des tâches et des rôles familiaux et professionnels ont perdu environ cinq jours de travail durant les six mois précédant l'enquête, comparativement à 2,5 jours pour celles qui n'éprouvaient pas ces difficultés. Selon Warren (1994), l'étude menée auprès des familles ontariennes montre que 64% des hommes et des femmes sur le marché du travail ayant exprimé avoir des difficultés à concilier les rôles liés à la variable travail-famille

cumulent au moins une journée d'absence, alors que 24% affirment s'être absentés 6 jours ou plus pour cause de maladie durant les 6 derniers mois.

En somme, de nombreux auteurs reconnaissent les difficultés générées par le cumul des tâches et des rôles associés au travail et à la famille (Hughes et al., 1992; Warren, 1994; Zedeck et Mosier, 1990) et les conséquences sur la vie des hommes, des femmes et des enfants (Institut Vanier de la famille, 1994; MacBride-King, 1990; Warren, 1994). Même si les effets se répercutent sur le fonctionnement général de la famille et sur la productivité professionnelle (Akyempong, 1992; Alvi, 1994; Messing, 1991), les employeurs ne consentent pas à investir dans le soutien du double rôle de leurs employés pour des raisons économiques (Renaud et Bouchard, 1994; Zedeck et Mosier, 1990). La situation des mères au travail demeure une réalité sociale, économique et politique qui pourrait toucher non seulement le fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé, mais aussi les autres secteurs de la société contemporaine.

2.2 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

2.2.1 La santé de la mère au travail:

Les mères au travail qui composent avec les urgences médicales de la famille tout en tentant d'assurer des soins médicaux adéquats aux enfants et à elles-mêmes, méritent un examen particulier de leur situation (Jacobson, 1982). Une femme sur le marché du travail et mère de jeunes enfants s'expose inévitablement à la fatigue et au surmenage, ce qui la prédispose ainsi à la maladie (Alvi, 1994; Piotrkowski, 1979; Zedeck et Mosier, 1990). Selon McCubbin et Van Riper (1996), la présence d'enfants au foyer, leur âge et le statut

marital, semblent avoir une influence importante sur la santé psychologique des mères. L'état de fatigue prolongé et le cumul des tâches et des rôles contribuent à diminuer les fonctions du système immunitaire, ce qui rend la mère plus susceptible aux maladies (Bird et Fremont, 1991).

Cependant, selon Barry (1996), il est difficile de séparer la santé physique de la santé psychologique, puisque les deux s'influencent mutuellement et de façon continue selon les événements et les demandes sociales et environnementales de la famille (Kietcolt-Glaser et Glaser, 1992). Le système familial subit les influences de l'environnement, y compris celles venant des systèmes politique, économique, physique, culturel, démographique et technologique (Renaud et Bouchard, 1994; Ishii-Kuntz, 1994). Les éléments qui composent l'environnement du système familial peuvent influencer non seulement son fonctionnement, mais aussi la santé de la mère et l'utilisation des services de santé (Wright et Leahy, 1994; Warren, 1994).

La famille, selon une approche systémique, laisse voir qu'un changement dans l'état de santé d'un membre modifie le fonctionnement familial et que l'utilisation des services de santé par les autres membres de la famille s'accroît de façon proportionnelle (Warren, 1994). Toutefois, selon McCubbin et Van Riper (1996), les études se concentrent davantage sur l'aspect psychologique de la santé, sans tenir compte de la réciprocité entre la santé physiologique et les effets du fonctionnement familial sur la santé de la mère au travail (Gilbert et Rachlin, 1987). D'autres études ont porté sur les besoins de santé et sur la maladie chez les femmes, dans un contexte des besoins de santé relatifs à la période prénatale (McEntee et De Salvo Rankin, 1983).

Nathanson (1975) commente les statistiques démontrant une utilisation accrue des services de santé par les femmes, en suggérant des explications aux raisons sous-jacentes à ce comportement. Les femmes, selon Nathanson (1975), sont exposées à un risque plus élevé de maladie en raison du rôle social et des valeurs de la société. En plus, les femmes sont intimement impliquées dans les soins de santé prodigués à tous les membres de la famille et de façon spécifique aux soins des enfants. Cependant, cet auteur semble refléter une réalité d'il y a 20 ans, alors que l'utilisation des services de santé n'impliquait que des objectifs curatifs. D'ailleurs, la prévention des maladies, la promotion et le maintien de la santé en plus des soins reliés aux situations de maternité sont autant de raisons pour l'utilisation des services de santé par la femme dans la société contemporaine (Renaud et Bouchard, 1994). Néanmoins, pour permettre à la mère d'être "pourvoyeur de soins", la famille doit être en mesure de la soutenir dans ce rôle. L'inflexibilité dans l'horaire de travail du père et la nécessité de maintenir un niveau financier adéquat (Brayfield, 1995) relèguent le soutien au rôle de la mère, contribuant d'autant à l'augmentation de l'absentéisme et de revenu perdu pour la famille et pour l'employeur.

2.2.2 Le réseau de soutien familial et les données sociodémographiques:

La famille, considérée comme unité primaire de la société, fait partie intégrante d'un réseau social complexe (Warren, 1994). Le concept de soutien social a été étudié dans de multiples recherches sur la santé. Cependant, les difficultés à définir le concept de façon consistante d'une étude à l'autre et à décrire comment le soutien social agit pour modifier les effets des conflits ou pour protéger la santé sont évidentes (Norbeck, Lindsey et Carrieri,

1981; Roth, 1989). Selon Warren (1994), un réseau de soutien adéquat pour les familles est essentiel pour assurer un fonctionnement familial sain, en particulier pour les familles monoparentales car plus le niveau de soutien social est élevé, plus les répondants se disent en bonne santé (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1992). Le réseau de soutien social peut avoir un effet positif sur la santé en aidant la personne à composer avec les difficultés quotidiennes et avec les problèmes de santé (Warren, 1994).

Le réseau de soutien social se compose à la fois de la famille immédiate, de la famille élargie, du voisinage et de la communauté, incluant l'employeur. Les services de soutien communautaires se rapportent aux services de garde pour les enfants, aux services de soutien offerts par les employeurs, à la possibilité d'activités de loisir et d'épanouissement personnel et à un meilleur accès aux divers produits et services essentiels (vêtement, alimentation, logement, transport, etc.) (Warren, 1994).

Selon Lero et Johnson (1994), la difficulté à concilier le cumul des tâches et des rôles associés au travail et à la famille est multidimensionnelle et reflète une dynamique sociale complexe entre les facteurs reliés au travail, les sources de difficultés familiales, le réseau de soutien ainsi que la disponibilité et la qualité des services de soutien communautaire. Pour les mères au travail ayant des enfants d'âge préscolaire, les services de garde s'avèrent un service de soutien essentiel, plus particulièrement pour les familles monoparentales. Des documents gouvernementaux indiquent la nécessité d'augmenter les services de garde subventionnés pour les enfants (Mayfield, 1990; Institut Vanier de la famille, 1991) mais dans la réalité, peu de ces programmes sont offerts aux familles où deux conjoints travaillent à l'extérieur. Dans les circonstances de maladie de l'enfant ou lorsque la gardienne doit

s'absenter, les familles doivent trouver des arrangements de dépannage dans leur environnement immédiat (Jacobson, 1982), faute de disponibilité ou de revenus suffisants pour l'utilisation des garderies certifiées. L'arrangement de gardiennage se produit plus fréquemment de façon informelle, auprès des proches ou de personnes non certifiées (Alvi, 1994; Caruso, 1992; Jacobson, 1982; Presser, 1989). Les coûts de garde, les risques d'infection dus à l'exposition à d'autres enfants dans les garderies et les risques de soins dépersonnalisés et inadéquats pour les enfants (Jacobson, 1982) contribuent à augmenter les difficultés sur le plan du fonctionnement familial. En effet, si ces moyens alternatifs n'ont pas donné de résultats, les parents sont alors contraints de s'absenter pour remédier au manque de gardiennage pour dépanner (Love, Galinsky et Hughes, 1987).

Les familles doivent alors trouver des moyens informels pour la garde de leurs enfants. En effet, dans près du tiers des familles à double revenu ayant des enfants, les conjoints travaillent selon des horaires différents afin de solutionner le problème de gardienne (Presser et Cain 1983; Presser, 1986; Staines et Pleck, 1984). En 1988, selon Lero, Goelman, Pence, Brockman et Nuttall (1992), 67% des parents travaillent selon un horaire qui n'est pas conventionnel (9h à 17h). Selon ces auteurs, au moins un des parents travaille le soir, la nuit ou à des heures irrégulières (60% des familles), au moins un soir par semaine (48% des familles) ou la fin de semaine (47% des familles).

Le soutien de l'employeur, dans les services reliés aux situations familiales, peut avoir un effet positif sur la santé des mères au travail et sur le fonctionnement familial. Par exemple, certains syndicats tentent d'aider les employés confrontés à des responsabilités familiales et professionnelles, mais les options disponibles demeurent encore limitées dans la

plupart des milieux de travail et pour la majorité des femmes étant donné la grande proportion d'employées non syndiquées.

McEntee et De Salvo Rankin (1983) ont étudié, auprès d'un groupe de 103 femmes d'affaires et professionnelles, la relation entre les problèmes physiologiques et mentaux et l'absence du travail pour cause de maladie. La présence de jeunes enfants et le nombre d'enfants vivant à la maison constituent des variables d'influence significative sur le nombre de jours passés au lit en raison de maladie et sur le nombre de consultations auprès de professionnels de la santé. Les auteurs de l'étude suggèrent que les exigences des rôles multiples de la femme, particulièrement celles reliées aux soins des enfants, ont des effets néfastes sur la santé des mères, surtout en l'absence de personnes disponibles pour partager les responsabilités familiales. L'étude de Tierney, Romito et Messing (1990) démontre aussi que le partage des tâches domestiques décroît avec l'augmentation du nombre d'enfants au sein de la famille.

D'autres variables sociodémographiques de la famille peuvent influencer sur l'utilisation des services de santé par les mères. En effet, le revenu, la scolarité et la culture peuvent avoir une influence sur l'accès aux soins de santé, sur la qualité et les types de services, en plus des politiques gouvernementales sur l'allocation des services de santé régionaux (Evans et al., 1994). Bien que les résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario (Warren, 1994) n'aient pas démontré de relation significative entre le niveau de scolarité et la fréquence des contacts avec les professionnels de la santé, une relation a été démontrée entre la scolarité, le type d'emploi et le revenu dans l'étude de Cooney et Uhlenberg (1991). De plus, les études en épidémiologie sociale ont établi depuis longtemps des liens entre le statut économique, le type

d'emploi, la scolarité, le lieu de résidence et la santé (Bloomberg, Meyers et Braverman, 1994), sans toutefois inclure l'utilisation des services de santé.

L'Enquête sur la santé en Ontario rapporte des données quant à l'utilisation de différents types de services professionnels, à l'auto-médication et aux pratiques de santé alternatives (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1992). L'étude indique que 96% des femmes ont rencontré un professionnel de la santé dans la dernière année et 36% des femmes rapportent plus de 9 visites dans les 12 mois précédant l'enquête. Toutefois, l'étude prend en compte les adultes âgés de plus de 65 ans, ce qui pourrait expliquer ce taux élevé d'utilisation. Les visites auprès d'autres professionnels de la santé incluent les infirmières (10%), les chiropraticiens (9%) et les physiothérapeutes (6%) (Ministère de la santé de l'Ontario, 1992). De façon générale, sauf pour l'Enquête sur la santé en Ontario (Ministère de la santé de l'Ontario, 1992), les études ne décrivent pas le type de services de santé sollicité par les mères, ni l'endroit de prestation. De plus, il existe peu d'information sur les pratiques de santé des différents groupes ethniques (Warren, 1994) et le système actuel de santé est fondé sur des principes biomédicaux occidentaux qui ne tiennent pas compte des facteurs culturels (Ishii-Kuntz, 1994; Thompson et MacDonald, 1989).

En somme, un niveau socioéconomique faible ou insuffisant est aussi associé à l'augmentation des risques de santé en général (Bloomberg et al., 1994; Gerstein et al., 1991), aux problèmes cardiovasculaires (Schnall, Landbergis et Baker, 1994) et aux difficultés liées à la santé mentale et comportementale des membres de la famille (Klebanov, Brooks-Gunn et Duncan, 1994). Ainsi, les études sur la situation des mères au travail ayant de jeunes enfants sont limitées et présentent un portrait partiel de la situation du double rôle, sans tenir

compte de l'ensemble des facteurs sociodémographiques, du réseau de soutien et de l'emploi qui pourraient influencer sur leur fonctionnement familial et sur leur utilisation des services de santé.

2.3 CADRE CONCEPTUEL

2.3.1 Le modèle du fonctionnement familial de McMaster:

Pour bien circonscrire les éléments du problème à l'étude et permettre d'explorer la relation entre les variables étudiées, le modèle conceptuel de McMaster a été sélectionné. Le modèle du fonctionnement familial de McMaster utilise une perspective systémique et transactionnelle de la famille. Le modèle décrit, entre autres, les caractéristiques structurelles et organisationnelles du système familial et les schémas des transactions entre ses membres d'une part et, d'autre part, entre les systèmes de l'environnement (Epstein et al., 1978; Epstein, Baldwin et Bishop, 1983).

Les concepts relatifs au fonctionnement familial ont fait l'objet de nombreuses études recensées par Epstein et al. (1978). Ces concepts se rapportent aux tâches reliées à chacun des stades de développement individuel et familial, à l'interaction familiale par rapport au stade de développement des enfants et à l'identification des stades de développement de la famille (Epstein et al., 1978). Quant aux tâches à risque, elles désignent les situations de crise associées à la grossesse, à la maladie, aux accidents, au deuil, aux pertes de revenu, aux changements d'emploi et aux déménagements avec lesquels les familles doivent composer.

Le modèle du fonctionnement familial de McMaster considère le fonctionnement familial selon six concepts reliés aux fonctions instrumentales et affectives: 1) la résolution

des problèmes; 2) la communication; 3) les rôles; 4) le contrôle des comportements; 5) l'expression affective; et 6) l'investissement affectif. Selon les auteurs du modèle de McMaster (Epstein et al., 1978), chacun des concepts doit être évalué pour étudier la famille dans son entité et dans sa complexité.

La résolution de problèmes se rapporte à l'habileté de la famille à résoudre les problèmes efficacement de façon à maintenir un niveau de fonctionnement familial adéquat (Epstein et al., 1978). Pour qu'un événement soit considéré un problème familial, il doit représenter une menace à l'intégrité et à la capacité fonctionnelle familiale. De plus, la mise en oeuvre de la solution doit être une source de difficulté pour la famille (Epstein, et al., 1978). Les problèmes peuvent être d'ordre instrumental ou affectif. Les problèmes d'ordre instrumental réfèrent aux problèmes logistiques quotidiens tels que la gestion des finances ou la recherche d'une garderie. Bien que les problèmes affectifs puissent être la cible des interventions auprès des familles, ils sont presque toujours accompagnés de problèmes d'ordre instrumental (Epstein et al., 1978). Ainsi, les familles qui présentent des difficultés à résoudre leurs problèmes affectifs et instrumentaux fonctionnent de manière moins efficace; alors que les familles ayant des difficultés à résoudre leurs problèmes affectifs peuvent quand même être efficaces, les familles capables de résoudre les deux types de problèmes fonctionnent de façon optimale (Epstein et al., 1978). Le postulat du modèle d'Epstein et al. (1978) est le suivant: plus le fonctionnement familial est efficace, plus la famille utilise des composantes de la résolution de problèmes.

La communication fait appel à la clarté et à la transmission des échanges d'information au sein de la famille. Les formes de communication verbale et non-verbale sont aussi importantes l'une que l'autre (Wright et Leahy, 1994). Le contenu de ces échanges peut être d'ordre instrumental ou affectif. L'évaluation de ce concept se fait selon deux composantes soit la clarté et la direction du message. Si un message est clair et direct, c'est-à-dire s'il n'est pas obscur et qu'il s'adresse à la personne à laquelle il est destiné, il a plus de chances de contribuer au fonctionnement familial que lorsque le message est caché et indirect (Epstein et al., 1978).

Les rôles familiaux réfèrent aux patrons répétitifs de comportement avec lesquels les membres accomplissent les fonctions familiales de façon efficace (Epstein et al., 1978). Il existe des fonctions familiales essentielles et secondaires divisées en fonctions instrumentales ou affectives. Les fonctions familiales essentielles réfèrent à des comportements répétitifs nécessaires pour un fonctionnement familial efficace et englobent des fonctions instrumentales, telles la provision des ressources (vêtement, nourriture, argent pour la famille); des fonctions affectives comme: 1) le soutien et les soins qui assurent le confort, l'encouragement et le soutien aux membres; 2) la gratification sexuelle des partenaires; 3) le développement des habiletés vitales pour les parents et les enfants; et 4) la gestion et le maintien du système qui englobent les fonctions de leadership, de prise de décisions et du maintien des frontières et des normes familiales.

Chaque famille développe ses propres fonctions familiales secondaires, ce qui permet une adaptation à la situation familiale. Par exemple, faire un voyage peut être utilisé comme mécanisme de déplacement pour éviter les conflits dans un autre domaine du fonctionnement

familial. Deux autres concepts sont pris en compte dans les rôles familiaux, soit l'allocation des rôles et la responsabilité du rôle. Le premier concept évalue si la délégation des tâches est appropriée et comment elle est entreprise. Le deuxième concept réfère au processus de responsabilisation d'un membre pour les tâches qui lui incombent, ce qui permet de renforcer l'engagement et l'efficacité d'une tâche accomplie.

Le **contrôle des comportements** réfère aux “patterns” utilisés par la famille pour gérer les comportements relatifs aux situations physiquement dangereuses, aux besoins affectifs et biologiques et à la socialisation. La notion d'entente ou de négociation à l'intérieur de la famille s'ajoute à celle de la discipline familiale. Les comportements de tous les membres de la famille pour chacune des situations sont considérés dans la dimension du contrôle des comportements. Chaque famille développe des normes et un niveau de latitude quant aux comportements familiaux acceptables; ceux-ci déterminent un des quatre styles du contrôle des comportements: 1) le contrôle rigide; 2) le contrôle flexible; 3) le laissez-faire; et 4) le contrôle chaotique. Le contrôle flexible est considéré le style le plus efficace et à l'opposé, le contrôle chaotique, le moins efficace.

L'**expression affective** réfère à l'habileté à répondre aux émotions appropriées à un grand nombre de stimuli (Epstein et al., 1978). Les réponses familiales face à différentes situations en sont le point focal. Deux types de réponses sont considérés: celles reliées aux émotions de bien-être (ex. l'amour, la tendresse, le bonheur et la joie) et celles reliées aux émotions d'urgence (ex. la peur, la colère, la tristesse, la déception et la dépression). La qualité, la quantité et l'adéquation des réponses familiales et de chacun des membres à des stimuli affectifs, sont aussi traitées dans la dimension de l'expression affective.

L'investissement affectif dans le fonctionnement familial représente le degré d'intérêt de la famille et la valeur qu'elle accorde aux activités de ses membres. Différents niveaux d'engagement décrivent l'intérêt de la famille envers ses membres et vice-versa, passant de l'absence d'investissement à un investissement empathique, ce dernier étant le plus efficace. Une variété de réponses est considérée incluant d'une part une absence totale d'investissement familial et d'autre part, un investissement extrême ou symbiotique qui embrouille l'individualité de chaque membre.

À la lumière de cette recension des écrits, les connaissances sur le fonctionnement familial des mères au travail et de leur utilisation des services de santé demeurent limitées, bien que les facteurs d'influence potentielle ont pu être identifiés partiellement. Les études n'ont pas été en mesure de démontrer l'existence de relation avec les différents concepts du fonctionnement de la famille et l'utilisation des services de santé par les mères. La présente étude propose d'utiliser le modèle du fonctionnement familial de McMaster (Epstein et al., 1978) auprès d'une population de mères au travail dans le contexte de l'utilisation des services de santé.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit la méthode utilisée pour répondre aux questions de recherche. Le chapitre présente les sections suivantes: 1) le type d'étude; 2) la description de la population, du milieu et de l'échantillon; 3) la définition opératoire des variables; 4) la description des instruments de mesure utilisés; 5) les démarches préliminaires; 6) le plan d'analyse et 7) les aspects déontologiques et limitatifs de la présente recherche.

3.1 TYPE D'ÉTUDE

Le devis de l'étude est de type descriptif-corrélational avec une stratégie transversale de collecte des données par la poste. Ce type d'étude a permis d'explorer les relations entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé par des femmes sur le marché du travail à temps plein, mères d'enfants d'âge préscolaire.

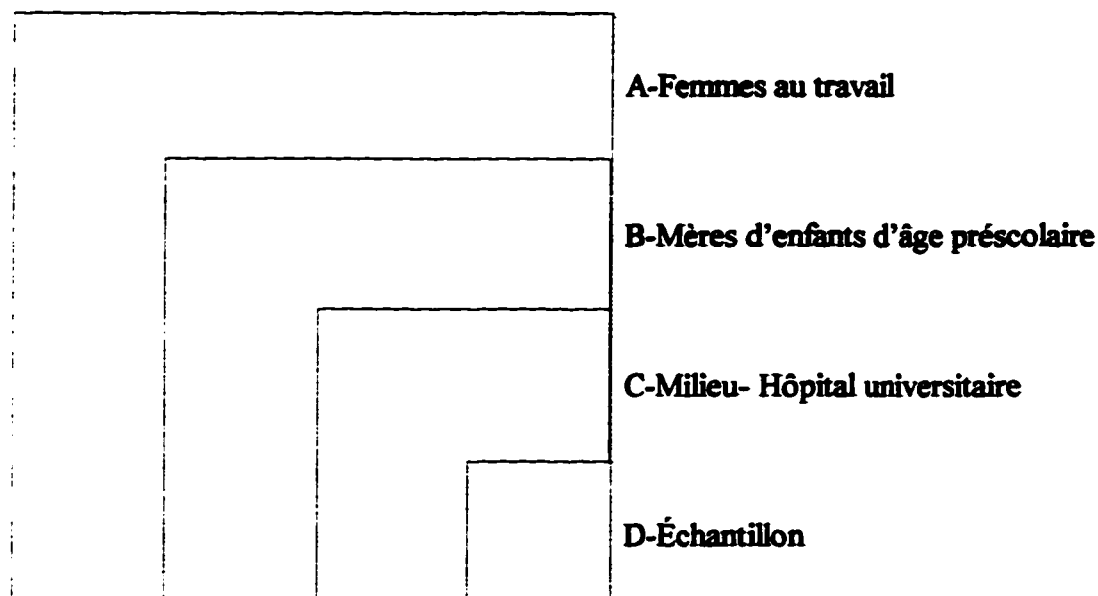
3.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION, DU MILIEU ET DE L'ÉCHANTILLON

3.2.1 Population à l'étude:

L'étude visait une population de femmes sur le marché du travail, telle qu'indiqué à la figure 3.1. Afin de circonscrire l'étude selon les variables proposées, un milieu a été choisi et la population des femmes au travail, mères d'enfants d'âge préscolaire formaient le bassin de la population à l'étude (figure 3.1-B).

Figure 3.1

Schéma de la sélection de l'échantillon



3.2.2 Milieu:

Le choix du milieu a été effectué à partir d'une banque de données sur les différents lieux de travail dans la région d'Ottawa-Carleton, par l'entremise du programme de Santé au travail du Service de la Santé de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton. La sélection du milieu a dû tenir compte de la possibilité et de l'intérêt de l'employeur à permettre le déroulement de l'étude dans son établissement. La population à laquelle la chercheuse a eu accès était composée de femmes qui travaillaient dans un hôpital universitaire comme infirmières sur un département regroupant sept unités de soins (figure 3.1-C). C'est à partir de cette population de 375 infirmières que la procédure de recrutement a permis de sélectionner l'échantillon, selon les critères d'admissibilité à l'étude (figure 3.1-D).

3.2.3 Critères d'admissibilité:

Pour la sélection des sujets admissibles à cette étude, cinq critères devaient être respectés: 1) être mère d'au moins un enfant âgé entre 0 et 6 ans; 2) être active sur le marché du travail à temps plein comme infirmière; 3) s'être absentée du travail au cours des 12 derniers mois; 4) demeurer dans la région d'Ottawa-Carleton ou de l'Outaouais; et 5) accepter de participer à l'étude.

3.2.4 Recrutement des sujets pour l'étude:

Le recrutement des sujets a été effectué en novembre 1995. La chercheure a remis des enveloppes contenant tout le matériel de recrutement à l'employeur qui s'est chargé de distribuer le matériel sur les sept unités de soins au cours de la période déterminée et de recueillir les enveloppes non-distribuées par l'entremise des coordonnatrices de soins. Les 375 enveloppes contenaient une lettre d'information (Annexe A), une fiche de recrutement (Carte-réponses, Annexe B) et une enveloppe de retour affranchie et pré-adressée à l'Université d'Ottawa au nom de la chercheure. La fiche de recrutement composée de cinq questions de type dichotomique a permis d'identifier les sujets selon les critères d'admissibilité à l'étude.

Toutes les femmes ayant été formées comme infirmières ont été contactées pour participer à l'étude et ont été encouragées à compléter et à retourner les cartes-réponses dans l'enveloppe affranchie et pré-adressée à l'Université d'Ottawa. Les infirmières qui ont répondu positivement aux cinq questions dont la question 5: "Acceptez-vous de participer à cette étude, après avoir lu la lettre d'information?" pouvaient retourner les cartes-réponses,

en indiquant leur nom et adresse. Seules les personnes qui ont complété le questionnaire envoyé par la poste sont considérées dans l'étude comme participantes.

3.2.5 Échantillon:

En tout, 35 questionnaires ont été postés. L'échantillon est formé de toutes les infirmières qui ont complété et retourné le questionnaire. Un échantillon de 33 femmes volontaires a ainsi été constitué.

3.3 DÉFINITION OPÉRATOIRE DES VARIABLES

3.3.1 Fonctionnement familial:

Dans le contexte de cette étude, le fonctionnement familial réfère à une mesure multidimensionnelle dont la résolution de problèmes, la communication, la distribution des rôles, l'expression affective, l'investissement affectif et le contrôle des comportements sont mesurées à l'aide de l'échelle du "Family Assessment Device" développé par Epstein et al. (1978). Cet outil permet de mesurer la perception qu'un individu entretient à l'égard du fonctionnement de sa famille, basé sur les six concepts du "McMaster Model of Family Functioning" (Epstein et al., 1978).

La résolution de problèmes (RP) a trait à l'habileté de la famille à résoudre un problème à un niveau qui maintient un fonctionnement efficace de la famille (Epstein et al., 1978).

La communication (CM) se définit comme étant la façon dont la famille échange de l'information (Epstein et al., 1978). L'exclusion volontaire de la communication non-verbale est d'ordre méthodologique, puisque la cueillette des données sur ces observations ne permet pas une mesure objective. Pour cette raison, l'accent est placé sur le plan des échanges verbaux entre les membres de la famille.

La distribution des rôles (R) se réfère à la façon dont les rôles sont alloués dans la famille, les rôles étant les modes répétées de comportements par lesquels les membres s'acquittent de leurs fonctions familiales (Epstein et al., 1978).

L'expression affective (EA) se définit comme l'habileté de la famille à répondre à une variété de stimuli en exprimant des sentiments appropriés (Epstein et al., 1978).

L'investissement affectif (IA) représente l'intensité et la qualité avec lesquels les membres s'impliquent dans la famille (Epstein et al., 1978).

Le contrôle des comportements (CC) fait référence aux patterns qu'utilisent les membres de la famille pour gérer les comportements relatifs aux situations dangereuses, aux besoins affectifs et biologiques et à la socialisation (Epstein et al., 1978).

Le fonctionnement général (FG) formé d'une synthèse des six concepts énumérés précédemment, est une mesure globale du fonctionnement général de la famille et regroupe

quelques questions tirées de chacune des six dimensions (Fortin, Coutu-Wakulczyk et Filion, 1996). Il est évalué par l'instrument FAD-III, tel que décrit par Kabacoff et al. (1990).

3.3.2 L'utilisation des services de santé:

L'utilisation des services de santé par les mères se rapporte au type de services reçus, aux consultations auprès de catégories de professionnels de la santé et l'endroit de prestation des services de santé, tel que mesuré par le "Questionnaire sur la famille et le travail".

Le type de services de santé reçus réfère aux soins de type préventif (pour préserver la santé ou prévenir des maladies), de type curatif (pour guérir d'une maladie ou d'une blessure, ayant besoin de médicament ou de chirurgie) et de type méthode douce (pour la détente et la guérison sans médicament ou chirurgie).

Les consultations auprès de catégories de professionnels de la santé réfèrent à la fréquence des consultations auprès des différents types de professionnels de la santé.

L'endroit de prestation des services de santé se caractérise par neuf endroits de prestation des services de santé pour les mères.

3.3.3 Réseau de soutien familial et données sociodémographiques:

Le réseau de soutien familial se définit en terme de la disponibilité des personnes et des services communautaires dans le voisinage immédiat de la famille lorsqu'un enfant de moins de six ans est malade, tel que mesuré dans le "Questionnaire sur la famille et le travail".

Les données sociodémographiques familiales sont certains aspects pouvant influencer sur les dimensions du fonctionnement familial et sur l'utilisation des services de santé, tels que le type de famille, l'âge de la mère, le niveau de scolarité, le revenu familial, la langue maternelle, le nombre et l'âge des enfants, l'emploi et les raisons pour les absences au travail, mesurés par le "Questionnaire sur la famille et le travail".

3.4 INSTRUMENTS DE MESURE

Deux instruments ont été utilisés pour mesurer les variables à l'étude: le "Family Assessment Device" (FAD-III; Epstein et al., 1978) (Annexe C, Section E) dans ses versions anglaise et française et le "Questionnaire sur la famille et le travail" (Annexe C), composé des données relatives à l'utilisation des services de santé (Section A), aux variables sociodémographiques des mères au travail et de leur famille (Section B), aux enfants (Section C) et au réseau de soutien (Section D). Le contenu du "Questionnaire sur la famille et le travail" a été élaboré à l'aide des études gouvernementales pertinentes, des suggestions d'experts et de la littérature. Certaines questions ont été traduites ou adaptées pour l'étude en versions anglaise et française. Chaque instrument est présenté en précisant la définition des termes relatifs aux concepts mesurés et la façon dont ils sont évalués.

3.4.1 Le fonctionnement familial (“Family Assessment Device III”, FAD-III):

Le “McMaster Model of Family Functioning” (Epstein et al., 1978), sert de cadre conceptuel pour l’instrument du “Family Assessment Device-III” (FAD-III). Cet instrument a été développé et utilisé pour étudier le fonctionnement familial auprès d’échantillons cliniques (Arpin, Fitch, Bohn Browne et Corey, 1990; Gowers, Jones, Kiana, North et Price, 1995; Sawyer, Sarris, Cross et Kalucy, 1988) et psychiatriques (Byles, Byrne, Boyle et Offord, 1988; Keitner, Ryan, Miller et Norman, 1992). Plus récemment, le FAD-III a été utilisé dans des études auprès de la population en général (Bolduc, 1991; de Montigny et Dumas, 1993; Reeber, 1992; Warren, 1994). Le FAD-III permet également de distinguer entre les familles fonctionnelles et les familles dysfonctionnelles (Kabacoff et al., 1990).

Cet instrument (Annexe C, Section E) est composé de 60 énoncés répartis selon les six dimensions et il ne prend que 15 à 20 minutes à compléter. De plus, une mesure globale, le fonctionnement général, tient compte des six autres dimensions du modèle (Kabacoff et al., 1990). Le tableau 3.1, tiré de Fortin et al. (1996), donne la répartition des items selon chacune des dimensions du FAD-III. Une échelle de type Likert à quatre points mesure entre cinq et douze énoncés par dimension, répartis de la façon suivante: résolution de problèmes (6), communication (9), rôles (11), expression affective (6), investissement affectif (7), contrôle des comportements (9) et fonctionnement général (12).

Tableau 3.1

Numéro des items selon les dimensions du FAD-III

Dimensions du FAD-III	Numéros des items
Résolution de problèmes	2, 12, 24, 38, 50, 60
Communication	3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59
Rôles	4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58
Expression affective	9, 19, 28, 39, 49, 57
Investissement affectif	5, 13, 25, 33, 37, 42, 54
Contrôle des comportements	7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55
Fonctionnement général	1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56

Source: Fortin et al. (1996), p. 56.

Les sujets indiquent leur degré d'accord ou de désaccord pour chaque énoncé selon un choix de quatre réponses. Les réponses varient entre 1) fortement en accord, 2) en accord, 3) en désaccord et 4) fortement en désaccord. Les scores pour chacune des dimensions se calculent en divisant la somme des réponses par le nombre d'items dans chacune des dimensions et varient de 1 à 4 (Fortin et al., 1996). Selon Miller et al. (1985), un score d'une valeur de 2 (en accord) correspond à la valeur approximative du seuil théorique qui différencie un fonctionnement familial sain du non sain à chacune des dimensions. Par exemple, si une famille obtient un score d'une valeur supérieure au seuil théorique de deux pour une dimension, ceci indique qu'il y a des difficultés de fonctionnement pour cette dimension particulière, sans toutefois suggérer que la famille est dysfonctionnelle dans son

ensemble. Puisque l'échantillon de cette étude est tiré d'une population générale de femmes au travail et non d'un échantillon clinique, l'avantage d'identifier les dimensions particulières qui peuvent occasionner des difficultés de fonctionnement, permet de cibler des interventions spécifiques auprès de la famille, tout en préservant l'aspect systémique de l'approche. Cet instrument de dépistage multidimensionnel a été sélectionné car il reflète l'aspect systémique de l'intervention auprès de la famille en plus d'offrir une valeur métrologique en langues anglaise et française.

Fidélité et validité du FAD-III

Version originale anglaise: La **fidélité** d'un instrument peut être démontrée à l'aide de mesures concernant la stabilité et la consistance interne de l'instrument. La fidélité a été évaluée pour chacune des sept dimensions de l'instrument dans sa version anglaise. Miller et al. (1985) ont effectué un test-retest à une semaine d'intervalle auprès de 45 sujets pour évaluer la stabilité de l'instrument. Les coefficients de corrélation des sept dimensions variaient alors entre 0,66 et 0,76 (Miller et al., 1985). La consistance interne, calculée à l'aide de l'alpha de Cronbach se situait pour les groupes cliniques entre 0,72 et 0,92 (Epstein et al., 1983; Byles et al., 1988). Or, un instrument est considéré fidèle par certains auteurs lorsque l'alpha se situe entre 0,7 et 0,9 (Fortin et al., 1996; Nunnally, 1978). Pour leur part, Kabacoff et al. (1990) ont eux aussi confirmé la consistance interne de l'instrument dans sa version anglaise en obtenant des coefficients (alpha de Cronbach) supérieurs à 0,70, sauf pour la dimension "rôles" ($\alpha = 0,57$), dans une étude auprès de 627 sujets.

La validité d'un instrument peut être démontrée par différents moyens. La validité concomitante sert à comparer l'instrument à un critère tandis que la validité de construit évalue la différentiation ou la convergence entre d'autres instruments qui mesure le même construit. En ce qui a trait au FAD-III, la validité concomitante a été démontrée par l'utilisation du FAD-III en comparaison au "Family Environment Scale" (FES) (Moos et Moos, 1976; Perosa et Perosa, 1990) et au "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale" (FACES) (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen et Wilson, 1983; Fristad, 1989). Les coefficients de corrélation se situaient entre 0,72 et 0,92. La validité de construit a aussi été évaluée par Miller et al. (1985), pour différencier le FAD-III de l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (1964, dans Fortin et al., 1996). Des coefficients variant entre -0,06 (contrôle des comportements) et -0,19 (investissement affectif) (Miller et al., 1985), indiquent peu de relation entre ces instruments (Fortin et al., 1996).

Version française: Dans une méta-analyse de quatre études indépendantes regroupant 649 sujets, la consistance interne du FAD-III dans la version française traduite par Bolduc et St-Louis (1990), a montré des alpha de Cronbach variant entre 0,69 pour le contrôle des comportements et 0,79 pour l'expression affective. Lors de mesures moitié-moitié effectuées pour la dimension du fonctionnement général, à l'aide de la procédure de Spearman-Brown, les coefficients de corrélation se situaient entre 0,85 et 0,92, dans la version française de Bolduc et St-Louis (1990) (Coutu-Wakulczyk, Bolduc, St-Louis, Lepage, Essiembre, 1996). Selon Fortin et al. (1996), l'instrument présente une consistance interne acceptable dans sa version française de 1990, mais suggère la prudence dans l'interprétation des résultats pour la dimension contrôle des comportements.

3.4.2 “Questionnaire sur la famille et le travail”:

Ce questionnaire (Annexe C) a été élaboré de façon à recueillir les données relatives à l'utilisation des services de santé (Section A), aux données sociodémographiques (Section B), aux questions relatives aux enfants (Section C) et au réseau de soutien social (Section D). Les questions sur les données sociodémographiques, celles relatives aux enfants et au réseau de soutien sont puisées d'études gouvernementales pertinentes. Ce questionnaire a été évalué pour sa validité nominale durant des démarches préliminaires décrites à la section 3.5 (p. 39). Dans cette étude, l'outil est utilisé de façon à ce que les infirmières sur le marché du travail ayant des enfants âgées entre 0 et 6 ans répondent sur la base des 12 derniers mois.

Section A: Utilisation des services de santé par la mère: Cette section, inspirée des connaissances de l'auteure et des conseils de statisticien, est composée de neuf énoncés reliés: 1) au type de services reçus; 2) aux consultations auprès de catégories de professionnels de la santé; et 3) à l'endroit de prestation des services de santé. Trois types de services de santé sont définis: 1) préventifs, 2) curatifs, et 3) méthodes douces. Les services de santé préventifs se mesurent au nombre de fois que la mère a reçu des services visant à préserver sa santé dans le but de prévenir les maladies à l'étape pré-symptomatologique, en évitant les complications d'une maladie ou le prolongement de la maladie. L'utilisation des services “curatifs”, se rapporte au nombre de fois que la mère a reçu des services avec médicament ou avec une chirurgie pour guérir d'une maladie ou d'une blessure. Le troisième type de service de santé représente les services qui aident à la détente et à la guérison, sans médicament ou chirurgie.

Les consultations auprès des catégories de professionnels de la santé se mesurent quantitativement par la fréquence des consultations auprès des différents types de professionnels de la santé et des journées passées dans une institution de soins (maison de convalescence, hôpital, etc.). Neuf types de professionnels sont identifiés: médecin en pratique générale (médecin de famille), médecin spécialiste, dentiste, infirmière, optométriste ou opticien, chiropraticien, psychologue, travailleur social ou conseiller, professionnels utilisant des méthodes douces (physiothérapeute, ergothérapeute, massothérapeute) et autres professionnels de la santé non énumérés.

Enfin, les endroits de prestation représentent neuf endroits différents d'utilisation des services de santé dont, les bureaux de services de santé au travail, du médecin de famille, du médecin spécialiste, les centres récréatifs / sportifs, les cliniques privées, communautaires et externes d'un hôpital, les hôpitaux et les autres endroits.

Section B: Données sociodémographiques: Treize questions, tirées de questionnaires provenant d'études nationales et provinciales, visent à recueillir des renseignements sur:

1) le type de famille; 2) l'âge de la mère; 3) le niveau de scolarité; 4) le revenu familial brut; 5) la langue maternelle; 6) le nombre et l'âge des enfants; 7) l'emploi; 8) les raisons des absences au travail qui permettent de compléter un portrait sociodémographique de l'échantillon.

Section C: Questions relatives aux enfants: Les quatre énoncés de cette section représentent l'âge et le nombre des enfants et la présence d'un problème de santé qui pourrait

limiter les activités chez l'un ou l'autre des enfants âgés entre 0 et 6 ans.

Section D: Réseau de soutien: Cette mesure permet de relever des données sur la disponibilité du réseau de soutien dans le voisinage de la famille lorsqu'un enfant est malade. Les questions 29 à 32 représentent la disponibilité des personnes et des services communautaires dans le voisinage immédiat de la famille et le nombre d'appels à ce réseau lors de la maladie d'un enfant.

3.5 DÉMARCHES PRÉLIMINAIRES

Des démarches préliminaires ont été effectuées entre les mois de juillet et août 1995 afin de prétester les instruments et la procédure de recrutement des sujets telle que décrite à la section 3.2.4. La construction du "Questionnaire sur la famille et le travail" dans ses versions française et anglaise, a été complétée au début de l'été 1995. Dans un premier temps, la validité nominale a été établie suite à une évaluation subjective du questionnaire effectuée en juin 1995 par deux infirmières francophones et deux infirmières anglophones qui ont examiné le contenu et la formulation des questions. Les commentaires sur la feuille d'évaluation du questionnaire portaient sur des items du FAD-III et sur la formulation des questions relatives à l'emploi de la mère et aux services de santé. Après avoir apporté les changements proposés par les quatre expertes, l'étude préliminaire s'est poursuivie avec une deuxième évaluation par 10 mères au travail dans deux agences privées. Les commentaires de cette évaluation ont permis de rectifier les questions pour l'étude proposée, sans toutefois toucher aux items du FAD-III, afin de ne pas biaiser la comparaison entre d'autres études

utilisant cet instrument de mesure.

3.6 PLAN DES ANALYSES

Les analyses projetées visaient à répondre aux trois questions de cette étude descriptive-corrélacionnelle. Ces analyses sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS-PC+, version 4,0 (Norusis, 1990). Les analyses descriptives permettent de décrire le profil des sujets selon les concepts étudiés et de caractériser l'échantillon selon les variables retenues, ce qui répondait à la première question à l'étude. Les mesures de tendance centrale et de dispersion selon le type de données (continues, discrètes ou en catégorie) ont été utilisées dans le calcul des résultats; par exemple, la moyenne et l'écart-type ont permis de décrire des profils pour les données continues. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et décrits dans le texte narratif.

Des analyses non paramétriques ont été utilisées pour explorer les relations possibles entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé par les mères, ainsi qu'entre ces deux variables et le réseau de soutien et certaines données sociodémographiques. L'avantage principal des tests non paramétriques réside dans le fait que les postulats de base ne sont pas sévèrement restrictifs quant à la forme de la distribution de l'échantillon d'une population (Howell, 1992), ce qui est important en présence de petits échantillons. De plus, la validité du test statistique n'est pas affectée par la normalité de la distribution d'une population (Howell, 1992). Pour les variables en catégories, en particulier pour la variable de l'utilisation des services de santé par les mères, le test du khi-carré (X^2) permet de distinguer les différences entre des groupes de répondantes pour un même

échantillon (Sanders, Murph et Eng, 1980). Des tests de corrélation de Spearman (r_s) (rank order correlation) et de détermination (r^2) ont été effectués pour chacune des dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé par les mères afin de répondre à la deuxième question de recherche. Des tests de corrélation de Spearman (r_s) ont aussi été utilisés entre ces deux variables et le réseau de soutien et certaines données sociodémographiques, ce qui a permis de répondre à la troisième question.

3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les sujets ont participé à l'étude sur une base complètement volontaire: le retour de la fiche de recrutement (Carte-réponses, Annexe B) dans l'enveloppe affranchie et pré-adressée indiquait que le sujet consentait à participer à l'étude. Une lettre d'information (Annexe A) décrivant le but de l'étude, le type de participation sollicité, les risques inhérents à l'étude, la conservation confidentielle des renseignements recueillis et le respect de l'anonymat, a été distribuée aux sujets au moment du recrutement et lors de l'envoi du questionnaire. La confidentialité des données recueillies a été assurée, ainsi que l'anonymat des sujets puisqu'un numéro a été substitué au lieu du nom sur les questionnaires. Les participantes ont été informées que le refus de participer ou le retrait de l'étude ne comportait aucun préjudice envers elles. Les permissions requises pour le déroulement de l'étude ont été obtenues auprès: 1) du Comité de Déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté des Sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (Annexe D); 2) du Comité de recherche de l'hôpital où sont recrutés les sujets de l'étude (Annexe E); et 3) des auteurs de l'instrument du FAD-III (Annexe F).

3.8 LIMITES DE L'ÉTUDE

Les limites inhérentes à cette étude se situent au plan du biais de sélection (échantillonnale), du biais d'information (instruments de mesure) et du biais de confusion (variables et méthodologie) (Dontigny, 1996). Le biais de sélection est un type de biais qui découle des procédures adoptées pour choisir les sujets à l'étude. Dans le contexte de cette étude, les procédures adoptées pour choisir les sujets comportaient des biais d'échantillonnage et de volontariat. En effet, le choix d'un groupe d'infirmières pourrait mener à une erreur dans l'estimation de la mesure d'association et entraîner une surestimation ou une sous-estimation de la valeur réelle des variables à l'étude. Les sujets volontaires peuvent présenter des caractéristiques particulières et différentes de celles qui ne participent pas à l'étude. Ces caractéristiques peuvent influencer sur la mesure d'association ou empêcher de généraliser les résultats à d'autres populations. Il aurait été souhaitable d'avoir une méthode échantillonnale de type aléatoire avec un plus grand échantillon représentatif de la population en général.

Les biais d'information réfèrent à l'erreur systématique reliés à la qualité des instruments de mesure utilisés. Les erreurs se rapportent au FAD-III dans ses versions française et anglaise et encore davantage aux versions anglaises et française du Questionnaire sur la famille et le travail, car ce dernier instrument n'avait fait l'objet d'aucune étude de validation. Également, l'utilisation du seuil critique de Miller et al. (1985) peut mener à une sous-estimation de la vraie mesure d'association.

Le biais de confusion se rapporte à l'erreur systématique induite par la présence d'un facteur associé de façon indépendante tant à la maladie qu'au facteur d'exposition à l'étude.

Certaines variables à l'étude peuvent ainsi biaiser l'interprétation des résultats selon les caractéristiques de la population à l'étude ou de la procédure de sélection des sujets. Ces limites sont prises en compte dans l'interprétation des résultats.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Cette étude a été effectuée dans le but d'explorer les relations entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé auprès d'un groupe de mères au travail. La présentation des résultats des analyses se divise en quatre sections. La première section présente le taux de participation à l'étude; dans la deuxième section, les résultats sont présentés pour donner un profil de l'échantillon; la troisième section comprend les résultats des analyses selon les scores au FAD-III et l'utilisation des services de santé et enfin, la dernière section porte sur les résultats des analyses selon certaines variables à l'étude et elle vise à répondre à la troisième question de recherche.

4.1 TAUX DE PARTICIPATION

Devant le grand nombre de variables à l'étude, l'auteure aurait souhaité rejoindre un plus grand nombre de sujets pour augmenter la taille échantillonnale. Malheureusement, les difficultés au niveau du recrutement des sujets se sont reflétées par un faible taux de participation. En effet, des 375 enveloppes fournies à l'employeur pour fin de distribution aux infirmières des sept unités de soins, 28% (106/375) ont été retournées à la fin de la période de recrutement sans explication de la part de l'employeur. Des 269 infirmières ayant reçu l'information, 49 ont retourné une fiche de recrutement (18,2%). Toutefois, tel qu'illustré au tableau 4.1, le retour de la fiche ne signifiait pas pour autant que les sujets répondaient aux cinq critères d'admissibilité à l'étude.

Tableau 4.1

Répartition des répondantes à la fiche de recrutement selon les critères d'admissibilité

Critères	Éligibles n (%)	Rejetés n (%)
Accepter de participer	49 (100,0)	0 (0,0)
Mère d'enfant < 6 ans	49 (100,0)	0 (0,0)
Réside Ottawa/Outaouais	45 (91,8)	4 (8,2)
Travail à temps plein	42 (85,7)	7 (14,3)
Absences (enfant malade)	35 (71,4)	14 (28,6)
Nombre de répondantes	33 (67,4)	2 (4,1)

Tels que présentés au tableau 4.1, les 49 répondantes ayant accepté de participer à l'étude, 35 étaient éligibles. Les répondantes étaient toutes mères d'un enfant de moins de 6 ans, mais quatre d'entre elles ne résidaient pas dans la région d'Ottawa-Carleton ou de l'Outaouais québécois, sept ne travaillaient pas à temps plein et 14 ne s'étaient pas absentes du travail pour raison de maladie d'un enfant au cours de la dernière année. Les 35 répondantes ont reçu un questionnaire à retourner dans une enveloppe pré-affranchie à l'adresse indiquée sur la fiche de recrutement. En tout, 33 ont été retournés sans rappel. Ce nombre constitue la taille de l'échantillon de cette étude puisqu'un rappel posté à l'adresse indiquée est demeuré sans succès. Les répondantes représentaient 12,2% (33/269) des femmes au travail sollicitées pour l'étude.

4.2 PROFIL DE L'ÉCHANTILLON

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées selon les profils: 1)

sociodémographique; 2) du réseau de soutien; 3) des dimensions du fonctionnement familial et 4) de l'utilisation des services de santé par les mères et servent à répondre à la première question: "Quel est le profil de l'échantillon en regard du fonctionnement familial, de l'utilisation des services de santé et des caractéristiques sociodémographiques chez les mères d'enfants de 0 à 6 ans, s'étant absentes du travail durant la dernière année pour raisons de maladie?" Des mesures de tendance centrale et de dispersion selon le type de données (continues, discrètes ou en catégorie) ont été utilisées dans le calcul des résultats. Par exemple, la moyenne et l'écart-type ont permis de considérer les profils des données continues. En général, le taux de réponses pour l'ensemble des items a été relativement élevé.

4.2.1 Profil sociodémographique des mères:

Plusieurs éléments composaient le profil sociodémographique de l'échantillon. Le Tableau 4.2 comprend les éléments les plus pertinents pour cette étude. Pour améliorer la clarté du texte, les résultats de certaines variables ont été regroupés en catégories dans les tableaux. Le tableau 4.2 illustre la répartition des sujets selon le type de famille, l'âge et la scolarité de la mère, le revenu familial brut, la langue maternelle et le nombre d'enfants.

Type de famille: Les sujets s'identifient comme membres d'une famille traditionnelle dans une proportion de 84,8% (28/33), tandis que 6,1% (2/33) sont membres d'une famille monoparentale, 6,1% (2/33) d'une famille reconstituée et 3,0% (1/33) d'une famille élargie sans la présence du père des enfants.

Tableau 4.2

Répartition des sujets selon certaines variables sociodémographiques

Caractéristiques	N=33	%
Type de famille		
traditionnelle	28	84,8
reconstituée	2	6,1
monoparentale	2	6,1
autre	1	3,0
Âge des mères		
24-29 ans	7	21,2
30-35 ans	16	48,5
36-42 ans	8	25,8
non réponses	2	6,1
Scolarité des mères		
collégial	23	69,7
universitaire	7	21,2
non réponses	3	9,1
Revenu familial brut		
moins de \$39 999	3	9,1
\$40 000 à 59 999	12	36,4
\$60 000 à 79 999	11	33,3
\$80 000 à 99 999	5	15,1
\$100 000 et plus	2	6,1
Langue maternelle		
français	17	51,5
anglais	16	48,5
Nombre d'enfant(s)		
1 enfant	13	39,4
2 enfants	14	42,4
3 enfants	6	18,2

L'âge des mères: Tel que présenté au tableau 4.2, l'âge des mères dans l'échantillon varie de 24 à 42 ans et la moyenne d'âge du groupe se situe à 32,2 ans avec un écart-type de $\pm 4,2$. Près de 48,5% (16/33) des mères sont âgées entre 30 et 35 ans, ce qui constitue aussi la classe modale.

Scolarité des mères: En regard de la scolarité, étant donné que les femmes de l'échantillon étaient toutes des infirmières, elles possèdent un diplôme collégial ou universitaire, ceci représentant le minimum requis pour la pratique de la profession des soins infirmiers en Ontario. Aussi, dans cet échantillon 76,7% (23/33) ont terminé des études de niveau collégial et 21,2% (7/33) de niveau universitaire.

Revenu familial brut: Pour améliorer la clarté de présentation, les résultats ont été regroupés en cinq classes. Des 33 familles, aucune n'a un revenu familial inférieur à \$19 999, deux (6,0%) d'entre elles ont un revenu supérieur à \$100 000 et trois (9,1%) se situent dans la catégorie des \$20 000 à \$39 999. La moyenne n'a pas été calculée en raison des données en catégories. La médiane demeure le meilleur indice de mesure dans ce cas. Dans cet échantillon, le revenu familial brut médian est inférieur à \$79 999. De plus, 36,4% (12/33) des familles étudiées se retrouve dans la classe modale avec un revenu variant entre \$40 000 et \$59 999.

Langue maternelle: Les répondantes sont réparties à peu près également en matière de langue maternelle, à savoir 51,5% (17/33) sont francophones et 48,5% (16/33) anglophones.

Or, la proportion des familles francophones est d'environ 16% dans la Région Municipale d'Ottawa-Carleton (RMOC,1995). L'item sur le groupe ethnique a été omis du tableau en raison des difficultés à classer les résultats.

Nombre d'enfants: Puisque le nombre d'enfants et leur âge constituent des variables susceptibles d'influencer le fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé par les mères, il s'avérerait intéressant de dresser un profil. Tel que présenté au tableau 4.2, la majorité des mères à l'étude ont un ou deux enfants. Les sujets sont mères d'un seul enfant dans 39,4% (13/33) des familles, de deux enfants dans 42,4% (14/33) des cas et de trois enfants dans 18,2% (6/33). Le nombre moyen d'enfants par famille se situe à 1,8 avec un écart-type de $\pm 0,7$.

L'âge des enfants: Près de la moitié (53,8%: 7/13) des enfants uniques se retrouvent dans le groupe des trottineurs, l'âge moyen se situant à 3,1 ans (étendue de 1 à 6 ans). Chez les 14 familles ayant deux enfants, il y a une proportion identique de trottineurs et d'enfants d'âge scolaire soit 35,7% (10/28). Dans les familles de 3 enfants, ceux-ci sont âgés entre 20 mois et 11 ans; 44,4% (8/18) vont à l'école, 33,3% (6/18) sont des trottineurs et 22,2% (4/18) d'âge pré-scolaire.

Caractéristiques de l'emploi: Les différents items reliés à l'emploi visaient à établir le profil des mères selon les caractéristiques de l'emploi, tel que présentés aux tableaux 4.3 et 4.4.

Tableau 4.3

Nombre d'heures de travail par semaine, d'années d'expérience et d'années de travail dans l'institution (N=32)*

Caractéristiques	Moyenne	Écart-type	Min.	Max.
Heures de travail (par semaine)	35,0	7,3	15	49
Années d'expérience	9,9	4,9	2	22
Travail pour l'institution	6,8	3,4	1	15

* 1 non-répondante

En moyenne, les mères travaillaient 35,0 heures par semaine avec un écart-type de $\pm 7,3$, tels que présenté au tableau 4.3. Le nombre moyen d'années d'expérience comme infirmière pour l'échantillon est de 9,9 ans avec un écart-type de $\pm 4,9$. En regard du nombre d'années de travail pour l'institution, la moyenne se situe à 6,8 ans ($\pm 3,4$). Les mères ayant moins de 6,8 ans d'ancienneté représentent 43,8% (14/32) des sujets et celles qui ont plus de 6,8 ans d'ancienneté forment 56,3% (18/32) de l'échantillon.

Le tableau 4.4 présente le profil des mères selon l'horaire de travail, les heures supplémentaires et la pluralité d'emplois. Les questions relatives à l'emploi se rapportent aux activités principales d'emploi des 12 derniers mois. L'horaire de travail varie dans le groupe des 32 répondantes: 25,0% (8/32) ont un travail régulier de jour, 6,3% (2/32) régulier de soir, 15,6% (5/32) régulier de nuit et 53,1% (17/32) ont un horaire variable de quarts de travail. À noter également, 27,3% (9/33) des infirmières travaillent des heures supplémentaires et 18,2% (6/33) occupent plus d'un emploi.

Tableau 4.4

Répartition des sujets selon l'horaire de travail, les heures supplémentaires et la pluralité d'emploi durant les 12 derniers mois

Caractéristiques	OUI n (%)	NON n (%)
Horaire de travail (N=32)*		
jour régulier	8 (25,0)	24 (75,0)
soir régulier	2 (6,3)	30 (93,8)
nuir régulier	5 (15,6)	27 (84,4)
horaire variable	17 (53,1)	15 (46,9)
Heures supplémentaires(N=33)	9 (27,3)	24 (72,7)
Plus d'un emploi (N=33)	7 (18,2)	26 (78,8)

* 1 non-répondante

Jours d'absence reliés à la maladie de la mère ou de l'enfant: Tel que présenté au tableau 4.5, plus du tiers des sujets 36,4% (12/33) ont pris des journées de congé pour cause de maladie ou de blessure personnelle. De ce groupe, 27,3% (9/33) des mères ont pris entre 1 et 3 jours de congé durant la dernière année alors que dans le groupe des mères qui ont pris plus de quatre jours de congé, une mère s'est absentée 12 fois et une autre 90 fois (3 mois) durant la même période. La moyenne des journées d'absence reliées à la maladie ou blessure de la mère se situent à 8,5 jours ($\pm 22,8$), en tenant compte des cas extrêmes de l'échantillon.

Tableau 4.5

Répartition des jours d'absence pour raison de maladie de la mère ou de l'enfant (N=33)

Jours d'absence	N	(%)
Raisons reliées à la mère		
0 jours	21	(63,6)
1-3 jours	9	(27,3)
4 jours et plus	3	(9,1)
Raisons reliées à l'enfant		
1-3 jours	23	(69,7)
4 jours et plus	4	(12,1)
non réponses	6	(18,2)

Selon les critères d'admissibilité à l'étude, toutes les femmes s'étaient absentes au moins une journée en raison de maladie d'un enfant âgé de moins de six ans. Les mères qui avaient manqué entre 1 et 3 journées durant la dernière année représentaient 69,7% (23/33) de l'échantillon, comparativement à 14,0% (4/33) qui avaient pris entre 4 et 11 jours. La moyenne des journées d'absence se situe à 2,3 jours ($\pm 2,2$).

4.2.2 Profil du réseau de soutien:

Le réseau de soutien de la famille est évalué spécifiquement dans cette recherche à l'aide d'items se rapportant à la disponibilité des personnes et des services communautaires dans le voisinage immédiat de la famille, lorsqu'un enfant de moins de 6 ans est malade. En ce qui a trait à ce type de réseau de soutien, 72,7% (24/33) des mères peuvent faire appel à des personnes ou à des services communautaires lorsqu'un enfant âgé entre 0 et 6 ans est malade. Toutefois, 27,3% (9/33) n'ont pas ce soutien immédiat.

Tableau 4.6

Répartition du nombre d'appels au réseau de soutien identifié, au cours des 12 derniers mois, lorsqu'un enfant de moins de 6 ans a été malade (N=20)

Nombre d'appels	N=20	%
0 appel	3	(15,0)
1-5 appels	14	(70,0)
6-15 appels	3	(15,0)

Le tableau 4.6 montre la répartition du nombre d'appels au réseau de soutien. À la question 30, les mères devaient indiquer le nombre de fois, dans les 12 derniers mois où elles avaient fait appel à ces personnes ou à ces services, lorsqu'un de leurs enfants âgés entre 0 et 6 ans était malade. La moyenne des appels faits par les mères est de 2,4 avec un écart-type de $\pm 3,6$. Soixante-dix pour cent (14/20) de ces mères ont fait appel à ces services entre 1 et 5 fois durant la dernière année tandis que 15,0% (3/20) l'ont fait entre 6 et 15 fois.

4.2.3 Profil des scores au FAD-III:

Le FAD-III fournit sept scores, un pour chacune des six dimensions et un pour la mesure globale. La distribution des moyennes et des écarts-types selon chacune des dimensions est présentée au tableau 4.7. Lors de la lecture des résultats, il faut tenir compte des normes du FAD-III et de l'échelle des cotes, où la valeur 1 réfère à des comportements sains et 4 à des comportements non sains. La valeur 2 correspond à la valeur du seuil théorique entre les comportements sains et non sains (Miller et al., 1985); cependant il ne constitue pas un seuil critique pour les analyses statistiques. Les scores présentant une valeur

supérieure au seuil théorique sont présentés en caractères gras.

Tableau 4.7

Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III de l'échantillon (N=33)

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III			
	Moyenne	Écart-type	Min.	Max.
Résolution de problèmes	1,76	(0,38)	1,0	2,7
Communication	1,86	(0,31)	1,1	2,4
Rôles	2,05*	(0,45)	1,2	2,9
Expression affective	1,64	(0,47)	1,0	2,7
Investissement affectif	1,88	(0,40)	1,1	2,7
Contrôles comportements	1,63	(0,36)	1,1	2,7
Fonctionnement général	1,64	(0,32)	1,0	2,5

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

Dans cette étude, les moyennes des sept dimensions varient entre 1,63 ($\pm 0,36$) pour le contrôle des comportements et 2,05 ($\pm 0,45$) pour les rôles. À noter que seule la dimension rôles (2,05), a obtenu un score supérieur au seuil théorique de deux.

4.2.4 Profil d'utilisation des services de santé par les mères:

La variable de l'utilisation des services de santé par les mères était reliée à neuf énoncés selon le type de services de santé reçus; les consultations auprès de catégories de professionnels de la santé et les endroits de prestation des services de santé. Les tableaux 4.8 à 4.10 résument les résultats des trois composantes.

Types de services de santé reçus: À la question 8, les sujets devaient indiquer le nombre de fois qu'elles avaient reçu des services de types préventif, curatif et méthode douce, au cours de la dernière année. Tel qu'indiqué au tableau 4.8, près de 55% (18/33) des mères ont reçu des services de type préventif et 48,4% (15/33) des mères, des services de type curatif. Les mères qui ont reçu des services de méthodes douces représentaient 16,1% (5/33) de l'échantillon. Les mères pouvaient choisir plus d'un type de services de santé indépendamment de la catégorie de professionnels visités.

Tableau 4.8

Profil d'utilisation des services de santé par les mères selon le type de services reçus (plus d'un type possible)

Caractéristiques	Utilisation des services de santé			
	OUI		NON	
	n	%	n	%
Types de services				
préventifs	18	55,54	15	45,45
curatifs	15	48,39	16	51,61
méthodes douces	5	16,13	26	83,87

Le tableau 4.9 présente la répartition des sujets selon le type de services reçus, de même qu'en combinaison avec les autres types. De façon générale, 27,3% (9/33) des mères ont utilisé des services de type préventif tandis que 24,2% (8/13) ont utilisé des services curatifs. Sept mères (21,21%) ont utilisé à la fois les services préventifs et curatifs. Près de 90,9% des mères ont reçu des services au cours de la dernière année; seulement trois mères (9,1%) n'avaient pas utilisé de services de santé.

Tableau 4.9

Répartition des sujets selon le type de services reçus (N=33)

Types de services	Fréquence d'utilisation	
	n	%
préventif seulement	9	27,28
curatif seulement	8	24,24
méthodes douces seulement	2	6,06
préventif / curatif	7	21,21
préventif / douces	2	6,06
curatif / douces	0	----
préventif/ curatif/ douces	2	6,06
aucun	3	9,09
Total	N =33	100%

Catégories de professionnels de la santé: À la question 6, les mères devaient indiquer la fréquence des consultations et tous les différents types de professionnels consultés au cours de l'année précédant l'enquête. Même si le taux de réponse variait (dénominateur: 25 à 32) entre les neuf catégories de professionnels, un profil général a pu être établi. En ordre décroissant, les catégories de professionnels les plus consultés par les participantes étaient le médecin (87,5%; 28/32), le dentiste (77,4%; 24/31), le spécialiste (60,0%; 18/30) et l'optométriste (34,5%; 24/31). À noter que seulement cinq des répondantes (19,2%; 5/26) ont indiqué avoir eu recours au service de l'infirmière au cours de la dernière année.

Endroit de prestation des services de santé: À la question 9, reproduite au tableau 4.10, les mères devaient cocher tous les endroits où elles avaient reçu des services de santé selon les types préventif, curatif et méthodes douces au cours de la dernière année. De façon générale, tous les endroits ont été visités pour des services de santé par les 30 mères qui ont répondu à la question. Toutefois, le bureau du médecin était l'endroit le plus visité, en particulier lorsque les mères recevaient des services de type préventif (18/30; 60,0%) et curatif (9/30; 30,0%). Les autres endroits visités pour recevoir des services de type curatif étaient au bureau du spécialiste (7/30; 23,0%) et à l'hôpital (7/30; 23,0%). Dans l'ensemble, seulement 3,0 à 6,0% des mères avaient utilisé les autres endroits pour des services de méthodes douces.

Tableau 4.10

Répartition des services reçus selon le type de soins et les endroits des prestations (N=68)

Types de soins de santé reçus dans les derniers 12 mois	Où avez-vous reçu les soins de santé? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.									
	Bureau des services de santé au travail	Bureau du médecin de famille	Bureau du médecin spécialiste	Centre récréatif \ sportif	Centre ou clinique privée	Clinique communautaire	Clinique externe d'un hôpital	Hôpital	Autres	Total
Soins de santé préventifs: (a) (soins qui vous gardent en santé; ou qui ont pour but de prévenir les maladies avant que vous ayez une maladie; ou si vous avez déjà une maladie, soins qui vous évitent les complications, ou le prolongement de la maladie)	4	18	5	0	1	2	1	2	0	33
Soins de santé curatifs: (b) (soins avec médicament ou chirurgie, pour aider à guérir une maladie ou une blessure)	1	9	7	1	1	0	1	7	1	28
Soins de santé avec méthodes douces: (c) (soins qui vous aident à relaxer, ou à guérir, sans médicament ou chirurgie; avec ou sans manipulation)	2	0	0	0	1	0	2	1	1	7

4.3 RELATIONS ENTRE LE FAD-III ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

En réponse à la deuxième question de recherche: “Existe-t-il des relations entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé par les mères d'enfants de 0 à 6 ans, s'étant absentes du travail durant la dernière année, pour des raisons de maladie?”, les résultats sont présentés aux tableaux 4.11 et 4.12.

La distribution des données relatives au type de services de santé utilisé, telle que présentée au tableau 4.9 ne permettait pas le calcul de test d'association avec la technique du khi-carré (X^2) étant donné que le minimum de cinq sujets requis par cellule dans le tableau de contingence n'était pas respecté. Pour cette raison les données ont été réorganisées, non sur une base individuelle des sujets, mais plutôt selon une approche de groupe. Ainsi, les analyses subséquentes sont effectuées sur les moyennes de groupe des services utilisés et non selon une approche individuelle. Le tableau 4.11 montre les calculs menant à la création d'une nouvelle variable de groupe pour définir l'utilisation des services de santé par les mères. Cette nouvelle variable porte désormais le nom de “services utilisés”.

Tableau 4.11

Calcul pour la création de la variable “services utilisés”(N=30)*

Types de service	Endroits de prestation	Total
Préventif (a)	= 4 + 18 + 5 + 0 + 1 + 2 + 1 + 2 + 0	= 33
Curatif (b)	= 1 + 9 + 7 + 1 + 1 + 0 + 1 + 7 + 1	= 28
Méthodes douces (c)	= 2 + 0 + 0 + 0 + 1 + 0 + 2 + 1 + 1	= 7
Total	= Préventif + Curatif + Méthodes douces	= 68

* 3 aucun service (voir tableau 4.9, p.55)

En additionnant le total pour chaque type de services avec les neuf endroits de prestation (a + b + c) indiqués au tableau 4.10, la somme de 68 a été obtenue et a servi à calculer la moyenne de groupe en divisant par le nombre d'utilisateurs de services (N=30). Ainsi la moyenne de groupe 2,27 ($\pm 1,48$) correspond au nombre moyen de services de santé utilisés par les mères.

Le tableau 4.12 présente les scores au FAD-III selon les services utilisés. À noter que seule la dimension rôles (2,04) a obtenu un score supérieur au seuil théorique de 2, lorsque calculée avec les services utilisés et significatif à $p < 0,05$ selon la procédure de corrélations de Spearman. De plus, bien que le contrôle des comportements ne présente pas de score au-delà de 2, il est significatif à $p < 0,01$ selon la procédure de corrélations de Spearman.

Tableau 4.12

Scores moyens et écarts-types au FAD-III selon les services utilisés et signification statistique au test de corrélations de Spearman (N=30)

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III		
	Nombre de services utilisés		
	X	(σ)	p
Résolution de problèmes	1,76	(0,39)	0,70
Communication	1,86	(0,33)	0,80
Rôles	2,04*	(0,47)	0,05
Expression affective	1,66	(0,49)	0,41
Investissement affectif	1,89	(0,41)	0,26
Contrôle comportements	1,65	(0,36)	0,00
Fonctionnement général	1,65	(0,33)	0,63

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

4.4 RELATIONS ENTRE CERTAINES VARIABLES À L'ÉTUDE

La troisième question à l'étude visait à explorer des relations entre les dimensions du fonctionnement familial, l'utilisation des services de santé par les sujets et les variables du réseau de soutien et de certaines caractéristiques sociodémographiques. À la lumière des profils présentés à la première section, il s'est avéré intéressant de poursuivre avec des analyses non-paramétriques avec certaines des variables à l'étude. Le choix s'est arrêté sur les variables suivantes: 1) le FAD-III et le nombre et l'âge des enfants, l'âge de la mère, les années de service au travail, le réseau de soutien et le nombre de jours d'absence reliée à la maladie de la mère ou de l'enfant; et 2) l'utilisation des services de santé et les raisons de maladie reliée à la mère ou à l'enfant. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

4.4.1 Scores au FAD-III et données sociodémographiques et du réseau de soutien:

Les tableaux 4.13 à 4.20 présentent les scores au FAD-III et certaines données sociodémographiques pertinentes.

Scores au FAD-III et l'âge des mères: Tel qu'illustré au tableau 4.13, les moyennes et les écarts-types des scores du FAD-III dépassent le seuil théorique pour les dimensions rôles ($2,15 \pm 0,43$) et investissement affectif ($2,04 \pm 0,36$) dans le groupe de mères âgées de moins de 32 ans. À noter, les scores moyens de toutes les dimensions du FAD-III observés chez les mères de plus de 33 ans sont inférieurs à ceux des mères plus jeunes. Aucun score n'était statistiquement significatif au tableau croisé selon la procédure du khi-carré (X^2) de Pearson.

Tableau 4.13

Moyennes et écart-types des scores du FAD-III selon l'âge de la mère (N=33)

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III			
	ÂGE (≤ 32 ans)		ÂGE (≥ 33 ans)	
	X	(σ)	X	(σ)
Résolution de problèmes	1,88	(0,37)	1,57	(0,35)
Communication	1,94	(0,28)	1,76	(0,34)
Rôles	2,15*	(0,43)	1,91	(0,46)
Expression affective	1,79	(0,44)	1,43	(0,48)
Investissement affectif	2,04*	(0,36)	1,65	(0,37)
Contrôle comportements	1,78	(0,32)	1,46	(0,31)
Fonctionnement général	1,79	(0,28)	1,46	(0,30)

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

Scores au FAD-III et le nombre d'enfants: Le tableau 4.14 illustre les dimensions du FAD-III selon le nombre d'enfants dans la famille. Les scores moyens sont plus élevés à toutes les dimensions pour les familles composées de deux enfants comparativement aux moyennes obtenues dans les familles ayant un enfant ou trois enfants; sauf à la dimension rôles qui est plus élevée dans les familles avec trois enfants. Aucun score n'est statistiquement significatif selon la procédure du khi-carré (X^2) de Pearson.

Tableau 4.14

Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le nombre d'enfants par famille (N=33)

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III					
	1 enfant		2 enfants		3 enfants	
	X	(σ)	X	(σ)	X	(σ)
Résolution de problèmes	1,67	(0,36)	1,87	(0,40)	1,69	(0,34)
Communication	1,76	(0,34)	1,96	(0,22)	1,83	(0,40)
Rôles	1,95	(0,44)	2,04*	(0,48)	2,27*	(0,37)
Expression affective	1,59	(0,53)	1,75	(0,46)	1,53	(0,39)
Investissement affectif	1,89	(0,41)	1,90	(0,29)	1,81	(0,61)
Contrôles comportements	1,57	(0,24)	1,75	(0,44)	1,48	(0,34)
Fonctionnement général	1,63	(0,35)	1,66	(0,34)	1,62	(0,27)

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

Scores au FAD-III et l'âge des enfants: Il s'avérerait intéressant de vérifier les scores obtenus en divisant les enfants par groupe d'âge plutôt qu'en s'adressant au nombre d'enfants par mères. Le tableau 4.15 présente les moyennes et les écarts-types des scores du FAD-III selon l'âge des enfants. Les moyennes des scores selon le groupe d'âge des enfants montrent davantage de scores au-dessus du seuil théorique de fonctionnement familial sain, situé à 2 selon Miller et al. (1985). En effet, il est intéressant de remarquer qu'en présence d'un nourrisson dans la famille, le score moyen du fonctionnement général se situe à 2,12 ($\pm 0,22$), alors que dans les autres groupes d'âge ce score ne dépasse pas le seuil théorique. Cependant il faut tenir compte que le groupe de nourrissons ne comptait que quatre enfants.

Toutefois, en présence d'enfants d'âge pré-scolaire, des scores moyens supérieurs au seuil théorique sont observés aux dimensions communication ($2,05 \pm 0,26$) et investissement affectif ($2,15 \pm 0,48$). Finalement, en présence d'enfants d'âge scolaire, il est à noter que les scores moyens

supérieurs au seuil théorique dans les dimensions “rôles” ($2,20 \pm 0,42$) et “investissement affectif” ($2,01 \pm 0,47$), mais pas au niveau du fonctionnement général de la famille. Encore une fois, aucun score n’est ressorti statistiquement significatif selon la procédure du khi-carré (X^2) de Pearson.

Tableau 4.15

Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le groupe d’âge des enfants (N=59)

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III			
	Nourrisson (n= 4)	Trottineur (n= 23)	Pré-scolaire (n= 12)	Scolaire (n=20)
	X (σ)	X (σ)	X (σ)	X (σ)
Résolution de problèmes	1,66 (0,45)	1,65 (0,28)	1,91 (0,19)	1,82 (0,48)
Communication	1,78 (0,31)	1,81 (0,30)	2,05* (0,26)	1,96 (0,35)
Rôles	1,91 (0,37)	1,96 (0,32)	1,81 (0,43)	2,20* (0,42)
Expression affective	1,66 (0,52)	1,54 (0,39)	1,66 (0,52)	1,67 (0,51)
Investissement affectif	1,79 (0,56)	1,65 (0,22)	2,15* (0,48)	2,01* (0,47)
Contrôle comportements	1,69 (0,41)	1,49 (0,31)	1,52 (0,32)	1,72 (0,47)
Fonctionnement général	2,12* (0,22)	1,54 (0,28)	1,73 (0,34)	1,75 (0,38)

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

Scores au FAD-III et années de service: Le tableau 4.16 présente les résultats des dimensions du FAD-III en regard de l’ancienneté de la mère dans l’institution où elle travaille. Tous les scores se retrouvent sous le seuil théorique de 2, sauf pour la dimension des rôles ($2,14 \pm 0,41$) lorsque les mères cumulent plus de 6,8 ans de service à l’institution. Aucun score n’est statistiquement significatif selon la procédure du khi-carré (X^2) de Pearson.

Tableau 4.16

Moyennes et écarts-types du FAD-III selon le nombre d'années d'ancienneté dans l'institution

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III			
	Ancienneté (< 6,8 ans)		Ancienneté (> 6,8 ans)	
	X	(σ)	X	(σ)
Résolution de problèmes	1,70	(0,41)	1,82	(0,35)
Communication	1,81	(0,32)	1,91	(0,31)
Rôles	1,98	(0,46)	2,14*	(0,41)
Expression affective	1,51	(0,38)	1,76	(0,53)
Investissement affectif	1,82	(0,33)	1,94	(0,44)
Contrôle comportements	1,67	(0,29)	1,59	(0,41)
Fonctionnement général	1,56	(0,26)	1,71	(0,37)

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

Scores au FAD-III et raison d'absence reliée à la maladie de la mère ou de l'enfant: Les moyennes et les écarts-types des dimensions du FAD-III selon le profil de la mère pour maladie personnelle ou celle d'un enfant montrent des scores supérieurs au seuil théorique pour la dimension des rôles. En effet, le score est de 2,12 ($\pm 0,44$) lorsque la mère s'absente du travail en raison d'une maladie ou blessure personnelle tandis qu'il est à 2,04 ($\pm 0,41$) lorsque l'absence est motivée par la maladie d'un enfant. Aucun score n'est statistiquement significatif selon la procédure du khi-carré (X^2) de Pearson.

Scores au FAD-III et le réseau de soutien: Le tableau 4.17 présente les moyennes et les écart-types des scores du FAD-III, selon la disponibilité du réseau de soutien, lorsqu'un enfant de moins de 6 ans est malade. Les moyennes des scores du FAD-III se situent en deçà du seuil théorique sauf pour la dimension rôles ($2,00 \pm 0,48$). Pour les mères qui ont répondu négativement, seule la dimension rôles

($2,16 \pm 0,34$) est plus de 2, mais non statistiquement significatif selon la procédure du khi-carré (X^2)¹ de Pearson.

Tableau 4.17

Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon la disponibilité du réseau de soutien (N=29)¹

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III			
	Disponibilité du réseau de soutien			
	OUI (n=20)		NON (n=9)	
	X	(σ)	X	(σ)
Résolution de problèmes	1,74	(0,41)	1,80	(0,30)
Communication	1,86	(0,26)	1,85	(0,44)
Rôles	2,00*	(0,48)	2,16*	(0,34)
Expression affective	1,62	(0,44)	1,71	(0,59)
Investissement affectif	1,90	(0,38)	1,82	(0,46)
Contrôle comportements	1,64	(0,36)	1,60	(0,36)
Fonctionnement général	1,65	(0,32)	1,63	(0,35)

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

¹ 4 non-répondantes

Le tableau 4.18 montre les scores moyens du FAD-III selon la fréquence d'appels au réseau de soutien identifié. Dans le groupe des mères (n=20) qui ont fait appel au réseau de soutien identifié moins de 2 fois dans la dernière année, les scores sont supérieurs au seuil théorique aux dimensions "rôles" soit à $2,18 (\pm 0,48)$ et "investissement affectif" à $2,12 (\pm 0,46)$, mais aucune dimension n'est significative selon la procédure du khi-carré (X^2) de Pearson.

Tableau 4.18

Moyennes et écarts-types des scores du FAD-III selon le nombre d'appels au réseau de soutien identifié et ce, lorsqu'un enfant de moins de 6 ans est malade (N=20)

Dimensions du FAD-III	Scores au FAD-III			
	Nombre d'appels (< 2,4)		Nombre d'appels (> 2,4)	
	X	(σ)	X	(σ)
Résolution de problèmes	1,85	(0,51)	1,64	(0,33)
Communication	1,98	(0,18)	1,72	(0,29)
Rôles	2,18*	(0,48)	1,87	(0,53)
Expression affective	1,75	(0,53)	1,50	(0,36)
Investissement affectif	2,12*	(0,46)	1,68	(0,23)
Contrôle comportements	1,67	(0,55)	1,60	(0,29)
Fonctionnement général	1,67	(0,47)	1,55	(0,22)

* Seuil théorique = 2 (Miller et al., 1985)

Le tableau 4.19 présente une synthèse des scores FAD-III avec les données sociodémographiques et le réseau de soutien. Les résultats obtenus permettent également de répondre à la troisième question de recherche à savoir l'exploration de relations possibles entre certaines dimensions du FAD-III et des variables sociodémographiques et du réseau de soutien étudiées. En effet, à la dimension rôles, les résultats indiquent des scores supérieurs au seuil théorique avec toutes les variables étudiées, soit avec: 1) les mères de moins de 32 ans (2,15); 2) les familles de deux (2,04) et de trois enfants (2,27); 3) les enfants d'âge scolaire (2,20); 4) les années d'ancienneté de plus de 6,8 ans (2,14); 5) les absences reliées à la maladie de la mère (2,14) et de l'enfant (2,04), et 6) les mères qui peuvent accéder à leur réseau de soutien identifié (2,00) et celles qui ne le peuvent pas (2,16). L'investissement affectif (IA) est ressortie avec des scores supérieurs à 2, auprès des mères de moins de 32 ans (2,04) et les enfants d'âge scolaire (2,01) et pré-scolaire (2,15).

Tableau 4.19

Synthèse des résultats supérieurs au seuil théorique du FAD-III selon certaines variables étudiées

Dimensions du FAD-III	Âge de la mère	Nombre d'enfants	Âge des enfants	Ancienneté	Maladie	Réseau de soutien
RP	---	---	---	---	---	---
CM	---	---	---	---	---	---
Rôles	2,15	2,04 (2) 2,27 (3)	2,20 (S)	2,14	2,14 (M) 2,04 (E)	2,00 (O) 2,16 (N)
EA	---	---	---	---	---	---
IA	2,04	---	2,01 (S) 2,15 (P)	---	---	---
CC	---	---	2,05 (P)	---	---	---
FG	---	---	2,12 (N)	---	---	---

(2) et (3)= nombre d'enfants par famille (S)(P)(N)= scolaire, pré-scolaire, nourrisson (M)=mère (E)= enfant (O)=oui (N)=non

4.4.2 FAD-III, services utilisés et données sociodémographiques:

Cette section présente la matrice de corrélations entre les dimensions du fonctionnement familial, les services utilisés par les mères et certaines données sociodémographiques. Étant donné que les scores au FAD-III étaient présentés en moyenne de groupe selon certaines variables sociodémographiques et du réseau de soutien, il était intéressant de poursuivre l'exploration avec des tests de corrélation de Spearman (r_s) afin de prendre en compte l'effet de groupe. De plus, pour explorer la possibilité de relations entre les services utilisés et les autres variables, il semblait justifié de présenter une matrice de corrélations selon les tests de corrélation de Spearman (r_s). Les coefficients de corrélation d'intérêt pour l'étude sont présentés en caractère gras au tableau 4.20.

Tableau 4.20

Matrice de corrélations de Spearman entre le FAD-III, les services utilisés et les données sociodémographiques

	RP	CM	R	EA	IA	CC	FG	Services	Âge	Appel	Enfant	Mère
RP	1.00											
CM	.64***	1.00										
R	.66***	.39*	1.00									
EA	.59***	.75***	.36*	1.00								
IA	.58***	.53**	.56***	.40*	1.00							
CC	.55***	.29	.43*	.47**	.43**	1.00						
FG	.72***	.62***	.44**	.68***	.64***	.53**	1.00					
Services	.07	.05	.36*	.16	.21	.53**	.09	1.00				
Âge	-.31	-.12	-.25	-.27	-.36*	-.38*	-.36*	.04	1.00			
Appel	-.22	-.38	-.22	-.17	-.60**	-.03	-.28	.25*	.38	1.00		
Enfant	-.19	-.13	.01	.00	-.01	.15	-.18	.42*	.16	.66**	1.00	
Mère	-.18	-.19	.39	-.61*	-.06	-.31	-.26	.21	-.19	.13	-.05	1.00

RP=Résolution de problèmes CM=Communication R=Rôles EA=Expression affective IA=Investissement affectif CC=Contrôle des comportements FG=Fonctionnement général
 Services=Services utilisés Âge=Âge de la mère Appels=Nombre d'appels au réseau de soutien identifié Enfant=Absences/ Maladie d'un enfant Mère=Absences/ Maladie de la mère
 * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Les coefficients de corrélation significatifs à $p < 0,05$ et à $p < 0,01$ et les coefficients de détermination (r^2) calculés pour certaines variables, sont discutés dans le texte. À noter, l'importance des relations réciproques entre les différentes dimensions du FAD-III variant de 0,75 (expression affective et communication) à 0,29 (contrôle des comportements et communication). Tous les coefficients de corrélation de Spearman sont significatifs à des niveaux variant de $p < 0,05$ à $p > 0,001$, sauf celui entre la communication et le contrôle des comportements ($r_s = 0,29$).

Relations entre le FAD-III et les services utilisés:

Seules deux dimensions du FAD-III sont corrélées de façon significative avec les services utilisés. En effet, un coefficient de Spearman de 0,36 ($p < 0,05$) indique une faible relation entre les variables rôles et services utilisés. Un lien important entre le contrôle des comportements et les services utilisés a généré un coefficient de 0,53 ($p < 0,01$) expliquant un taux de variation de 28% ($r^2 = 0,28$).

Relations entre le FAD-III et certaines variables à l'étude:

Il est intéressant d'observer que l'âge de la mère est négativement corrélié ($p < 0,05$) avec trois des dimensions du FAD-III: 1) l'investissement affectif $r_s = -0,36$; 2) le contrôle des comportements $r_s = -0,38$ et 3) le fonctionnement général $r_s = -0,36$. Les corrélations négatives indiquent que plus l'âge des mères augmente, plus les scores à ces trois dimensions diminuent, expliquant entre 10% et 14% de la variation.

De façon inattendue, les absences reliées à la maladie de la mère présentent une corrélation négative modérée avec la dimension expression affective de l'ordre de $r_s = -0,61$ ($p < 0,05$), expliquant ainsi près de 37% ($r^2 = 0,37$) de la variation. Cette relation négative tend à démontrer que plus la mère s'absente du travail pour des raisons personnelles, moins il y a de difficulté au niveau de l'expression affective. Cependant, de plus faibles relations sont démontrées entre les absences reliées à la maladie de la mère et les dimensions rôles ($r_s = 0,39$, NS) et contrôle des comportements ($r_s = -0,31$, NS).

En ce qui a trait au réseau de soutien, c'est-à-dire le nombre d'appels auprès du réseau de soutien identifié, deux importantes relations sont à noter. Une relation négative entre le nombre d'appels au réseau de soutien identifié et l'investissement affectif ($r_s = -0,60$; $p < 0,01$) démontre une corrélation modérée expliquant 36% de la variation. Cette relation indique que lorsque le nombre d'appels au réseau de soutien augmente, l'investissement affectif diminue. De plus, le réseau de soutien présente une autre relation importante avec les absences reliées à la maladie de l'enfant à $r_s = 0,66$ ($p < 0,01$). Cette forte corrélation positive explique une variation de 44%, à savoir plus les absences de la mère reliées à la maladie de l'enfant augmentent, plus les appels au réseau de soutien augmentent parallèlement.

Relations entre les services utilisés et certaines variables à l'étude:

Un lien entre les services utilisés et les absences reliées à la maladie de l'enfant ($r_s = 0,42$) est significatif à $p < 0,05$. Le coefficient de détermination calculé ($r^2 = 0,18$) explique 18% de la variation. Bien que le coefficient de corrélation entre les services utilisés et le nombre d'appels au réseau de soutien montre un lien relativement faible à $r_s = 0,25$, il est tout

de même significatif à $p < 0,05$.

En somme, les résultats de cette étude ont pu répondre aux trois questions de recherche. Les profils de l'échantillon selon le FAD-III, l'utilisation des services de santé par les mères et les données sociodémographiques et du réseau de soutien ont été présentés. Les résultats aux scores du FAD-III selon la variable "services utilisés" ont démontré un lien avec la dimension rôles, ce qui répondaient à la deuxième question à l'étude. Quant au FAD-III, les données sociodémographiques et le réseau de soutien, plusieurs dimensions avaient des relations importantes avec les variables. Même si certains résultats au test de corrélation de Spearman n'ont pas tous été significatifs, ils permettent d'entamer la discussion sur un aspect théorique et de proposer des pistes pour des recherches futures et des interventions infirmières auprès de la famille.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

L'interprétation des résultats est présentée à ce chapitre selon les trois questions de recherche. Rappelons que le but de l'étude était d'explorer les relations entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé de mères au travail ayant de jeunes enfants. La discussion porte sur le taux de participation et sur les trois questions de recherche.

5.1 TAUX DE PARTICIPATION

Les difficultés à recruter les sujets pour former l'échantillon méritent une attention particulière, étant donné que seulement 49 des 269 femmes sollicitées ont accepté de participer à l'étude et seules 33 (12,2%) étaient finalement éligibles. Généralement, dans ce type d'étude descriptive-corrélacionnelle, un nombre de 50 à 100 répondantes est jugé valable, selon Fraenkel et Wallen (1990). Au départ, l'étude visait à recruter des sujets oeuvrant dans différents milieux à partir de la banque de données d'agences du Service de la santé d'Ottawa-Carleton. Le recrutement dans une agence ayant un nombre élevé de femmes au travail occupant des postes variés, aurait fourni un bassin de population plus représentatif de la population en général. Cependant, la difficulté à obtenir le consentement des employeurs pour effectuer l'étude au sein de leurs organismes, était reliée à la variable des jours d'absence du travail. La sélection d'un milieu hospitalier permettait néanmoins la possibilité de poursuivre l'étude tout en ayant accès à un nombre élevé de femmes au travail, mères de jeunes enfants, ce qui explique le groupe d'infirmières comme échantillon de l'étude.

Le critère d'admissibilité des jours d'absences du travail était trop restrictif et a limité le recrutement et la portée des résultats. Ainsi, les caractéristiques particulières de cet échantillon ne permettent pas de généraliser les résultats à la population en général (Dontigny, 1996).

Plusieurs facteurs d'influence externe à l'étude ont pu contribuer à la difficulté de recrutement en raison de certains critères de sélection présentés sur la fiche de recrutement. Entre autres, le critère de journées d'absence au travail en raison de la maladie d'un enfant a pu contribuer à un effet de désirabilité sociale. L'Institut Vanier de la famille (1991) suggère un changement d'attitude sociale quant aux raisons pour expliquer les absences au travail. En effet, l'acceptation générale de la société à reconnaître que la santé d'un enfant est une raison valable pour manquer des journées de travail, permet d'alléger le fardeau parental et d'éliminer les mensonges perpétrés entre les travailleurs et les employeurs (Institut Vanier de la famille, 1991).

La faible participation peut aussi refléter le climat politique entourant la restructuration actuelle dans les services de santé régionaux d'Ottawa-Carleton. La menace de fermeture de certains hôpitaux laisse planer l'incertitude face à la perte d'emploi pour plusieurs professionnels de la santé (RMOC, 1995). Les sujets recrutés, infirmières dans un hôpital universitaire, peuvent s'être senties menacées par cette réalité politico-économique. Également, la collaboration de l'employeur au recrutement des sujets (distribution de la fiche de recrutement aux unités de soins) peut avoir eu un effet négatif sur le nombre de répondantes, en dépit de l'assurance d'anonymat et de confidentialité des données. Il faut tenir compte de cette limite importante non seulement quant au nombre de sujets retenus mais

aussi quant aux raisons sous-jacentes à la participation des infirmières à l'étude.

La sélection des mères selon le critère de travail à temps plein, ainsi que des mères qui oeuvrent comme infirmières a peut-être limité l'inclusion de différents types de familles. Le fait que l'échantillon se limitait aux mères au travail à temps plein, n'était pas représentatif de la population générale puisque selon Travail Canada (1990), 39,2% des femmes se retrouvent sur le marché du travail à temps plein. Le choix d'un groupe de sujets volontaires et d'un échantillon de convenance semble trop restrictif tant par la grande homogénéité du groupe au plan sociodémographique que par la non-représentativité de la population en général.

5.2 PROFIL DE L'ÉCHANTILLON

5.2.1 Profil sociodémographique des mères:

La grande majorité des mères de l'échantillon s'identifient comme membres de familles traditionnelles où les deux conjoints travaillent (84,8%), deux mères (6,1%) sont chefs de familles monoparentales et 2 autres (6,1%), font partie de familles reconstituées. Selon l'Institut Vanier de la famille (1991), la famille dite traditionnelle ou nucléaire où seul l'homme travaille à l'extérieur du foyer, est un terme portant à confusion. Dans la présente étude, les familles traditionnelles étaient composées du père, de la mère et des enfants vivant sous le même toit. En 1988, les familles à double revenu représentaient environ 62% de tous les couples mariés qui travaillaient à l'extérieur du foyer (Lero et Johnson, 1994). Les familles monoparentales de l'échantillon sont inférieures à celles recensées selon Lero et Johnston (1994) où en 1991, les familles monoparentales représentaient 20% de toutes les familles canadiennes avec enfants (Lero et Johnson, 1994). La difficulté à classer les

familles reconstituées dans les études nationales ne permet pas de comparer avec l'échantillon de la présente étude.

Si Barr (1993) note que plusieurs mères doivent travailler davantage pour maintenir un revenu familial adéquat, le groupe de mères formant l'échantillon de cette étude dont la scolarité et le revenu familial sont relativement élevés, n'est pas représentatif de la population en général. Des 33 mères de l'échantillon, 76,7% ont un niveau de scolarité collégial et 21,2% détiennent un diplôme universitaire. Ce niveau de scolarisation supérieur à celui de la population en général s'explique du fait que l'échantillon-cible des infirmières pour qui le diplôme minimal collégial est exigé en Ontario pour être autorisées à la pratique professionnelle.

Le revenu brut médian des familles de l'échantillon se situe sous \$79 999 et aucune famille n'a un revenu inférieur à \$19 999. Or, selon Travail Canada (1990), le revenu moyen augmente avec le niveau de scolarité et la région d'Ottawa-Carleton présente un portrait général d'éducation plus élevé pour les hommes et les femmes que la moyenne provinciale et nationale (RMOC, 1995). Il n'est pas surprenant que le revenu moyen brut familial soit aussi plus élevé pour l'échantillon de cette étude. Selon Gerstein et al. (1991), un revenu suffisant joue un rôle positif comme déterminant de la santé et dans l'utilisation des services de santé. En effet, le fait d'avoir un revenu annuel supérieur à \$50 000 peut contribuer à diminuer la fréquence d'utilisation des services de santé (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1992). Selon Travail Canada (1990), les infirmières représentent seulement environ 8,5% des femmes canadiennes actives sur le marché du travail, alors qu'environ 57% des femmes canadiennes occupent des emplois reliés au travail de bureau, aux ventes et services (Travail Canada,

1990). Le choix d'un échantillon d'infirmières travaillant à temps plein avec un niveau de scolarité et un revenu familial supérieur, n'est pas représentatif de la population en général et peut conduire à une sous-représentation des services de santé utilisés par les mères dans la population en général.

La moyenne d'âge des mères au travail reflète les données sociodémographiques nationales (Travail Canada, 1990). En effet, les femmes canadiennes sont plus âgées lorsqu'elles se marient et elles ont leur premier enfant à un âge plus avancé que la génération précédente (Institut Vanier de la famille, 1991). Travail Canada (1990) indique l'existence d'un lien entre l'âge de la mère lorsqu'elle a son premier enfant et son niveau de scolarité. Quant au nombre moyen d'enfants dans la présente étude ($X=1,8$), il est comparable à celui des familles canadiennes (Institut Vanier de la famille, 1991).

Les responsabilités professionnelles exigent parfois que les mères travaillent des heures supplémentaires. En moyenne, les mères de l'échantillon travaillaient 35 heures par semaine ($\pm 7,3$), bien que 27,3% travaillaient des heures supplémentaires et que 18,2% occupaient plus d'un emploi. Ces chiffres reflètent une réalité sociale et économique de plusieurs familles canadiennes, telle que recensée dans la littérature, et ceci, même si le revenu de l'échantillon est supérieur à la moyenne nationale. La situation du double rôle de la mère, qui en plus de faire du travail supplémentaire ou d'occuper plus d'un emploi, peut conduire au surmenage, à la fatigue et influencer sur l'état de santé des mères, voire même provoquer un changement au niveau des absences au travail et de l'utilisation des services de santé (Drapeau, 1988; Statistique Canada, 1992). Selon Ishii-Kuntz (1994) les facteurs reliés à la variable travail-famille doit tenir compte des effets réciproques entre la structure, les relations

familiales et l'emploi.

Le nombre moyen d'absences du travail en raison de la maladie d'un enfant se situe à 2,3 ($\pm 2,2$) jours par année. Bien que mesurés sur une base annuelle, ces résultats diffèrent peu de ceux obtenus dans d'autres études auprès de personnes qui avaient des difficultés reliées aux obligations familiales et professionnelles; par exemple MacBride-King et Paris (1989) rapportent des absences entre 2.5 et 5 jours et Warren (1994), entre 1 et 6 jours et ce, au cours des 6 mois précédents. Dans la présente étude, plus d'une mère sur trois (1/3) s'est absentée en raison d'une maladie ou d'une blessure personnelle au cours des 12 derniers mois alors que plus d'une sur cinq (1/5) s'absentaient de 1 à 3 jours et une sur dix (1/10) 4 jours et plus. Cependant, l'écart-type de $\pm 2,2$ indique des cas extrêmes dans les résultats et suggère d'interpréter les résultats avec prudence.

5.2.2 Profil du réseau de soutien:

Le réseau de soutien identifié par les mères, se rapporte à la disponibilité des membres de la famille, amis et services dans la communauté lorsqu'un enfant de moins de 6 ans est malade. À ce titre, près de 73% des mères de l'échantillon reconnaissent avoir accès à des personnes ou à des services. Cependant, 27% des mères ont exprimé avoir fait moins de 2 appels lors de la maladie de l'enfant et avoir un réseau de soutien limité. La difficulté à trouver des personnes fiables et consciencieuses pour s'occuper d'un enfant malade lorsque la mère travaille, présente une réalité sociale contemporaine, à laquelle les familles et les employeurs sont confrontés (Institut Vanier de la famille, 1991). Plusieurs études ont déjà exploré l'importance du rôle du conjoint dans le soin prodigué aux enfants (Brayfield, 1995;

Russel et Radin, 1983; Tierney et al., 1990), mais la situation des garderies certifiées pour les familles offre encore trop peu d'options de garde pour les familles où les deux conjoints travaillent, et ce, même si des documents gouvernementaux indiquent la nécessité d'augmenter ces services (Mayfield, 1990; Institut Vanier de la famille, 1991). Cette réalité constitue non seulement une composante importante dans la conciliation du cumul des tâches et des rôles reliés à la famille et au travail, mais aussi expose le système familial à un fonctionnement plus difficile (Lero et Johnson, 1994; Warren, 1994).

5.2.3 Profil des scores au FAD-III:

Dans l'ensemble, les moyennes et les écarts-types des sept dimensions du fonctionnement familial des mères au travail sont tous inférieurs aux scores moyens obtenus auprès de familles américaines (Kabacoff et al., 1990) et dans une méta-analyse des familles francophones (Coutu-Wakulczyk et al., 1996). Dans l'étude de Kabacoff et al. (1990), les moyennes varient entre 1,84 ($\pm 0,39$) pour le fonctionnement général et 2,16 ($\pm 0,34$) pour les rôles. Dans l'étude des familles francophones, les moyennes se situent entre 1,70 ($\pm 0,39$) pour le contrôle des comportements et 2,15 ($\pm 0,39$) pour les rôles (Coutu-Wakulczyk et al., 1996). Les moyennes de l'échantillon reflètent peut-être une homogénéité particulière qui ne représente pas nécessairement la population en général, telle que retrouvée dans ces études. De plus, la traduction française de l'instrument doit tenir compte non seulement de la réalité culturelle des familles francophones québécoises, mais doit aussi faire l'objet d'études de validation auprès des familles francophones hors Québec. Cependant, il faut aussi noter que le seuil théorique utilisé pour différencier entre les comportements sains et non sains (Miller

et al., 1985) a été fixé à partir de familles se présentant en milieu clinique; ces familles sont potentiellement plus à risque de dysfonctionnement familial que l'échantillon actuel. Dans l'interprétation des résultats, il faut tenir compte des normes dans un contexte des familles non suivies en milieu clinique, particulièrement au niveau de la dimension des rôles (2,05), car cette dimension présente un score normatif plus élevé que le seuil théorique établi par Miller et al. (1985) auprès de familles suivies en milieu clinique.

5.2.4 Profil d'utilisation des services de santé par les mères:

Au plan de l'utilisation des services de santé par les mères, près de 90,1% des mères avaient reçu des services au cours de la dernière année. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus dans l'Enquête sur la santé en Ontario (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1992), où 96% de la population générale avaient rencontré un professionnel de la santé dans les 12 derniers mois précédant l'enquête. Cependant, les études ne décrivent pas le type de services utilisés, ni l'endroit de prestation des services. Dans la présente étude, 55,5% des mères ont reçu des services de type préventif et 48,4% de type curatif. De plus, 60% des consultations pour des services de type préventif et 30% de type curatif se sont déroulées au bureau du médecin. Les items du questionnaire sur l'utilisation des services de santé (Annexe C, Section A) constituaient une première tentative de mesure sur les pratiques de santé des mères au travail et n'ont fait l'objet que d'une validation nominale. De plus, la création d'une nouvelle variable "services utilisés" pour évaluer les résultats de l'étude soulève la difficulté de définir et de mesurer les pratiques d'utilisation des services de santé par les femmes, telles que déjà recensées dans la littérature (McCubbin et Van Riper, 1996; Nathanson, 1975; Renaud et

Bouchard, 1994). Étant donné que l'échantillon était composé uniquement d'infirmières, il est possible de questionner l'influence des connaissances des professionnels de la santé sur leur propre utilisation des services de santé (Feetham, 1990).

5.3 RELATIONS ENTRE LE FAD-III ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Cette section visait à répondre à la deuxième question de recherche: "Existe-t-il des relations entre les dimensions du FAD-III et l'utilisation des services de santé chez les mères d'enfants de 0 à 6 ans, s'étant absentes du travail durant la dernière année, pour des raisons de maladie?" Les résultats indiquent qu'il existe des relations entre les dimensions rôles et contrôle des comportements et les services utilisés par les mères de l'échantillon. Une relation significative entre la dimension des rôles et les services utilisés ($r_s=0,36$, $p<0,05$) tend à expliquer seulement 13% de la variation, suggérant que plus les difficultés à concilier les rôles augmentent, plus les services de santé utilisés par les mères augmentent. De plus, il existe une relation significative entre le contrôle des comportements et les services utilisés par les mères ($r_s= 0,53$; $p<0,01$), qui explique 28% de la variation. Ceci suggère que plus il y a des difficultés à contrôler les comportements familiaux, plus l'accroissement de l'utilisation des services de santé par les mères est présent.

Bien que ces résultats corroborent les données de l'étude ontarienne dans laquelle un lien significatif existe entre le fonctionnement général de la famille et l'utilisation des services de santé (Warren, 1994), la présente étude permet de préciser les dimensions du fonctionnement familial impliquées. Cette étude offre des pistes pour cibler des interventions infirmières spécifiques auprès de la clientèle des mères au travail et de leur famille plutôt qu'à

partir d'un indice global du fonctionnement général de la famille. À ce jour, les résultats des recherches sur le fonctionnement familial ne permettent pas d'établir de comparaisons avec la clientèle des mères au travail et de leur famille.

5.4 RELATIONS ENTRE CERTAINES VARIABLES À L'ÉTUDE

La troisième question de recherche était: "Existe-t-il une relation entre certaines données sociodémographiques, le réseau de soutien familial, le fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé par les mères?" Chacune des données sociodémographiques et du réseau de soutien pertinentes pour l'étude a été mise en relation avec les dimensions du FAD-III et les services utilisés par les mères. Les relations sont mises en évidence à l'aide des scores au FAD-III et des variables sociodémographiques par des corrélations selon la procédure de Spearman (r_s).

Le profil des mères selon le FAD-III et les variables sociodémographiques présentent des scores plus élevés que le seuil théorique pour certaines dimensions. Le score obtenu à la dimension rôles, pour toutes les variables sociodémographiques étudiées, corrobore les propos retrouvés dans la littérature à l'effet que les exigences de concilier le cumul des rôles multiples des mères au travail peuvent influencer sur le fonctionnement familial (Alvi, 1994; Warren, 1994).

Un résultat intéressant se situe au niveau de l'âge des mères: à noter l'existence de relations négatives significatives entre l'âge des mères et les dimensions investissement affectif ($r_s = -0,36$, $p < 0,05$), contrôle des comportements ($r_s = -0,38$, $p < 0,05$) et fonctionnement général ($r_s = -0,36$, $p < 0,05$). Ces résultats indiquent que plus la mère est âgée, plus les difficultés

reliées à ces trois dimensions diminuent. À un niveau théorique, lors des tests d'association avec le FAD-III, les mères de moins de 32 ans semblaient connaître plus de difficultés aux dimensions rôles et investissement affectif (voir tableau 4.13, p.61). En effet, les mères âgées de moins de 32 ans ont obtenu un score à la dimension rôles de 2,15, alors que les scores de toutes les dimensions pour les mères de plus de 33 ans étaient inférieurs à 2. Ces résultats indiquent peut-être que les mères de moins de 32 ans qui ont des rôles multiples en raison de la présence de jeunes enfants dans leur famille et d'un travail à temps plein, trouvent plus difficile de concilier le cumul des tâches. Il est possible aussi que la difficulté à concilier les tâches et les rôles mène au surmenage et à la fatigue de la mère et en compromettent l'investissement affectif auprès des membres de la famille, tel que démontré par le score de 2,04. Il est possible aussi que les tâches et les rôles de la famille diminuent à mesure que la mère et les enfants vieillissent (Stanhope et Lancaster, 1992).

Les scores obtenus auprès du présent échantillon corroborent les résultats rapportés dans l'étude de McEntee et De Salvo Rankin (1983), à l'effet que plus le nombre d'enfants augmente dans la famille, plus la conciliation des rôles devient difficile. Le fait que le score à la dimension rôles pour les familles ayant deux (2,04) et trois enfants (2,27) soit plus élevé que le seuil théorique de 2 et plus élevé que pour les familles ayant un enfant (1,95) peut indiquer cette réalité. De plus, le fait que la dimension rôle présente un score élevé en présence d'enfants d'âge scolaire, comparativement aux autres groupes d'âge, peut être une indication de cette réalité pour les familles de 3 enfants, où se retrouve le plus grand nombre d'enfants d'âge scolaire. Cependant, en raison du petit nombre de ces familles ($n=6$), il faut interpréter les résultats avec prudence. L'investissement affectif nécessaire pour s'occuper

de plusieurs enfants lorsque la mère est au travail à temps plein représente un autre élément de difficultés pour les mères ayant des enfants d'âge préscolaire (2,15) et scolaire (2,01). Les tâches et les rôles associés aux soins de plusieurs enfants d'âge différents lorsque la mère travaille à temps plein, peuvent influencer sur les résultats.

Au niveau des variables reliées à l'emploi de la mère, un résultat imprévu indique que les mères ayant plus d'expérience et plus d'années d'ancienneté ont des difficultés avec la dimension rôles. En effet, au score du FAD-III, l'ancienneté de plus de 6,8 ans indique un score de 2,14 avec la dimension rôles. Ces résultats indiquent que les variables reliées à l'emploi peuvent influencer sur les rôles de la mère, tel que précisé par Ishii-Kuntz (1994).

Les absences en raison de la maladie de la mère et ou de l'enfant présentent des liens seulement avec la dimension rôles aux scores du FAD-III. En effet, le score se situe à 2,04 pour la dimension rôles lorsque la mère s'absente en raison d'une maladie ou d'une blessure personnelle et à 2,12 lorsque les absences sont reliées à la maladie de l'enfant. Cependant, les tests de corrélation de Spearman ont démontré une relation entre les absences reliées à la maladie de la mère et l'expression affective ($r_s = -0,61$, $p < 0,05$). Également, des relations de modérées à fortes ressortent entre les absences reliées à la maladie de l'enfant et les services utilisés ($r_s = 0,42$, $p < 0,05$) d'une part, et d'autre part entre les absences reliées à la maladie de l'enfant et le nombre d'appels au réseau de soutien identifié ($r_s = 0,66$, $p < 0,01$).

L'importance de la corrélation négative entre les absences reliées à la mère et l'expression affective ($r_s = -0,61$, $p < 0,05$) mérite de s'y attarder et suggère de regarder la réciprocité entre les éléments à l'étude. Cette relation expliquant 37% de la variation indique que les mères qui ont des difficultés à s'exprimer émotivement présentent moins de journées

d'absences pour raison de maladie. De façon particulière, les mères qui s'absentent du travail en raison d'une maladie voient peut-être leurs fonctions de l'expression affective s'améliorer. Il est possible aussi que les mères aux prises avec des obligations et des responsabilités familiales et professionnelles s'absentent du travail pour se reposer ou pour permettre un meilleur fonctionnement familial. La présence d'un faible lien entre les absences en raison de maladie de la mère et les services de santé utilisés par les mères ($r_s=0,21$, NS) soulève des questionnements au niveau des motifs des absences, en général. Cependant, les mères qui se sont absentées pour des raisons de maladie personnelle, ne constituait que 36,4% (12/33) des mères de l'échantillon.

Un lien positif non significatif existe entre les absences lors de la maladie de la mère et la dimension rôles ($r_s=0,39$, NS), qui explique près de 15% de la variation. Les mères qui ont des difficultés à concilier les tâches et les rôles multiples, peuvent compenser pour un état de santé diminué, en prenant des congés pour elle-mêmes (Alvi, 1994; Messing, 1991). Le contrôle des comportements présente une relation négative avec les absences de la mère ($r_s=-0,31$, NS), suggérant que plus les absences augmentent, moins il y a de difficulté dans le contrôle des comportements familiaux. Ces résultats, n'expliquant que 9% de la variation, présentent un élément intéressant dans l'exploration de la dynamique de la famille et du travail.

Quant aux absences des mères lors de la maladie d'un enfant, un lien a été démontré avec les services de santé utilisés par les mères ($r_s= 0,42$, $p<0,05$), expliquant 18% de la variation, mais aucun lien important avec les dimensions du fonctionnement familial. La relation positive entre les absences en raison de maladie d'un enfant et les services utilisés

suggère que plus les mères s'absentent pour la maladie d'un enfant, plus leur propre utilisation des services de santé s'accroît. Ces résultats corroborent les arguments de Drapeau (1988) et de Quinn et Woskie (1988), à l'effet que les mères utilisent d'autres moyens pour composer avec la maladie de l'enfant en prenant leur propre congé de maladie. La forte relation positive entre les absences reliées à la maladie d'un enfant et le nombre d'appels au réseau de soutien ($r_s = 0,66$; $p < 0,01$), explique 44% de la variation. Les mères au travail qui doivent composer avec la maladie d'un enfant font appel à leur réseau de soutien, mais doivent aussi s'absenter du travail, faute de trouver le soutien immédiat de gardiennage. Le fait que les mères s'absentent pour composer avec les soins d'un enfant malade soulève des éléments essentiels dans un contexte social, économique et politique, reliés au soutien des employeurs dans la conciliation des tâches et des rôles reliés à la famille et à l'emploi.

Les mères qui pouvaient faire appel à leur réseau de soutien identifié lors de la maladie d'un enfant au cours de la dernière année présentaient un score au FAD-III de 2,00 à la dimension rôles comparativement aux mères qui n'avaient pas accès à un réseau de soutien (2,16 à la dimension rôles). Cependant, lors des tests de corrélation de Spearman, une forte relation négative est ressortie entre l'investissement affectif et le nombre d'appels ($r_s = -0,60$; $p < 0,01$), expliquant 36% de la variation. Ceci suggère que les mères qui présentent des difficultés au niveau de l'investissement affectif dans leur famille font moins d'appels au réseau de soutien ou peut-être en raison d'un réseau de soutien limité. La communication ($r_s = -0,38$, NS; $r^2 = 0,14$) présente aussi une relation négative avec le nombre d'appels au réseau de soutien. Toutefois, en tenant compte du contexte social et de la réciprocité des éléments à l'étude, plus les mères font appel au réseau de soutien lors de la maladie d'un enfant, plus

le fonctionnement familial semble s'améliorer en regard de l'investissement affectif et de la communication.

En résumé, trois questions ont permis d'explorer l'existence de relations entre les dimensions du fonctionnement familial chez les mères d'enfants de 0 à 6 ans actives sur le marché du travail et l'utilisation qu'elles font des services de santé. Un devis de type descriptif-corrélational a permis l'exploration des relations à l'aide des instruments Family Assessment Device-III (FAD-III) et le Questionnaire sur la famille et le travail par des tests de corrélations de Spearman (r_s) ont permis d'explorer ces relations.

La première question visait à décrire un profil de l'échantillon selon certaines variables sociodémographiques et du réseau de soutien, du FAD-III et de l'utilisation des services de santé par les mères. Les résultats ont permis de décrire le profil de femmes sur le marché du travail et mères d'enfants âgés de 0 à 6 ans et la saisie de la complexité des liens entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation qu'elles font des services de santé.

La deuxième question a vérifié la présence de relations entre les dimensions du fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé chez les mères d'enfants de 0 à 6 ans, s'étant absentes du travail durant la dernière année pour des raisons de maladie. Les résultats ont démontré une relation significative au niveau des services de santé utilisés et des dimensions rôles ($r_s = 0,36$, $p < 0,05$) et contrôle des comportements ($r_s = 0,53$, $p < 0,01$).

La troisième question explorait les relations entre certaines variables sociodémographiques, le réseau de soutien, les dimensions du fonctionnement familial et les services de santé utilisés par les mères. Des résultats significatifs ont été démontrés par des tests de corrélations de Spearman entre l'expression affective et les absences en raison de

maladie reliée à la mère ($r_s = -0,61$; $p < 0,05$) et entre l'investissement affectif et le nombre d'appels au réseau de soutien identifié ($r_s = -0,60$; $p < 0,01$). Des relations négatives moins importantes, mais tout de même significatives à $p < 0,05$, ont été générées entre l'âge de la mère et les dimensions: investissement affectif ($r_s = -0,36$), contrôle des comportements ($r_s = -0,38$) et fonctionnement général ($r_s = -0,36$). Quant à l'utilisation des services de santé et les absences lors de la maladie d'un enfant, une relation de l'ordre de $r_s = 0,42$ ($p < 0,05$) est ressortie.

CONCLUSION

En dépit des limites inhérentes à cette étude, trois grands points ont été ressorti et fournissent des pistes intéressantes pour des recherches ultérieures et pour planifier les interventions auprès des familles. Les difficultés au niveau du recrutement, les résultats du fonctionnement familial, plus particulièrement à la dimension rôles et le choix d'une clientèle de mères au travail comme point d'entrée à la famille, présentent des points importants.

Les difficultés associées au recrutement de l'échantillon sont principalement responsables de la portée limitée des résultats. L'inclusion du critère d'admissibilité des jours d'absence du travail est trop restrictif et touche à une facette délicate tant pour les employeurs que pour les mères au travail qui doivent s'absenter en raison de maladie d'un enfant. En effet, la difficulté à obtenir le consentement des employeurs pour mener l'étude dans leur agence a rendu le recrutement des sujets difficile. La sélection d'une agence où les femmes occupent des postes variés aurait été souhaitable plutôt qu'un hôpital où seul le groupe des infirmières travaillant à temps plein a été sollicité. Pour des fins de recherches futures, le devis devrait inclure différentes catégories d'emplois de mères au travail, tels les domaines du travail de bureau, des ventes et des services. En plus, les absences du travail devraient être traitées à posteriori et non comme critères d'admissibilité et inclure non seulement la maladie de l'enfant mais les autres types d'absences tels que les congés scolaires. Cette approche permettrait d'éviter la désirabilité sociale et le contexte tabou relié aux raisons des absences.

Les résultats de cette étude offrent des pistes au niveau des interventions infirmières auprès d'un groupe de mères au travail ayant des enfants d'âge préscolaire. Le score obtenu à la dimension rôles corrobore les propos retrouvés dans la littérature à l'effet que les mères aux rôles multiples en raison de la présence de jeunes enfants et d'un travail à temps plein trouvent plus difficile de concilier le cumul des tâches. Le surmenage et la fatigue qui en découlent, surtout pour les mères d'enfants d'âge préscolaire et scolaire peuvent en retour compromettre l'investissement affectif des mères. Étant donné que les femmes d'aujourd'hui ont leur premier enfant à un âge plus avancé que la génération précédente, peut-être faudrait-il tenir compte de l'âge des enfants comme base de la stratification échantillonnale et comme point d'entrée pour recruter les mères au travail. Ainsi, la clientèle visée des mères au travail comprendrait des familles dans lesquelles se retrouvent des enfants dans tous les groupes d'âge et fournirait un portrait plus général des familles canadiennes d'aujourd'hui. De plus, un plus grand nombre de femmes dans l'échantillon offrirait l'avantage d'explorer au plan des statistiques, des liens entre les dimensions du fonctionnement familial, les facteurs sociodémographiques, tels que l'âge et le nombre d'enfants et la situation des mères au travail. Tous ces facteurs peuvent avoir des influences sur la santé des familles canadiennes.

Le modèle du fonctionnement familial de McMaster a servi de toile de fond pour cerner les liens réciproques entre le fonctionnement familial et les facteurs sociodémographiques et l'utilisation des services de santé. Comparativement à l'Enquête sur la santé en Ontario (Warren, 1994), la présente étude a permis d'identifier dans quelles dimensions du fonctionnement familial la mère perçoit des difficultés plutôt qu'à partir d'un indice global. De plus, même si les définitions des concepts reliés aux types de famille dans

la société contemporaine et à la variable famille-travail restent à éclaircir, les infirmières devraient diriger leurs observations et leurs interventions à la famille comme cliente, selon une approche systémique et multidimensionnelle, la mère étant le point d'entrée de ces interventions.

Par leur intercession auprès de la famille comme unité de soins, les infirmières pourront aussi influencer les politiques sociales reliées à la conciliation famille-travail. La sensibilisation des employeurs sur l'importance de leur rôle de soutien pour les mères au travail permettra d'alléger le fardeau des familles aux prises avec des réalités économiques difficiles et de contribuer à réduire les coûts de l'absentéisme. De plus, lors des discussions sur la restructuration régionale des services de santé, la présence d'infirmières aux tables de discussions, à l'affût des dilemmes auxquelles les familles contemporaines sont confrontées pourrait ouvrir le dialogue sur l'importance de diriger les services de santé vers une perspective familiale. La réduction des coûts bénéficierait non seulement au système de soins de santé actuel, mais également aux autres secteurs de la société.

RÉFÉRENCES

- Akyeampong, E.B. (1992). L'absentéisme. Tendances sociales canadiennes (No. 25). Ottawa: Statistique Canada.
- Alvi, S. (1994). Concilier le travail et la famille: enjeux et options. Ottawa: Le Conference Board du Canada.
- Arpin, K., Fitch, M., Bohn Browne, G., Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. Journal of Clinical Epidemiology, 43 (4), 373-383.
- Barnett, R.C., Brennan, R.T., Marshall, N.L. (1994). Gender and the relationship between parent role quality and psychological distress: A study of men and women in dual-earner couples. Journal of Family Issues, 15 (2), 229-252.
- Barr, L. (1993). Données de base sur les familles canadiennes d'hier et d'aujourd'hui (No. 89-516). Ottawa: Statistique Canada. Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.
- Barry, P.D. (1996). Psychosocial nursing: Care of physically ill patients and their families (3rd ed.). New York: Lippincott-Raven Publishers.
- Bell, J.M., Watson, W.L., Wright, L.M. (1990). The Cutting Edge of Family Nursing. Calgary: Family Nursing Unit Publications.
- Benner, P., Wrubel, J. (1989). The primacy of caring. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bird, C., Fremont, A. (1991). Gender, time use, and health. Journal of Health and Social Behavior, 32 (June), 114-129.

Bloomberg, L., Meyers, J., Braverman, M.T. (1994, winter). The importance of social interaction: A new perspective on social epidemiology, social risk factors, and health. Health Education Quarterly: 447-463.

Bolduc, N. (1991). Lien entre le fonctionnement familial et le rendement scolaire chez les élèves de 3e année primaire. Mémoire de Maîtrise non-publiée, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

Bolduc, N., St-Louis, D. (1990). Questionnaire d'évaluation familiale. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, traduction non-publiée.

Booth, P. (1993). Employee absenteeism: Strategies for promoting an attendance-oriented corporate culture (No. 100-93). Ottawa: Le Conference Board du Canada.

Brayfield, A. (1995). Juggling jobs and kids: The impact of employment schedules on father's caring for children. Journal of Marriage and the Family, 57 (May), 321-332.

Byles, J., Byrne, C., Boyle, M.H., Offord, D.R. (1988). Ontario Child Health Study: Reliability and validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. Family Process, 27 (1), 97-104.

Caruso, G.-A. L. (1992). Patterns of maternal employment and child care for a sample of two-year-olds. Journal of Family Issues, 13 (3), 297-311.

Cooney, T.M., Uhlenberg, P. (1991). Changes in work-family connections among highly educated men and women: 1970-1980. Journal of Family Issues, 12 (1), 69-90.

Coutu-Wakulczyk, G., Bolduc, N., St-Louis, D., Lepage, M., Essiembre, L., (1996). French version validation of the FAD-III: Meta-analysis of three studies: Final Report. Ottawa: University of Ottawa. School of Nursing.

Crowne, D.P., Marlowe, D. (1964). The approval motive: Studies in evaluative dependence. New York: Wiley.

de Montigny, F., Dumas, L. (1993). Le fonctionnement conjugal en période pré et postnatale : expérimentation et évaluation d'une intervention systémique auprès de couples primipares. Hull: Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Dontigny, A. (1996). L'utilité clinique des notions de précision et de validité, dans C. Beaucage, Y. Bonnier Viger, Épidémiologie appliquée. (pp.121-141). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.

Drapeau, C. (1988). L'absentéisme au travail: définition, mesure et gestion: Un document de référence à l'intention des gestionnaires et des directions de ressources humaines. Québec: Gouvernement du Québec. Office des ressources humaines.

Duhamel, F. (1995). La santé et la famille: Une approche systémique en soins infirmiers. Montréal: Gaëtan Morin.

Duxbury, L., Higgins, C., Lee, C., (1994). Work-Family Conflict: A comparison by gender, family type and perceived control. Journal of Family Issues, 15 (3), 449-466.

Emploi et Immigration Canada. (1992). Cadre de référence du Système de Projections des Professions au Canada. Projections 1992. Ottawa: Statistique Canada. Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Epstein, N.B., Baldwin, L.M., Bishop, D. (1983). The McMaster Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy, 9 (2), 171-180.

Epstein, N.B., Bishop, D.S., Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. Journal of Marriage and Family Counseling, 4, 19-31.

Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. (1994). Why are some people healthy and others not?: The determinants of health of populations. New York: Aldine De Gruyter.

Farrel, M.P., Barnes, G.M. (1993). Family systems and social support: A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. Journal of Marriage and the Family, 55, 119-132.

Feetham, S.L. (1990). Conceptual and methodological issues in research of families. In J.M. Bell, W.L. Watson & L.M. Wright (Eds.), The Cutting Edge of Family Nursing. (pp. 35-49). Calgary: Family Nursing Unit Publications.

Fortin, F., Coutu-Wakulczyk, G., Filion, F. (1996). Répertoire d'instruments de mesure: Application à la santé et aux domaines connexes: Rapport intérimaire. Ottawa: Université d'Ottawa. École des Sciences infirmières.

Fraenkel, J.R., Wallen, N.E. (1990). How to Design and Evaluate Research in Education. Montreal: McGraw-Hill Publishing Company.

Fristad, M.A. (1989). A comparison of the McMaster and Circumplex family assessment instruments. Journal of Marital and Family Therapy, 15 (3), 259-269.

Gerstein, R., Labelle, J., MacLeod, S., Mustard, F., Spasoff, R., Watson, J. (1991). Nurturing health: A framework on the determinants of health. Toronto: Government of Ontario. Premier's Council on Health Strategy.

Gilbert, L.A., Rachlin, V. (1987). Mental health and psychological functioning of dual-career families. The Counseling Psychologist, 15 (1), 7-49.

Gowers, S.G., Jones, J.C., Kiana, S., North, C.D., Price, D.A. (1995). Family functioning: A correlate of diabetic control? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36 (6), 993-1001.

Howell, D.C. (1992). Statistical methods for psychology (3rd ed.). Belmont, CA: Duxbury Press.

Hughes, D., Galinsky, E., Morris, A. (1992). The effects of Job characteristics on marital quality: Specifying linking mechanisms. Journal of Marriage and the Family, 54 (February), 31-42.

Institut Vanier de la famille (1991). Les familles canadiennes. Ottawa: Graphic Partners.

Institut Vanier de la famille. (1994). Les familles canadiennes. Ottawa: Graphic Partners. Comité canadien de l'Année internationale de la famille.

Ishii-Kuntz, M. (1994). Work and family life: Findings from international research and suggestions for future study. Journal of Family Issue, 15 (3), 490-506.

Jacobson, S.F.(1982). Psychosocial stresses of working women. Nursing Clinics of North America, 17 (1), 137-144.

Kabacoff, R.I., Miller, I.W., Bishop, D.S., Epstein, N.B., Keitner, G.I. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. Journal of Family Psychology, 3 (4), 431-439.

Keitner, G.I., Ryan, C.E, Miller, I.W., Norman, W.H. (1992). Recovery and major depression: factors associated with the twelve-month outcome. American Journal of Psychiatry, 149 (1), 93-99.

Kietcolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? Journal of Consulting Clinical Psychology, 60 (4), 569-575.

Klebanov, P.K., Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. (1994). Does neighborhood and family poverty affect mother's parenting, mental health, and social support? Journal of Marriage and the Family, 56, 441-455.

Krahn, H. (1992). La qualité des emplois dans le secteur des services (No. 11-612F.). Ottawa: Statistique Canada.

Lero, D.S., Goelman, H., Pence, A.R., Brockman, L.M., Nuttall, S. (1992). Étude nationale canadienne sur la garde des enfants, les régimes de travail des parents et leurs besoins en matière de garde des enfants (No. 89-529-F). Ottawa: Statistique Canada, Bien-être social Canada.

Lero, D.S., Johnson, K.L. (1994). 110 Statistiques sur le travail et la famille au Canada. Ottawa. Statistique Canada. Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Love, M., Galinsky, E., Hughes, D. (1987). Work and family: Research findings and models for change. IRL Report, 25 (1), 10-12.

MacBride-King, J. (1990). Work and family: Employment challenge of the '90s (No. 59-90). Ottawa: Conference of Board of Canada.

MacBride-King, J., Paris, H. (1989, Fall). Balancing work and family responsibilities. Canadian Business Review.

Marks, N.F., McLanahan, S.S. (1993). Gender, family structure, and social support among parents. Journal of Marriage and the Family, 55, 481-193.

Mayfield, M. (1990). Work-related childcare in Canada. Ottawa: Government of Canada. Labor Canada, Women's Bureau.

McCubbin, M., Van Riper, M. (1996). Factors influencing family functioning and the health of family members. In S.M. Harmon Hanseon & S. Thalman Boyd (Eds.), Family health care nursing. (Chapter 5). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

McEntee, M., De Salvo Rankin, E. (1983). Multiple role demands, mind-body distress disorders, and illness-related absenteeism among business and professional women. Health Care for Women, 4, 177-190.

Mederer, H.J. (1993). Division of labor in two-earner homes: Task accomplishment versus household management as critical variables in perceptions about family work. Journal of Marriage and the Family, 55, 133-145.

Messing, K. (1991). La santé et la sécurité au travail des travailleuses canadiennes: un document de référence. Ottawa: Travail Canada. Bureau de la Main-d'oeuvre féminine.

Miller, I.W., Bishop, D.S., Epstein, N.B., Keitner, G.I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. Journal of Marital and Family Therapy, 11 (4), 345-356.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). L'enquête sur la santé en Ontario 1990. Toronto: Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale.

Moos, R.H., & Moos, B.S. (1976). A typology of Family Social Environments. Family Process, 15 (4), 357-371.

Nathanson, C. (1980). Social roles and health status among women: The significance of employment. Social Sciences and Medecine, 14 (A), 463-471.

Nathanson, C. (1975). Illness and the feminine role: A theoretical review. Social Sciences and Medicine, 9, 57-62.

Norbeck, J., Lindsey, A.M., Carrieri, V.L. (1981). The development of an instrument to measure social support. Nursing Research, 30 (5), 264-269.

Norusis, M.J. (1990). SPSS/PC+ Statistics 4.0 for the IBM PC/XT/AT and PS/2. Chicago, IL: SPSS inc.

Nunally, J.C. (1978). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill Book.

Olson, D.H., McCubbin, H.M., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., Wilson, M. (1983). Families: What makes them work. Beverley Hills, California: Sage Publications, Inc.

Paris, H. (1989). Les programmes d'aide aux employés qui ont des obligations familiales (No. 43-89-F). Ottawa: Conference Board du Canada.

Perosa, L.M., Perosa, S.L., (1990). Convergent and discriminant validity for family self-report measures. Educational and Psychological Measurement, 50, 855-868.

Piotrkowski, C.S. (1979). Work and the family system: A naturalistic study of working-class and lower-middle-class families. London: The Free Press.

Presser, H.B. (1986). Shift work among American women and child care. Journal of Marriage and the Family, 48, 551-563.

Presser, H.B. (1989). Some economic complexities of child care provided by grandparents. Journal of Marriage and the Family, 51, 581-591.

Presser, H.B., Cain, B. (1983). Shift work among dual-earner couples with children. Science, 219, 876-879.

Quinn, M., Woskie, S. (1988). Women and work. In B. Levy & D. Wegman, (Eds.), Occupational health: Recognizing and preventing work-related disease. Levy and Wegman.

Reeber, B.J. (1992). Evaluating the effects of a family education intervention. Rehabilitation Nursing. 17 (6), 332-336.

Regional Municipality of Ottawa-Carleton. (1995). Budget Directions. Ottawa: RMOC.

Regional Municipality of Ottawa-Carleton. (1995). 1991 Census Review: Part 1: Making sense of the census. (No. 25-07.1). Ottawa: Planning and Property Department, Policy Division.

Renaud, M., Bouchard, L. (1994). Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé. Interface. Revue de recherche. 15 (2), 15-25.

Rootman, I. (1988). Inégalités face à la santé: Sources et solutions. Promotion de la santé. (Hiver).

Rossi, A.S. (1986). Sex and gender in the aging society. In A. Pifer & L. Bronte (Eds.), Our aging society (pp. 111-139). New York: W.W. Norton.

Roth, P. (1989). Family social support. In P.J. Bomar, Nurses and Family Health Promotion. (pp. 90-102). Philadelphia: W.B. Saunders.

Russel, G., Radin, N. (1983). Increased paternal participation: the father's perspective. In M.E. Lamb & A. Sagi (Eds.), Fatherhood and family policy. (pp. 139-166). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sanders, D.H., Murph, A.F., Eng, R.J. (1980). Les statistiques: une approche nouvelle. Montréal: McGraw-Hill, Inc.

Santé et Bien-être social Canada. (1991). Calculs. Ottawa: Centre national d'information sur la garde de jour, Division des programmes de gardes des enfants, Situation de la garde de jour au Canada, 1991.

Sawyer, M.G., Sarris, A., Cross, D.G., Kalucy, R.S. (1988). Family Assessment Device: Reports from mothers, fathers and adolescents in community and clinic families. Journal of Marital and Family Therapy, 14 (3), 287-296.

Scarr, S., Phillips, D., McCartney, K. (1989). Working mothers and their families. American Psychologist, 44 (11), 1402-1409.

Schnall, P.L., Landbergis, P.A., Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. Annual Review Public Health, 15, 381-411.

Staines, G.L., Pleck, J.H. (1984). Nonstandard work schedules and family life. Journal of Applied Psychology, 69, 515-523.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1992). Community health nursing: Process and practice for promoting health. Toronto: Mosby-Year Book.

Statistique Canada. (1992). Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1990 et 1991 (No. 13-207). Ottawa: Division des enquêtes-ménages.

Thompson, P.R., MacDonald, J.L. (1989). L'éducation sanitaire: le contexte multiculturel. Promotion de la santé, 28 (2), 8-11.

Tierney, D., Romito, P., Messing, K. (1990). And she ate not the bread of idleness: Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among Québec hospital workers. Women and Health, 16, 21-42.

- Travail Canada (1990). Les femmes dans la population active. Edition 1990-91.
Ottawa: Gouvernement du Canada. Bureau de la main-d'oeuvre féminine.
- Warren, R. (1994). Richesse et santé: Santé et richesse. Toronto: Université de Toronto, Conseil du premier Ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale.
- Wright, L., Leahy, M. (1994). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Zedeck, S., Mosier, K.L. (1990). Work in the family and the employing organization. American Psychologist, 45 (2), 240-251.

ANNEXE A

Lettre d'information
Versions française et anglaise



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Faculty of Health Sciences
School of Nursing

LETTRE D'INFORMATION ETUDE SUR LA FAMILLE ET LE TRAVAIL

Chères mères au travail,

Je suis Lucie Essiembre, infirmière, et étudiante à la Maîtrise en Sciences infirmières, à l'Université d'Ottawa. Sous la direction du professeur, Ginette Coutu-Wakulczyk, de la Faculté des Sciences de la Santé, et de ses assistant(e)s, je met sur pied une étude sur la famille et le travail pour vérifier la relation entre le fonctionnement familial et l'utilisation des services de santé. L'étude est menée dans le but d'obtenir mon grade de Maîtrise en Sciences infirmières. L'Université d'Ottawa et les organismes de subvention de la recherche m'ont donné leur accord et leur entière collaboration pour faire cette étude.

Le questionnaire s'adresse à vous, mères actives sur le marché du travail qui avez des enfants âgés entre 0 et 6 ans. Pour améliorer les conditions de travail des familles avec jeunes enfants, l'ampleur du problème doit être étudié.

Cette lettre a pour but de vous inviter à participer à cette étude. Si vous acceptez de participer à l'étude, je vous demanderai de compléter un questionnaire et de le retourner dans une enveloppe affranchie et pré-adressée. Vous pouvez compléter le questionnaire hors des heures du travail. Le questionnaire prendra environ 20 minutes de votre temps. J'espère que vous complèterez la carte-réponse qui vous sera remise par votre employeur. Il ne verra pas vos réponses.

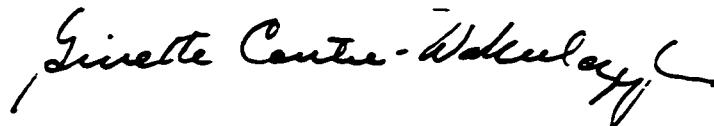
Vous avez mon assurance ainsi que celle des personnes m'aidant à effectuer la recherche que l'information sur vous reste strictement confidentielle. Votre nom et votre adresse demeurent ma propriété exclusive et je m'en servirai uniquement pour vous envoyer le questionnaire et les lettres de rappel par la poste. Votre nom et votre adresse et toute autre information pouvant vous identifier, ne paraîtront pas sur le questionnaire. Tous les documents à votre sujet ont un numéro d'identification. Votre employeur ne verra pas vos réponses. Vous êtes libre de vous retirer de l'étude en tout moment, de refuser d'y participer ou de refuser de répondre à certaines questions sans encourir de pénalisation sous aucune forme.

Votre nom et votre adresse sur la carte-réponse, indique que vous avez compris l'information concernant cette étude et que vous acceptez d'y participer.

Je vous remercie sincèrement de votre collaboration,



Lucie Essiembre
Infirmière,
Etudiante à la Maîtrise



Ginette Coutu-Wakulczyk
Professeure,
Directrice du mémoire

NOMS DES PERSONNES EFFECTUANT LA RECHERCHE:

Lucie Essiembre: Etudiante à la Maîtrise en Sciences infirmières
Ginette Coutu-Wakulczyk: Professeure et Directrice du mémoire

INSTITUTION: Université d'Ottawa
Faculté des Sciences de la Santé
Ecole des Sciences infirmières

No. de téléphone:
613-562-5800, poste 8424



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Faculty of Health Sciences
School of Nursing

LETTER OF INFORMATION STUDY ON THE FAMILY AND WORK

Dear mothers at work,

My name is Lucie Essiembre. I am a nurse and a student at the University of Ottawa in the Masters in Sciences of Nursing program. Under the direction of professor, Ginette Coutu-Wakulczyk, of the Faculty of Health Sciences, and her research assistants, I am conducting a study on family and work. The purpose of the study is to verify the relationship with family functioning and the utilization of health care services. The study is conducted in order for me to obtain my degree as a Master in Sciences of Nursing. The University of Ottawa and the research funding agencies have permitted this study and have offered their cooperation.

The questionnaire is aimed at active mothers in the workforce, like you, who have children aged from 0 to 6 years. In order to improve the working conditions of families with young children, the scope of the problem must be studied.

This letter invites you to participate in the study. If you agree to participate in this study, I will ask you to complete a questionnaire and return it in the pre-addressed and pre-stamped envelop. You can complete the questionnaire outside working hours. The questionnaire will take about 20 minutes to answer. I hope you will complete the response-card provided by your employer. Your employer will not see your answers.

You have my utmost assurance and that of those working with me on this research project, that the information from you is strictly confidential. Your name and address remain my property exclusive property and I will use it only to send you the questionnaire and the recall letters. Your name and address and any other information that could identify you, will not appear on the questionnaire. All documents have an identification number. Your employer will not see your responses. You are free to discontinue the study at any time, to refuse to participate or refuse to respond to certain questions without any kind of penalty.

451, ch. Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8M5 Canada

451 Smyth Rd.
Ottawa, Ontario K1H 8M5 Canada

(613) 562-5473 • Téléc./Fax (613) 562-5443

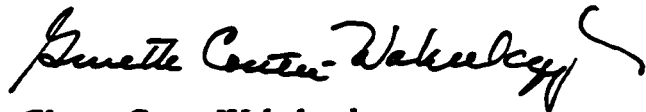
If you would like more information on the study, on your participation or your involvement throughout the study, please call me, Lucie Essiembre or my thesis director, Ginette Coutu-Wakulczyk, at 613-562-5800, extension 8424. It would be a great pleasure to answer your questions. You can also call the President of the University Ethics Committee on Research on human beings, M. Francis D. Reardon, at the Faculty of Health Sciences, at 613-562-5800, extension 4270 or 8055, in regards to the ethical conduct of this research.

Your name and address on the response-card indicate that you understand the information concerning this study and that you accept to participate.

I thank you sincerely for your cooperation,



Lucie Essiembre
Nurse,
Student in Master in
Sciences of Nursing



Ginette Coutu-Wakulczyk
Professor,
Thesis Director

NAMES OF PERSONS CONDUCTING THE RESEARCH:

Lucie Essiembre: Student in Master in Sciences of Nursing

Ginette Coutu-Wakulczyk: Professor and Thesis Director

INSTITUTION: University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing

Telephone number:
613-562-5800,
extension 8424

ANNEXE B

**Carte-réponses
(Fiche de recrutement)
Versions française et anglaise**

ID# _____

**CARTE-REPONSES
ETUDE SUR LA FAMILLE ET LE TRAVAIL**

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT UNE REPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES.

	OUI	NON
1) Etes-vous mère d'enfant(s) âgé(s) entre 0 et 6 ans?	___	___
2) Vous êtes-vous absentée du travail plus de 1 fois pour vous occupez d'un enfant malade dans les derniers 12 mois?	___	___
3) Travaillez-vous: à temps complet?	___	___
à temps partiel?	___	___
à temps occasionnel?	___	___
4) Demeurez-vous dans une ville ou un village situé: dans les environs d'Ottawa-Carleton?	___	___
dans les environs de l'Outaouais québécois?	___	___
5) Acceptez-vous de participer à cette étude, APRÈS AVOIR LU LA LETTRE D'INFORMATION?	___	___

Si vous avez répondu OUI à la question 5, veuillez inscrire votre nom et votre adresse aux espaces suivantes. Veuillez s.v.p. retourner cette carte-réponses dans l'enveloppe pré-adressée et affranchie, qui vous est fournie. Un questionnaire vous sera envoyé dans les plus brefs délais.

nom (en lettres moulées)

adresse (No.civique, rue, # appartement)

nom de la municipalité

code postal

MERCI!

ID# _____

**RESPONSE-CARD
STUDY ON THE FAMILY AND WORK**

PLEASE CHECK ONLY ONE ANSWER FOR EACH QUESTION.

	YES	NO
1) Are you a mother of children aged between 0 and 6 years?	___	___
2) Were you absent from work more than once to care for a sick child, in the past 12 months?	___	___
3) Do you work:		
full time?	___	___
part time?	___	___
occasionally?	___	___
4) Do you live in a village or city:		
in the Ottawa-Carleton region?	___	___
in the Outaouais?	___	___
5) Are you willing to participate, AFTER READING THE LETTER OF INFORMATION?	___	___

If you answered YES to question 5, please write your name and address in the spaces provided. Please return your responses in the envelope provided. A questionnaire will be sent to you shortly.

name (please print)

address (Civic no., street, # apartment)

name of municipality

postal code

Thank you!

ANNEXE C

**“Questionnaire sur la famille et le travail”
Versions française et anglaise**

QUESTIONNAIRE SUR LA FAMILLE ET LE TRAVAIL

INSTRUCTIONS

Merci d'avoir accepté de répondre au questionnaire sur la famille et le travail.

Le présent questionnaire est composé de 5 sections qui vous demande des renseignements sur:
a) l'utilisation des services de santé; b) les données socio-démographiques; c) les enfants; d) le réseau de soutien; et e) le fonctionnement familial.

Différents types de questions sont posés et demandent des réponses différentes.

Certaines questions demandent de répondre à OUI ou NON. Encerclez la réponse de votre choix. Parfois, la réponse que vous avez choisie, peut être suivie d'une instruction. Veuillez suivre l'instruction donnée.

Exemple: Etes-vous mère d'enfants âgés entre 0 et 6 ans?
OUI NON ➡ Passez à la question 4.

D'autres questions demandent une réponse écrite sur une espace réservée à cette fin.

Exemple: Combien de fois avez-vous visité un médecin dans les 12 derniers mois?
_____ fois.

A certaines questions on vous demandent de mettre un crochet ✓ dans la case correspondante ou sur une espace réservée à cette fin pour donner votre réponse.

Exemple: A la maison, je parle....
_____ Français _____ Anglais _____ Italien

Dans la dernière section, des instructions sont données pour vous aider à répondre au questionnaire sur le fonctionnement familial.

I.D. sujet: _____

QUESTIONNAIRE SUR LA FAMILLE ET LE TRAVAIL

SECTION A: UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure ou souffert d'une maladie?
OUI NON ➡ Passez à la question 3.

2. Au total, au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jours vous êtes-vous absentée du travail à cause d'une maladie ou d'un accident? _____
(Si aucune absence, indiquer 0)

3. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous absentez du travail pour vous occuper d'un enfant malade, âgée entre 0 et 6 ans? _____
(Si aucune absence, indiquer 0)

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin au sujet de votre santé?
OUI NON

5. Avez-vous fait un séjour dans un hôpital, dans une maison de santé ou de convalescence durant les 12 derniers mois?
OUI ➡ Combien de nuits? _____
NON

6. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté ou parlé à propos de votre santé, à un (une)...

Nombre de fois

- | | |
|---|-------|
| a) médecin en pratique général (médecin de famille)? | _____ |
| b) médecin spécialiste? | _____ |
| c) dentiste? | _____ |
| d) infirmière?
(sauf pour prendre un rendez-vous) | _____ |
| e) optométriste ou opticien? | _____ |
| f) chiropraticien? | _____ |
| g) psychologue, travailleur social,
conseiller? | _____ |
| h) autres professionnels utilisant des
méthodes douces? (physiothérapeute, ergothérapeute,
massothérapeute) | _____ |
| i) autres professionnels de la santé?
(non énumérés ci-haut) | _____ |
| _____ veuillez précisez | |

7. Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu des soins de santé pour vous-même? _____ fois
(Si aucun service, indiquer 0)

8. Quels types de soins de santé avez-vous reçu dans les derniers 12 mois?

Chaque type de soins de santé est décrit ci-dessous. Veuillez lire chacune des définitions avant de répondre. Indiquer le nombre de fois que vous avez reçu ce type de soins de santé.

(Si vous n'avez pas reçu de soins indiquer 0 fois.)

TYPES DE SOINS DE SANTÉ

Soins de santé préventifs: _____ fois

(soins qui vous gardent en santé; ou qui ont pour but de prévenir les maladies avant que vous ayez une maladie; ou si vous avez déjà une maladie, soins qui vous évitent les complications, ou le prolongement de la maladie)

Soins de santé curatifs: _____ fois

(soins avec médicaments ou chirurgie, pour aider à guérir une maladie ou une blessure)

Soins de santé avec méthodes douces: _____ fois

(soins qui vous aident à relaxer, ou à guérir, sans médicaments ou chirurgie; avec ou sans manipulation)

Si vous avez reçu des soins de santé, veuillez ➡ passer à la question 9.

Si vous n'avez pas reçu de soins de santé, veuillez ➡ passer à la question 10.

9. De façon générale, où avez-vous reçu les soins de santé?

Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent en mettant un crochet dans la (les) case(s) correspondante(s).

Si vous n'avez pas reçu de soins pour un des types de soins de santé, n'inscrivez rien dans les cases.

Types de soins de santé reçus dans les derniers 12 mois	Où avez-vous reçu les soins de santé? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.
	☐ Bureau des services de santé au travail ☐ Bureau du médecin de famille ☐ Bureau du médecin spécialiste ☐ Centre récréatif \ sportif ☐ Centre ou clinique privée (Massothérapie, ergothérapie...) ☐ Clinique communautaire (CLSC; Centre de santé) ☐ Clinique externe d'un hôpital ☐ Hôpital ☐ Autres
Soins de santé préventifs: (soins qui vous gardent en santé; ou qui ont pour but de prévenir les maladies avant que vous ayez une maladie; ou si vous avez déjà une maladie, soins qui vous évitent les complications, ou le prolongement de la maladie)	
Soins de santé curatifs: (soins avec médicament ou chirurgie, pour aider à guérir une maladie ou une blessure)	
Soins de santé avec méthodes douces: (soins qui vous aident à relaxer, ou à guérir; sans médicament ou chirurgie; avec ou sans manipulation)	

SECTION B: DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

10. Combien d'heures par semaine, travaillez-vous habituellement? _____
11. Travaillez-vous à temps plein?
(30 heures et plus par semaine) OUI NON
12. Faites-vous des heures supplémentaires
au travail? OUI NON
13. Travaillez-vous à temps partiel?
(moins de 30 heures par semaine) OUI NON
14. Travaillez-vous à temps occasionnel? OUI NON
15. Avez-vous plus d'un emploi? OUI NON
16. Lequel des énoncés suivants définit le mieux l'horaire habituel de votre travail?
- Travail de jour régulier? OUI NON
- Travail d'après-midi ou de soirée régulier? OUI NON
- Travail de nuit régulier? OUI NON
- Alternance?(Heures changeant périodiquement) OUI NON
17. Quelle est votre **occupation actuelle** au sein de votre agence? _____
18. Pendant combien d'années avez-vous fait ce type de travail? _____ années
- Pendant combien d'années avez-vous fait ce type de travail pour cette agence?
_____ années
19. Au cours des 12 derniers mois, votre activité principale consistait-elle à travailler, à fréquenter l'école, à demeurer à la maison ou à faire autre chose?
_____ (veuillez précisez)

20. Je vis dans une famille...

_____ Traditionnelle (avec le père des enfants et les enfants)

_____ Reconstituée

☐ Précisez (avec un ✓ crochet)

_____ mère avec enfant et conjoint

_____ mère avec enfant et conjoint avec enfant

_____ mère sans enfant et conjoint avec enfant

_____ Monoparentale (je vis seule avec mes enfants, soit la plupart du temps ou en garde partagée)

_____ Autre _____ (précisez)

21. Quelle est votre langue maternelle? _____ (précisez)

22. A quel(s) groupes ethniques ou culturel(s) appartient votre famille?
_____ (précisez)

23. Quelle est la meilleure estimation de votre revenu familial avant l'impôt durant la dernière année?

Veillez cocher (✓) une seule réponse.

_____ 0 à \$ 11 999

_____ \$ 50 000 à 59 999

_____ \$ 12 000 à 19 999

_____ \$ 60 000 à 69 999

_____ \$ 20 000 à 29 999

_____ \$ 70 000 à 79 999

_____ \$ 30 000 à 39 999

_____ \$ 80 000 à 89 999

_____ \$ 40 000 à 49 999

_____ \$ 90 000 à 99,999

_____ \$ 100,000 et plus

SECTION C: QUESTIONS RELATIVES AUX ENFANTS

24. Combien d'enfants avez-vous? _____ enfant(s)
25. Pour chacune des personnes vivant sous votre toit, indiquez le rôle qu'elle occupe (père, mère, fille, fils, grand-mère...). Par la suite, complétez les cases appropriées.

Rôle dans la famille	Age	Sexe	Nombre d'années scolaires complétées
Ex: père	36	M	1ère année collégiale

26. Un de vos enfants est-il limité dans le genre ou la quantité d'activités qu'il peut faire à la maison, à l'école ou à la garderie, à cause d'un problème de santé chronique?

OUI Quel âge a-t'il? _____
⇒ Passez à la question 27.

NON ⇒ Passez à la question 29.

27. Quelles activités sont difficiles à faire pour votre enfant à cause de cette limitation?

_____ (veuillez précisez)

28. Quel est le principal problème de santé auquel on peut attribuer cette limitation?

_____ (veuillez précisez)

SECTION D: RESEAU DE SOUTIEN

29. Dans votre voisinage immédiat, pouvez-vous faire appel à des personnes ou à des services qui pourraient vous aider lorsqu'un de vos enfants, âgé entre 0 et 6 ans est malade?

OUI NON ➡ passez à la question 31.

30. Combien de fois dans les 12 derniers mois avez-vous fait appel à ces personnes ou ces services lorsqu'un de vos enfants âgés entre 0 et 6 ans était malade? _____ fois
(Si aucun appel, indiquer 0)

31. Etes-vous membre d'un syndicat?

OUI NON Ne sais pas

32. Est-ce que votre employeur vous fournit ou vous a fourni dans les 12 derniers mois...

a) Une assurance-invalidité en remplacement d'au moins une partie de votre salaire en cas d'invalidité?

OUI NON Ne sais pas

b) Des allocations en soins médicaux-chirurgicaux autres que celles versées par votre système de santé provinciale?

OUI NON Ne sais pas

c) Une assurance dentaire?

OUI NON Ne sais pas

d) Des services de counselling\ d'orientation pour régler les problèmes personnels?

OUI NON Ne sais pas

SECTION E : FONCTIONNEMENT FAMILIAL

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire comprend un certain nombre d'énoncés au sujet des familles. Vous êtes priés de lire chaque énoncé avec attention et de décider jusqu'à quel point il décrit votre famille. Vous devez répondre selon la perception que vous avez de votre famille.

Pour chacun des énoncés, il existe quatre (4) choix possibles.

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Je suis fortement en accord | Encerclez 1 si vous pensez que cet énoncé <u>décrit très justement</u> votre famille. |
| 2. Je suis en accord | Encerclez 2 si vous pensez que l'énoncé <u>décrit assez bien</u> votre famille. |
| 3. Je suis en désaccord | Encerclez 3 si vous pensez que l'énoncé <u>ne décrit pas bien</u> votre famille. |
| 4. Je suis fortement en désaccord | Encerclez 4 si vous pensez que l'énoncé <u>ne décrit pas du tout</u> votre famille. |

Les quatre choix de réponses apparaîtront à côté de chacune des questions, de la façon suivante:

EXEMPLE:

Nous ne sommes satisfaits que lorsque tout se rapproche de la perfection.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Veuillez lire attentivement chacun des énoncés.

Ne passez pas trop de temps à réfléchir sur chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus rapidement et le plus honnêtement possible. Si un énoncé vous cause des difficultés, veuillez y répondre d'après votre première impression.

Veuillez répondre à toutes les questions en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1. Je suis fortement d'accord
2. Je suis d'accord
3. Je suis en désaccord
4. Je suis fortement en désaccord

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | Il est difficile de planifier des activités familiales car nous nous comprenons mal les uns les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Dans notre famille, nous trouvons une solution à la plupart des problèmes de tous les jours. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Quand un membre de la famille est contrarié ou n'est pas en forme, les autres membres savent pourquoi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Lorsque nous demandons à quelqu'un de faire quelque chose il faut que nous vérifions s'il l'a fait. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Si un de nous a de la peine, les autres s'en mêlent trop. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | En temps de crise, nous pouvons compter sur le support des uns et des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | En situation d'urgence, nous ne savons pas quoi faire. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Il nous manque parfois de certaines choses dont nous avons besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Nous sommes hésitants à démontrer notre affection les uns envers les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Nous nous assurons que les membres de la famille rencontrent leur responsabilité familiale. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Nous ne pouvons nous parler mutuellement de la tristesse que nous ressentons. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1. Je suis fortement d'accord
 2. Je suis d'accord
 3. Je suis en désaccord
 4. Je suis fortement en désaccord

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 12. | Habituellement, lorsque nous prenons une décision par rapport à un problème, nous agissons en conséquence. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Nous obtenons l'intérêt des autres seulement lorsque cela a de l'importance pour eux. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Nous ne pouvons pas savoir ce qu'une personne de notre famille ressent à partir de ce qu'elle dit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Les tâches familiales ne sont pas suffisamment partagées également entre les membres de notre famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Les individus sont acceptés pour ce qu'ils sont. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Vous pouvez désobéir aux règlements sans conséquence. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Les personnes s'expriment ouvertement et disent les choses comme elles sont, plutôt que de les insinuer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Certains parmi nous ne font pas voir leurs émotions. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Nous savons ce qu'il faut faire dans une situation d'urgence. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Nous évitons de parler de nos peurs et de nos inquiétudes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Il est difficile de parler entre nous de sentiments d'affection. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Nous avons de la difficulté à payer nos dettes. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1. Je suis fortement d'accord
2. Je suis d'accord
3. Je suis en désaccord
4. Je suis fortement en désaccord

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 24. | Après avoir tenté de résoudre un problème, habituellement notre famille en rediscute pour savoir si la solution est efficace. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Nous sommes trop centrés sur nous-mêmes. (individualistes, égocentriques) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Nous pouvons exprimer nos sentiments les uns envers les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Nous n'avons pas d'attentes claires en ce qui concerne les habitudes d'hygiène. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Nous ne laissons pas voir l'amour que nous avons les uns envers les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Nous nous parlons directement plutôt que par personne interposée. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Chacun de nous a ses tâches et ses responsabilités. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans la famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Nous avons des règles en ce qui concerne le fait de frapper les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Nous nous impliquons les uns envers les autres seulement lorsque quelque chose nous intéresse personnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Dans notre famille il y a peu de temps pour développer nos intérêts personnels (Hobby, passe-temps). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Souvent nous ne disons pas ce que nous pensons réellement. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1. Je suis fortement d'accord
2. Je suis d'accord
3. Je suis en désaccord
4. Je suis fortement en désaccord

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 36. | Nous nous sentons acceptés pour ce que nous sommes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Nous démontrons de l'intérêt les uns envers les autres quand nous pouvons en retirer quelque chose personnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Nous solutionnons la plupart des bouleversements émotifs qui nous arrivent. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | La tendresse passe en deuxième place par rapport aux autres choses dans notre famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Nous discutons de qui doit faire les tâches de la maison. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Prendre des décisions est un problème dans notre famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Les membres de notre famille démontrent de l'intérêt les uns aux autres seulement lorsqu'ils peuvent en retirer quelque chose. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Nous sommes francs les uns envers les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Nous n'avons aucune règle ou norme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. | Si on demande à quelqu'un de faire quelque chose, il faut le lui rappeler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. | Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de résoudre les problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. | Si les règles ne sont pas respectées, nous ne savons pas à quoi nous attendre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. | Tout est permis dans notre famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1. Je suis fortement d'accord
 2. Je suis d'accord
 3. Je suis en désaccord
 4. Je suis fortement en désaccord

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 49. | Nous exprimons de la tendresse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. | Nous accordons de l'importance aux problèmes émotifs. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. | Nous ne nous entendons pas bien ensemble. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. | Nous ne nous parlons pas lorsque nous sommes fâchés. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. | En général, nous sommes insatisfaits des tâches familiales qui nous sont assignées. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. | Même si nous voulons bien faire, nous nous mêlons trop des affaires des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. | Il y a des règlements pour les situations dangereuses (jouer avec le feu, dans la rue, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. | Nous nous confions les uns aux autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. | Nous pouvons pleurer ouvertement dans notre famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. | Nous ne disposons pas de moyens de transport adéquat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. | Lorsque nous n'aimons pas ce que quelqu'un a fait, nous lui disons. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. | Nous essayons d'imaginer plusieurs façons de résoudre les problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 |

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

S.V.P. veuillez retourner le questionnaire complété dans l'enveloppe adressée et affranchie.

QUESTIONNAIRE ON THE FAMILY AND WORK

INSTRUCTIONS

Thank you for accepting to answer this questionnaire on the family and work.

The present questionnaire has 5 parts. Information is asked about A) utilization of health care services; B) sociodemographic information; C) children; D) support network; and E) family functioning.

Different types of questions are asked and therefore, request different types of answers.

Some questions request that you answer YES or NO. Circle the answer you choose. Sometimes, your answer will be followed by an instruction. Please follow the instruction.

Example: Are you a mother of children aged between 0 and 6 years?

YES NO ☐ Go to question 4.

Other questions request that you write your answer in the blank space.

Example: How many times have you visited your doctor in the past 12 months? _____ times

Sometimes, we ask you to check ☒ your answer in the corresponding boxes or blank spaces.

Example: At home, we speak...

_____ English _____ French _____ Italian

In the last part, instructions are given to help you complete the family functioning section.

Subject I.D. # _____

QUESTIONNAIRE ON THE FAMILY AND WORK

PART A: UTILIZATION OF HEALTH CARE SERVICES

1. In the past 12 months, have you suffered from an injury or from a disease?
YES NO ➡ Go to question 3.

2. In the past 12 months, how many days were you absent from work because of a disease or an injury? _____ days
(If no absence, indicate 0)

3. In the past 12 months, how many times were you absent from work to take care of a sick child, aged between 0 and 6 years? _____ times
(If no absence, indicate 0)

4. In the past 12 months, have you consulted with a doctor in regards to your health?
YES NO

5. Have you spent some time in the hospital, in a wellness center or in a health care center in the past 12 months?
YES ➡ How many nights? _____
NO

6. In the past 12 months, how many times have you consulted or spoken about your health, with a ...

	Number of times
a) Family doctor or General practioner?	_____
b) Specialist?	_____
c) Dentist?	_____
d) Nurse? (except to set-up a meeting)	_____
e) Optometrist or Optician?	_____
f) Chiropractor?	_____
g) Psychologist, social worker, counsellor?	_____
h) Other health care professionals using softer approaches? (physiotherapist, occupational therapist, massotherapist)	_____
i) Other health care professionals ? (not mentionned in this list)	_____
_____ (specify)	

7. In the past 12 months, how many times have you received health care services for yourself? _____ times
(If no services received, indicate 0)

8. Which type of health care services have you received in the past 12 months?

Please indicate the number of times for each type of services.

(If you have not received health care services, write 0).

TYPES OF HEALTH CARE SERVICES

Preventive health care services: _____

(services that keep you healthy; or will prevent you from having a disease; or if you already have a disease, services that will prevent complications or the progress of the disease)

Healing health care services: _____

(services with medication or surgery, to help cure a disease or heal an injury)

Health care services with softer approaches: _____

(services which help you to relax, or to heal, without medication or surgery; with or without the use of manipulation)

If you **have received** health care services, ➡ go to question 9.

If you **have not received** health care services, ➡ go to question 10.

9. In general, where have you received health care services?

Choose all answers that apply by checking ☒ the corresponding box(es).

If you have not received any health care services for one type of care, do not write anything in the boxes.

[illegible]

PART B: SOCIODEMOGRAPHIC INFORMATION

10. How many hours per week to you usually work? _____
11. Do you work full time? YES NO
(30 hours and more per week)
12. Do you work overtime? YES NO
13. Do you work part time? YES NO
(less than 30 hours per week)
14. Do you work occasionally? YES NO
15. Do you have more than one employment? YES NO
16. Which of the following statement describes the most accurately your usual working schedule?
- Regular daytime hours? YES NO
- Regular afternoon or evening hours? YES NO
- Regular night hours? YES NO
- Alternating hours? (Hours changing regularly) YES NO
17. What is your current occupation in this agency? _____
18. For how many years have you worked in this type of occupation? _____
(including past and present employers)
- For how many years have you worked in this type of occupation for this agency? _____

19. In the past 12 months, was your major activity spent at work, going to school, staying home or doing something else? _____ (specify)
20. I live in a
- _____ Traditional family (with the father of the children and the children)
- _____ Blended family ☒ Specify (with a check (✓) mark)
- _____ mother with children and partner
- _____ mother with children and partner with children
- _____ mother without children and partner with children
- _____ Single parent family (I live alone with my children most of the time or in a shared custody)
- _____ Other type of family _____ (specify)
21. What is your mother tongue? _____ (specify)
22. To which ethnic or cultural group(s) does your family belong to?
_____ (specify)
23. What would be your best estimate of your family income, before tax deductions for the past 12 months?

Please check one answer.

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| _____ 0 to \$ 11 999 | _____ \$ 50 000 to 59 999 |
| _____ \$ 12 000 to 19 999 | _____ \$ 60 000 to 69 999 |
| _____ \$ 20 000 to 29 999 | _____ \$ 70 000 to 79 999 |
| _____ \$ 30 000 to 39 999 | _____ \$ 80 000 to 89 999 |
| _____ \$ 40 000 to 49 999 | _____ \$ 90 000 to 99 999 |
| | _____ \$ 100 000 and more |

PART C: QUESTIONS RELATED TO CHILDREN

24. How many children do you have? _____ children
25. For each person living under your roof, please indicate the role they occupy in your family (father, mother, daughter, son, grand-mother...). Please complete the remaining boxes.

Role in the family	Age	Sex	Number of completed school years
Ex: father	36	M	1st year of college

26. Is one of your children limited in the type or the quantity of activities that she \ he can do at home, at school or in daycare, due to a chronic health problem?

YES How old is she \ he? _____
 ➡ Go to question 27.

NO ➡ Go to question 29.

27. Which activities are difficult to do for your child, due to this limitation?
 _____ (specify)

28. What is the major health problem causing this limitation?
 _____ (specify)

PART D: SUPPORT NETWORK

29. In your immediate surroundings, are you able to call people or services which could help you when one of your children aged between 0 and 6 years, is sick?

YES NO ➡ Go to question 31.

30. How many times in the past 12 months did you call one of these people or services when your child aged between 0 and 6 years was sick? _____ times
(If no calls were made, indicate 0)

31. Are you a member of a Union?

YES NO Do not know

32. Has your employer provided or could have provided in the past 12 months...

a) A disability insurance in replacement of at least part of your salary in case of disability?

YES NO Do not know

b) Some medical-surgical allowances other than those provided by the health care system in your province?

YES NO Do not know

c) A dental insurance?

YES NO Do not know

d) Some counselling or orientation services to help you solve personal problems?

YES NO Do not know

Part E: FAMILY FUNCTIONING

INSTRUCTIONS

This section contains a number of statements about families. Please read each statement carefully, and decide how well it describes your own family. You should answer according to how you see your family.

For each statement there are (4) possible responses.

1. Strongly agree

Circle 1 if you feel that the statement describes your family very accurately.

2. Agree

Circle 2 if you feel that the statement describes your family for the most part.

3. Disagree

Circle 3 if you feel that the statement does not describe your family for the most part.

4. Strongly disagree

Circle 4 if you feel that the statement does not describe your family at all.

The four responses will appear beside each statement, like this:

EXAMPLE:

We are only satisfied when everything is done to near perfection.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Please read each statement carefully.

Try not to spend too much time thinking about each statement, but respond as quickly and as honestly as you can. If you have trouble with one statement, answer with your first reaction.

Please answer each statement by circling the most appropriate answer for your family.

1. Strongly agree
2. Agree
3. Disagree
4. Strongly disagree

1.	Planning family activities is difficult because we misunderstand each other.	1	2	3	4
2.	We resolve most everyday problems around the house.	1	2	3	4
3.	When someone is upset the others know why.	1	2	3	4
4.	When you ask someone to do something, you have to check that they did it.	1	2	3	4
5.	If someone is in trouble, the others become too involved.	1	2	3	4
6.	In times of crisis we can turn to each other for support.	1	2	3	4
7.	We don't know what to do when an emergency comes up.	1	2	3	4
8.	We sometimes run out of things that we need.	1	2	3	4
9.	We are reluctant to show our affection for each other.	1	2	3	4
10.	We make sure members meet their family responsibilities.	1	2	3	4
11.	We cannot talk to each other about the sadness we feel.	1	2	3	4
12.	We usually act on our decisions regarding problems.	1	2	3	4
13.	You only get the interest of others when something is important to them.	1	2	3	4

1. Strongly agree
2. Agree
3. Disagree
4. Strongly disagree

14.	You can't tell how a person is feeling from what they are saying.	1	2	3	4
15.	Family tasks don't get spread around enough.	1	2	3	4
16.	Individuals are accepted for what they are.	1	2	3	4
17.	You can easily get away with breaking the rules.	1	2	3	4
18.	People come right out and say things instead of hinting at them.	1	2	3	4
19.	Some of us just don't respond emotionally.	1	2	3	4
20.	We know what to do in an emergency.	1	2	3	4
21.	We avoid discussing our fears and concerns.	1	2	3	4
22.	It is difficult to talk to each other about tender feelings.	1	2	3	4
23.	We have trouble meeting our bills.	1	2	3	4
24.	After our family tries to solve a problem, we usually discuss whether it worked out.	1	2	3	4
25.	We are too self centered.	1	2	3	4
26.	We can express feelings to each other.	1	2	3	4
27.	We have no clear expectations about toilet habits.	1	2	3	4
28.	We do not show our love for each other.	1	2	3	4
29.	We talk to people directly rather than through go-betweens.	1	2	3	4

1. Strongly agree
2. Agree
3. Disagree
4. Strongly disagree

30.	Each of us has particular duties and responsibilities.	1	2	3	4
31.	There are lots of bad feelings in the family.	1	2	3	4
32.	We have rules about hitting people.	1	2	3	4
33.	We get involved with each other only when something interests us.	1	2	3	4
34.	There's little time to explore personal interests.	1	2	3	4
35.	We often don't say what we mean.	1	2	3	4
36.	We feel accepted for what we are.	1	2	3	4
37.	We show interest in each other when we can get something out of it personally.	1	2	3	4
38.	We resolve most emotional upsets that come up.	1	2	3	4
39.	Tenderness takes second place to other things in our family.	1	2	3	4
40.	We discuss who is to do household jobs.	1	2	3	4
41.	Making decisions is a problem for our family.	1	2	3	4
42.	Our family shows interest in each other only when they can do something about it.	1	2	3	4
43.	We are frank with each other.	1	2	3	4
44.	We don't hold to any rules or standards.	1	2	3	4

1. Strongly agree
2. Agree
3. Disagree
4. Strongly disagree

45.	If people are asked to do something, they need reminding.	1	2	3	4
46.	We are able to make decisions about how to solve problems.	1	2	3	4
47.	If the rules are broken, we don't know what to expect.	1	2	3	4
48.	Anything goes in our family.	1	2	3	4
49.	We express tenderness.	1	2	3	4
50.	We confront problems involving feelings.	1	2	3	4
51.	We don't get along well together.	1	2	3	4
52.	We don't talk to each other when we are angry.	1	2	3	4
53.	We are generally dissatisfied with the family duties assigned to us.	1	2	3	4
54.	Even though we mean well, we intrude too much into each others lives.	1	2	3	4
55.	There are rules about dangerous situations.	1	2	3	4
56.	We confide in each other.	1	2	3	4
57.	We cry openly.	1	2	3	4
58.	We don't have reasonable transport.	1	2	3	4
59.	When we don't like what someone has done, we tell them.	1	2	3	4
60.	We try to think of different ways to solve problems.	1	2	3	4

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION!

Please return the completed questionnaire in the pre-stamped, pre-addressed envelope.

ANNEXE D

Lettre d'autorisation du Comité de déontologie



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
Cabinet de la doyenne

Faculty of Health Sciences
Office of the Dean

le 25 juillet 1995

Madame Lucie Essiembre
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
INTRA

OBJET : Votre projet intitulé : "Fonctionnement familial et utilisation des services de santé auprès de mères sur le marché du travail"

Madame Essiembre,

Je suis heureux de vous annoncer que le Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté des sciences de la santé (CDREH) a décidé que le projet ci-dessus mentionné est conforme aux exigences éthiques de l'Université et est approuvé sous la Catégorie 1A.

Vous trouverez ci-joint la copie du certificat du Comité de déontologie vous autorisant à poursuivre ce projet.

L'autorisation du Comité est valable un an, à compter de la date de la signature du Rapport. J'aimerais aussi vous rappeler que, conformément aux règlements internes du CDREH, vous devez aviser le Comité de toute modification importante au projet.

Veuillez agréer, cher collègue, tous nos souhaits de succès dans la conduite de votre projet.

Le président du Comité,

Francis D. Reardon, Ph.D

ANNEXE E

Lettre d'autorisation du Comité de la recherche de l'agence



HÔPITAL GÉNÉRAL D'OTTAWA OTTAWA GENERAL HOSPITAL

October 20, 1995

**Ms. Lucie Essiembre, B.Sc.N.
Student, Master in Science of Nursing
University of Ottawa**

Dear Ms. Essiembre:

Having reviewed your study: "The Perception of Family Functioning and The Utilization of Health Services by Mothers in the Workforce", we are interested in reading the outcome of your investigation.

The Nursing Department of the Ottawa General Hospital has agreed to assist you in the distribution of the information sheets for your thesis study. As discussed with members of the Research Committee, it has been agreed that the managers within the department of nursing will distribute your information sheets on the nursing units in areas where they will be easily accessed by interested nurses. Any nurse that is interested in participating in your study will then contact you through the distributed address cards.

Good luck with your study.

**Roberta Coutts
Vice-President
Nursing Services**

/dd

ANNEXE F

Lettre d'autorisation pour l'utilisation du FAD-III



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faulté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Faculty of Health Sciences
School of Nursing

March 11, 1996

Dr. Ivan W. Miller, Director
c/o Christine Ryan
Brown University Family Research Program
Butler Hospital
345 Blackstone Blvd
Providence R.I.
U.S.A. 02906

Subject: Permission to use the FAD III

Dear Dr. Ivan Miller:

I am a student at the University of Ottawa, Masters of Sciences in Nursing Program. For thesis project, I intend to study the relationship of family functioning and the utilization of health services among a population of 30 mothers in the workforce, who had missed at least one day of work during the last year, related to illness other than their own health problem. I wish to use the Family Assessment Device (FAD III), both French and English versions, for my research.

I would be grateful if you could forward me the scales, scoring manual and any other relevant material I might need for successfully collecting data and reading the results. I will send you the amount required in order to provide the scales. Upon completion of my thesis defence, I agree to forward the results of the FAD III to the Brown University Family Research Program should you wish me to do so. Should you require any additional information, please do not hesitate to contact my Thesis Supervisor, Dr. Ginette Coutu-Wakulczyk, at (613) 562-5800 ext. 8424.

Please feel free to contact me, should you need further information.

Sincerely,

Lucie Essiembre

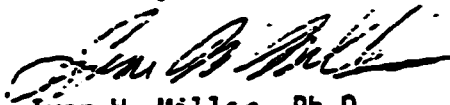
Lucie Essiembre, R.N., B.Sc.N., M.Sc.N. (student)
48 Vendôme
Gatineau, Québec
Canada J8T 1V3
Telephone: (819) 243-6673

Enclosure: \$45.00 cheque

Enclosed please find the FAD packet that you ordered. You have permission to duplicate the copyrighted Family Assessment Device, the manual scoring sheet and instructions, and the Family Information Form. We may contact you in the future to receive your feedback on the instrument.

Thank you for your interest and good luck in your future project.

Sincerely,



Ivan W. Miller, Ph.D.
Director
Brown University Family
Research Program
Butler Hospital
345 Blackstone Blvd.
Providence, R. I. 02906

IWM/
Enclosure