

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ISABELLE LACHARME

ÉTUDE DE LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS :
UN MODÈLE GUIDE VERS DES PISTES DE SOLUTIONS

JUILLET 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

Liette St-Pierre, Ph. D., directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Jacques Rhéaume, co-directeur de recherche Université du Québec à Montréal

Jury d'évaluation de la thèse :

Liette St-Pierre, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

Jacques Rhéaume, Ph. D. Université du Québec à Montréal

Lyne Campagna, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

Marie Bellemare, Ph. D. Université Laval

Sommaire

Dans le contexte de pénurie financière et humaine du secteur de la santé au Québec et face à une population vieillissante en perte d'autonomie, le besoin de maintenir en emploi les soignants se fait sentir dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Il semble donc urgent de prévenir les arrêts de travail des infirmières, des infirmières-auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires, en proposant des solutions durables à leur mal-être au travail.

Le mal-être étant la prémisse des troubles de la santé psychologique, cette étude doctorale s'est intéressée au phénomène de la souffrance des soignants, qui en est le signe commun. Il s'agissait d'améliorer la compréhension globale de la souffrance au travail, par l'investigation de ses manifestations, de ses déterminants et des stratégies utilisées pour y faire face. Dans une dynamique de changements, cette étude s'inscrit dans une démarche partenariale encadrée par un contrat social de recherche et s'appuie sur la réflexion de comités de suivi de la recherche. Elle s'apparente à une approche ergonomique descriptive de la situation de travail des soignants en souffrance et propose un modèle contextuel de la souffrance au travail. Elle décrit le vécu des soignants en souffrance, selon leur perception individuelle et collective, et cible les actions prioritaires favorisant le *rester au travail en santé* des soignants.

Cette étude doctorale a été réalisée entre 2011 et 2012, avec un échantillon de 35 soignants volontaires (7 infirmières, 12 infirmières-auxiliaires, 16 préposés aux

bénéficiaires) issus de trois CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, soit 14 % de la population visée. Les données ont été recueillies par un entretien individuel et un entretien collectif, jusqu'à épuisement de la parole, par une observation de l'activité de travail (250 h) auto-confrontée avec les soignants participant. Le retour des résultats généraux dans les milieux de travail a donné lieu à des discussions entre les partenaires et les soignants, au sujet des changements capables de soulager leur souffrance au travail.

Selon les résultats de cette étude, les éléments constitutifs de la souffrance des soignants se répartissent en trois niveaux interdépendants : (1) colère, nervosité, peur; (2) violence exprimée ou *imprimée* (intériorisée), stress au travail, douleur chronique, fatigue émotionnelle et nerveuse, anxiété situationnelle; et (3) épuisement professionnel, détresse psychologique et dépression professionnelle. En fait, la souffrance au travail se manifeste chez les participants principalement par de l'épuisement professionnel (51 %) issu de la fatigue persistante, par de la détresse psychologique (34 %) dans le prolongement du stress chronique et par de la violence (34 %) souvent portée par de la colère. Les soignants en souffrance décrivent aussi de la douleur chronique, de l'anxiété situationnelle et des signes de dépression, participant à leur souffrance au travail.

Selon les résultats de cette étude, les déterminants organisationnels de la souffrance au travail des soignants sont ciblés par deux cinquième des participants (41,5 %), les déterminants psychosociaux par un tiers des participants (34,5 %) et les déterminants

personnels par un cinquième des participants (21 %). À l'origine de leur souffrance au travail, les soignants situent les réformes gouvernementales des deux dernières décennies, telles la fusion hospitalière, la politique de Milieu de vie ainsi que la redistribution des rôles et des tâches entre les soignants. Au plan organisationnel, s'installent alors une baisse des effectifs (surcharge de travail et perte de qualité des soins), un changement de mode de gestion du personnel, un manque de reconnaissance informelle et de formations applicables, des heures supplémentaires obligatoires et des règles de rappel aléatoires. Au plan psychosocial, sont dénoncés aussi un manque de valeurs communes, la mauvaise ambiance de travail suite à des conflits non gérés et à des méfaits perpétrés par les clans, par de la violence physique et de l'intimidation, le manque de soutien et d'entraide hors des clans, dans un climat institutionnel de dénonciation et régional de banalisation de la violence. Au plan personnel, la souffrance au travail repose sur le perfectionnisme excessif, les difficultés avec l'autorité, l'attachement au métier et l'empathie envers les patients. Des interactions entre ces déterminants sont décrites par les soignants, qui demandent d'agir en priorité sur les déterminants organisationnels et psychosociaux de leur souffrance au travail.

Selon les résultats de cette étude, les soignants tentent de durer au travail par des stratégies plus ou moins efficaces face à leur souffrance. Des stratégies associatives (soutien psychosocial, surinvestissement au travail) agissent un moment en prévention des manifestations de la souffrance, favorisant le bien-être de tous. Par contre, certaines stratégies associatives et dissociatives soulagent les uns un temps et font souffrir les

autres longtemps : se mettre sous la protection d'un clan et suivre des règles d'exclusion et de dénonciation, de vengeance et de sabotage. De même, des stratégies dissociatives atténuent la souffrance au travail telles que appartenir à une équipe volante, et d'autres semblent un danger pour la santé mentale au travail telles que vivre des expériences dissociatives. Quand la limite du supportable en souffrance au travail est atteint, des stratégies dissociatives (présentéisme, renoncement à ses propres valeurs) s'installent à court terme pour durer au travail encore un peu. Les interactions entre ces stratégies, les déterminants et les éléments de la souffrance des soignants reflètent la complexité du phénomène de la souffrance au travail.

Un modèle contextuel de la souffrance des soignants présente le processus de la souffrance au travail et le système de « cercle vicieux » décrits par les soignants entre les déterminants, les éléments et les stratégies face à leur souffrance au travail. Il permet d'identifier les points où agir en priorité pour déconstruire la souffrance des soignants, accompagner les changements favorables au *rester au travail en santé* des soignants et orienter les interventions ergonomiques dans une dynamique de transformation de la situation de travail. En attente d'autres études pour évaluer ce modèle contextuel de la souffrance au travail, les partenaires de cette étude en collaboration avec les participants ont dégagé des pistes de solutions et mis en place des changements, soutenant le *rester au travail en santé* des soignants.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux	xii
Liste des figures	xiv
Remerciements.....	xv
Introduction	1
Problématique	4
1 La complexité de la souffrance, vue à travers ses définitions	6
2 La complexité du phénomène de la souffrance, vue à travers la recherche.....	8
3 Le contexte québécois dans le secteur de la santé : pénurie financière et humaine à risque de troubles de la santé mentale	10
4 Le contexte de travail en Abitibi-Témiscamingue : région dite éloignée et de colonisation récente habituée à la souffrance	11
5 L'urgence d'intervenir sur la souffrance des soignants en Abitibi-Témiscamingue, face à un absentéisme croissant et au présentéisme naissant.....	14
Objectifs de l'étude.....	18
Revue de la littérature	20
1 Approches philosophique et sociologique de la souffrance humaine.....	21
2 Approches psychanalytique et psychologique de la santé mentale.....	23
2.1 La santé mentale maintenue par la satisfaction des désirs ou des besoins, la conservation des ressources	24
2.2 Le stress participe à la souffrance.....	26
2.3 L'épuisement professionnel participe à la souffrance	40
2.4 La douleur chronique participe à la souffrance.....	48
2.5 La violence participe à la souffrance au travail	56
3 Approche psychodynamique de la souffrance au travail	63
3.1 De la santé mentale à la souffrance au travail à définir	64
3.2 De la thèse de la normalité en santé au concept de souffrance au travail, à la base de la psychodynamique du travail.....	65
3.3 Du concept de normalité en santé au travail au concept de normalité souffrante en psychodynamique du travail	66
3.4 Quelques principes dégagés des études en psychodynamique du travail	68

3.5	Combinaison des approches psychologique et psychodynamique de la souffrance au travail	71
3.6	Approche physiologique de la souffrance à considérer	73
4	Approches psychosociales des troubles de la santé mentale : pistes de solutions	75
4.1	Une approche multidimensionnelle basée sur le stress au travail, précurseur de l'épuisement et de la détresse, contribuant à la souffrance	75
4.2	Une approche multidisciplinaire/pluridisciplinaire de la santé mentale des infirmières, intégrant stress, détresse et violence, contribuant à la souffrance	78
4.3	Une enquête sur les effets des conditions de travail sur la santé mentale des québécois, intégrant stress, détresse, violence, dépression et douleur	80
4.4	Une approche pluridisciplinaire sur les effets de changements en soins de fin de vie sur le bien-être des infirmières, du stress à la souffrance éthique.....	82
5	Modèles ergonomiques en santé au travail et points de méthodologie	84
5.1	L'évolution du modèle ergonomique centré sur l'activité et la personne au travail, en prévention des troubles de la santé des travailleurs	84
5.2	La méthodologie particulière de la recherche intervention en ergonomie au service de ses objectifs.....	87
6	Approche ergonomique exploratoire de la souffrance des soignants, en préliminaire à cette étude doctorale	91
6.1	La méthodologie et les résultats généraux sur les difficultés des soignants, retenus pour l'étude doctorale	91
6.2	La méthodologie et les résultats préliminaires sur la souffrance des soignants	92
	Méthodologie de la recherche	98
1	Étape d'introduction	100
1.1	L'approche éthique de la recherche, à chaque étape.....	101
1.2	La présentation du projet de recherche	102
1.3	L'accord entre les partenaires : le Contrat social de recherche.....	103
1.4	Les comités de suivi de la recherche	107
1.5	Le recrutement des participants à la recherche	108
1.6	La population soignante visée et l'échantillon possible.....	109
2	Déroulement de la recherche	110
2.1	Entretien individuel, incluant des questionnaires.....	113
2.2	Entretien collectif.....	131
2.3	Étape terrain	134
3	Analyse des données et retour des résultats	144
3.1	L'analyse des données de la recherche : logiciels N-Vivo et SPSS.....	144
3.2	La validation des résultats lors du retour dans le milieu de travail	145
	Résultats de recherche	148
1	Les caractéristiques de l'échantillon	150
1.1	Caractéristiques générales : nombre de participants, métier, sexe et âge.....	150

1.2	Caractéristiques personnelles : scolarité et vie de famille.....	152
1.3	Caractéristiques professionnelles : ancienneté et emploi du temps	153
1.4	Caractéristiques particulières : IMC, hygiène de vie et état de santé générale....	154
2	L'activité de travail des soignants en CHSLD, entre plaisir et souffrance.....	157
2.1	Activité de travail, plus que des tâches prescrites	158
2.2	Activité de travail modifiée par un temps d'interaction psychosociale réduit	161
2.3	Analyse de l'activité de travail par les caractéristiques des soignants et des conditions de travail.....	163
2.4	Activité de travail entre plaisir et souffrance au travail.....	165
3	Comprendre la nature de la souffrance au travail (premier objectif).....	167
3.1	L'approche initiale des éléments constituant la souffrance au travail	167
3.2	La violence s'enracine sur la colère, au cœur de la souffrance des soignants.....	169
3.3	Le stress s'enracine sur la nervosité, au cœur de la souffrance des soignants.....	175
3.4	La douleur chronique au cœur de la souffrance des soignants	179
3.5	De la fatigue à l'épuisement professionnel des soignants en souffrance.....	182
3.6	L'élément anxiété s'enracine sur la peur, au cœur de la souffrance	187
3.7	La détresse psychologique et la dépression participent à la souffrance	189
3.8	Répartition des éléments de la souffrance des soignants : interactions principales et pistes de solutions	192
4	Les déterminants de la souffrance des soignants (deuxième objectif).....	197
4.1	Les déterminants professionnels de la souffrance, dits inhérents au métier.....	197
4.2	Les déterminants organisationnels de la souffrance des soignants.....	210
4.3	Les déterminants psychosociaux de la souffrance des soignants	238
4.4	Les déterminants personnels de la souffrance des soignants	259
5	Les stratégies développées face à la souffrance au travail	274
5.1	Les stratégies dissociatives individuelles, face à la souffrance au travail	274
5.2	Les stratégies dissociatives collectives des soignants face à la souffrance.....	286
5.3	Les stratégies associatives des soignants face à la souffrance au travail.....	290
5.4	Les stratégies mixtes des soignants face aux situations stressantes, à risque de souffrance au travail	298
5.5	Les stratégies personnelles des soignants face aux éléments de leur souffrance	300
6	L'amélioration du modèle initial de la souffrance des soignants guide les CHSLD vers des pistes de solutions (objectif général)	309
6.1	Évolution du modèle initial vers un modèle amélioré de la souffrance au travail	309
6.2	Lectures du modèle contextuel de la souffrance par les participants	312
6.3	Lectures complémentaires du modèle contextuel de la souffrance	314
	Discussion.....	318
1	Les choix méthodologiques au service des objectifs, à améliorer en vue de futures recherches.....	319
1.1	Un contrat social de recherche : défis importants.....	319
1.2	L'échantillonnage de volontaires : biais à la représentativité de la population...	321

1.3	La méthodologie de la collecte de données : forces et faiblesses	323
1.4	L'ajustement méthodologique d'une étape à l'autre : confronté aux règles éthiques	325
1.5	La méthodologie au service de la compréhension des données subjectives.....	327
1.6	La méthodologie sur le terrain limitée à une observatrice : avantages et inconvénients.....	330
1.7	Le facteur temps prévu dans la méthodologie : maturation inévitable des soignants et évolution prématurée de la situation de travail	333
1.8	L'éthique prévue dans la méthodologie, à l'épreuve du temps.....	335
1.9	Des ajustements méthodologiques en vue de futures études sur la souffrance au travail	336
2	Les résultats mis en perspective et soumis à une réflexion collective ciblée	340
2.1	Des données confuses ou manquantes, inexploitable ou subjectives	341
2.2	Les résultats de questionnaires, rapprochés de la revue de la littérature.....	345
2.3	L'état de santé générale et les capacités à faire face à la pénibilité de la tâche : une surévaluation constante d'une étude à l'autre.....	348
2.4	Les interactions entre éléments de la souffrance des soignants, masquées ou non cumulatives.....	349
2.5	La gravité de la souffrance au travail, selon le niveau de souffrance résiduelle, le seuil de tolérance et la limite acceptable de la souffrance au travail.....	352
2.6	Des déterminants de la souffrance au travail issus du contexte régional : baisse du soutien social et maintien de la culture de violence.....	358
2.7	Des déterminants de la souffrance des soignants, mis en perspective	363
2.8	Des stratégies face à la souffrance des soignants : s'adapter/anticiper ou se dissocier	373
3	Au sujet du modèle contextuel de la souffrance des soignants : complexité simplifiée à vérifier	377
3.1	Complexité générale du modèle contextuel de la souffrance des soignants	378
3.2	Complexité au centre du modèle contextuel de la souffrance des soignants	379
3.3	Complexité de la base déterminante du modèle de la souffrance des soignants	380
3.4	Complexité des flancs stratégiques du modèle contextuel de la souffrance au travail	381
3.5	Lecture collective finale du modèle contextuel de la souffrance des soignants... ..	383
4	Contribution à l'avancement des connaissances et retombées de l'étude	385
4.1	L'avancement des connaissances sur la souffrance des soignants, par le modèle contextuel dégagé des résultats	386
4.2	L'avancement des connaissances par les résultats de cette étude, utile à l'ergonomie et à la psychologie du travail	387
4.3	Dynamique de changements face à la souffrance au travail, dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue	388
	Conclusion	391
	Références.....	395

Appendice A Lettre d'acceptation du comité d'éthique de l'UQTR, du comité hospitalier d'éthique et le formulaire de consentement éthique	423
Appendice B Le canevas du Contrat social de la recherche	433
Appendice C Support d'entretien individuel	440
Appendice D Les questionnaires inclus dans l'entretien individuel	454
Appendice E Les grilles d'observation et d'évaluation	489

Liste des tableaux

Tableau

1__ Vue d'ensemble des étapes de la recherche sur la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue	111
2__ Liste des questionnaires introduits en entretien individuel, documentant des éléments de la souffrance des soignants, des déterminants et des stratégies	129
3__ Échantillon des soignants participant, de trois CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.....	151
4__ Temps consacré par les soignants aux principales activités de travail.....	160
5__ Manifestations et signes de violence des soignants en souffrance	172
6__ Manifestations et signes de stress des soignants en souffrance	178
7__ Manifestations et signes de douleur des soignants en souffrance	182
8__ Manifestations et signes de fatigue et d'épuisement des soignants en souffrance.....	185
9__ Manifestations et signes d'anxiété des soignants en souffrance	189
10__ Manifestations et signes de dépression des soignants en souffrance	191
11_ Déterminants professionnels de la souffrance des soignants, entre déterminants organisationnels et manifestations de cette souffrance au travail.....	209
12_ Déterminants organisationnels de la souffrance des soignants en interaction avec les autres déterminants (G= grille d'évaluation, Q = questionnaire)	237
13_ Déterminants psychosociaux de la souffrance des soignants, reposant sur des déterminants organisationnels et personnels (Q = questionnaire, G= grille de terrain)	258
14_ Déterminants personnels de la souffrance des soignants, entre déterminants organisationnels et déterminants psychosociaux (G= grille, Q = questionnaire)	273
15_ Stratégies dissociatives développées face aux éléments et aux déterminants de la souffrance (Q = questionnaire)	289

16_ Stratégies associatives et collectives face aux éléments et aux déterminants de la souffrance des soignants au travail (Q = questionnaire)	297
17_ Stratégies personnelles face aux éléments de la souffrance des soignants	306
18_ Synthèse des principaux résultats de la souffrance des soignants : manifestations, déterminants et stratégies	308
19_ Rapprochement des résultats sur les déterminants de la santé mentale au travail.....	347

Liste des figures

Figure

1	Modèle circulaire de la douleur (Loeser, 1980)	51
2	Modèles de la douleur à la souffrance: composantes en perspective et en interaction ..	51
3	Représentation schématique du support POETE d'analyse de la situation de travail, adapté par l'ASSTSAS dans le PDSB (2004)	55
4	Modèle de la situation de travail, centré sur la personne en activité (St-Vincent et al., 2011; Vézina, 2001)	86
5	Modèle préliminaire sur la souffrance des soignants au travail (Lacharme, 2010)	95
6	Intégration des modèles d'analyse de la situation de travail de l'ASSTSAS (2004), d'intervention ergonomique centrée sur l'activité de travail (Vézina, 2001) et préliminaire de la souffrance des soignants en CHSLD en A.T. (Lacharme, 2010)	97
7	Répartition initiale des soignants entre les éléments exprimant leur souffrance au travail, dans des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue	169
8	Répartition globale des soignants entre les éléments de leur souffrance au travail (entretien individuel et questionnaires, en moyenne dans la dernière année)	193
9	Représentation de la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue : 3 niveaux d'éléments constitutifs odonnés dans le temps	194
10	Représentation de l'interaction entre les éléments de la souffrance au travail, selon la fréquence de soignants concernés (entretien individuel)	195
11	Modèle amélioré du processus de la souffrance des soignants de CHSLD	310
12	Modèle contextuel du phénomène de la souffrance au travail des soignants en CHSLD	312
13	Modèle schématique du phénomène de la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.....	317

Remerciements

Mes premiers remerciements reviennent aux soignants ayant participé à cette étude doctorale sur la souffrance au travail (2011/2012). Une relation de confiance renouvelée a libéré la parole à chaque étape de la recherche et favorisé leur observation en situation de travail. Le témoignage de leur vécu au travail a enrichi la recherche et une auto-confrontation des données a amorcé une réflexion sur les changements favorables au *rester en santé au travail*.

Mes seconds remerciements vont aux directeurs et directrices des services professionnels des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, aux cadres supérieurs des CHSLD participants, qui ont ouvert leur milieu de travail à la recherche et donné accès aux soignants. Leur accueil et leur intérêt pour le projet, leur engagement par un contrat social de recherche et leur participation aux comités de suivi ont été très appréciés. Leur compréhension de l'urgence d'agir et les changements réalisés et en cours sont prometteurs pour tenter de remédier à la souffrance des soignants.

Mes derniers remerciements s'adressent aux représentants syndicaux, qui ont su expliquer l'évolution du contexte de travail et exprimer leur point de vue sur la réalité des soignants, complémentaire de celui des cadres intermédiaires et des professionnels de la santé. En participant à la réflexion des comités de suivi de la recherche sur les données recueillies, ils ont amélioré l'interprétation des données de la recherche

Ma gratitude s'exprime envers ma directrice de thèse Liette St-Pierre (UQTR), qui a cru en mes capacités à réaliser cette étude doctorale et qui a su m'accompagner et me soutenir tout au long du processus de la recherche. Sa formation d'infirmière et son expérience en recherche dans les hôpitaux ont facilité nos échanges sur la souffrance des soignants. Ma gratitude s'adresse aussi à mon co-directeur Jacques Rhéaume (UQAM), qui a su accompagner ma réflexion sociologique sur le contexte du travail en Abitibi-Témiscamingue, partager ses connaissances en psychodynamique du travail et encadrer l'approche méthodologique de cette étude sur la souffrance au travail. Un grand merci à tous les deux pour votre complémentarité.

Mon estime s'adresse à Nicole Vézina (UQAM), qui m'a guidé au cours de la maîtrise en kinanthropologie et qui a accepté d'être mon mentor ponctuellement dans cette étude doctorale. Elle a su m'insuffler sa passion pour la recherche en ergonomie et transmettre son approche des situations de travail centrées sur l'activité. En intervention ergonomique, elle est un modèle à suivre pour tous et une professeure pleine de talents.

Ma confiance est acquise à Ana-Maria Seifert qui a su affiner ma réflexion sur l'approche collective d'une situation de travail et partager son expertise en stratégie de prévention de la santé des soignants. Son engagement au service de la santé des femmes, soutenu par une vision ergonomique et politique des conditions qui la déterminent, est inspirant pour tous.

Ma reconnaissance s'applique au Centre interdisciplinaire de recherche en santé au travail et en santé environnementale (Cinbiose, UQAM, 1987), qui m'a donné l'opportunité de présenter et de discuter de la méthodologie et des résultats de cette étude. Les interactions avec le comité de la relève et les conseils de quelques-uns des membres réguliers du Cinbiose ont orienté mes choix méthodologiques et ma réflexion sur les solutions durables face à la souffrance des soignants.

L'assistance continue de Linda Paquette (professionnelle de la santé) et de Mélanie Hallé (professionnelle de recherche) a favorisé l'organisation du déroulement de la recherche, la compilation des données et la réflexion sur les résultats. Elles ont été généreuses de leur temps, à un salaire minimum.

L'engagement de l'UQAT, sous la responsabilité du vice-recteur à la recherche, m'a permis de bénéficier de locaux et de matériel, d'installation de logiciel (SPSS et N-Vivo) et de l'espace du laboratoire des infirmières pour les tests méthodologiques. Le soutien du Département de Sciences cliniques et la contribution indirecte du personnel de l'UQAT à cette étude ont été appréciés.

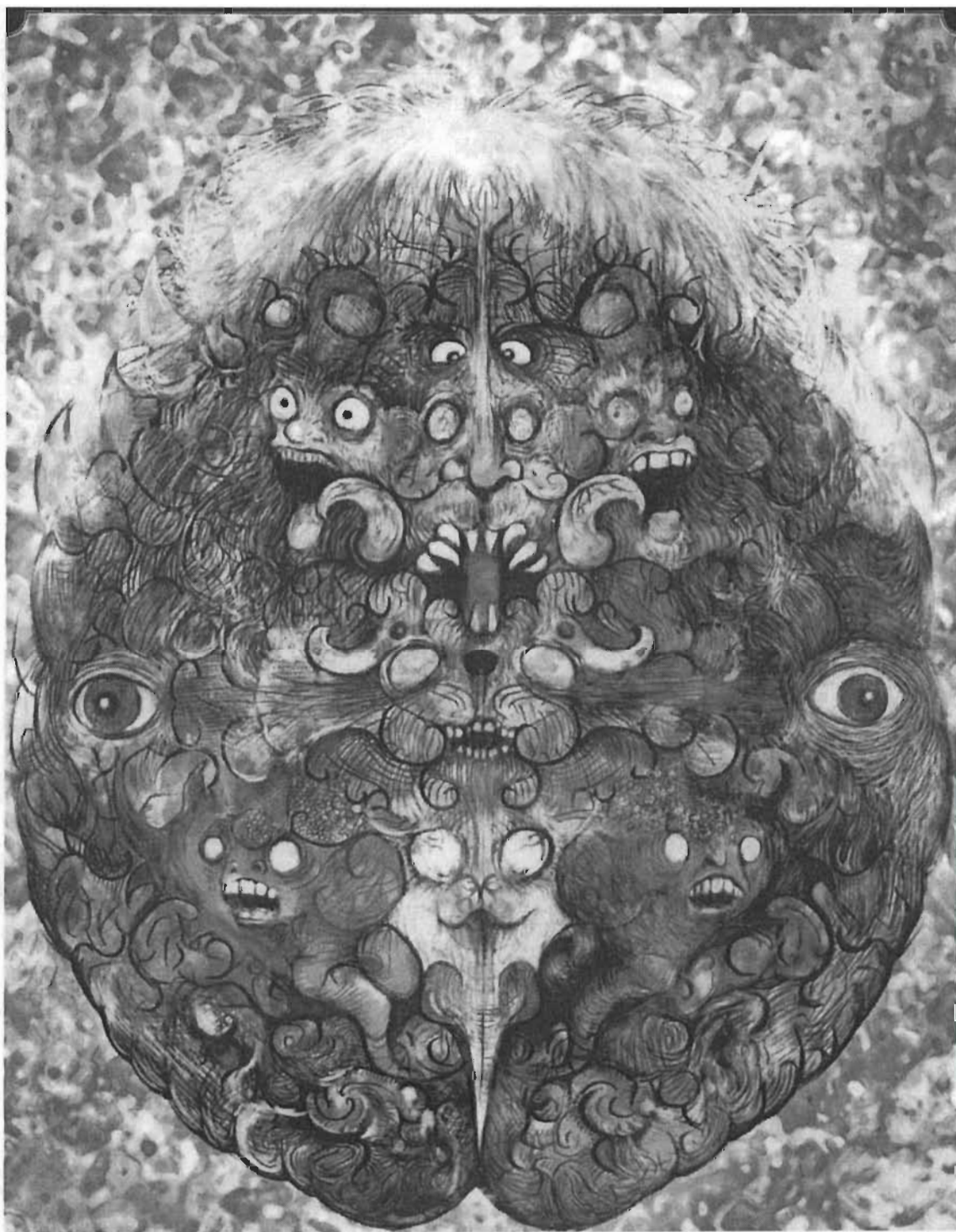
Les conseils des statisticiens Michel Alain (UQTR), Jean-Pierre Leclercq (UQAT) et Louise Martin (UQTR) ont été judicieux, face à des données à visée qualitative et avec un petit échantillon. L'enseignement des professeurs du programme doctoral en psychologie (UQTR) a été profitable à la construction du projet de recherche et à

l'analyse des données. Ces professeurs se sont montrés ouverts à l'ergonomie, dans le prolongement de la psychologie du travail.

Les discussions informelles avec Marie Alderson (Université de Montréal) sur la psychodynamique du travail appliquée aux soignants ont donné du sens aux résultats de cette étude. Sa supervision de deux articles publiés (décembre 2013 et mars 2014) par le CyberJournal de l'Ordre Régional des Infirmières et des Infirmiers en Abitibi-Témiscamingue (ORIIAT) a été très appréciée.

Mes remerciements vont également à ma famille qui a accepté mon éloignement, pour réaliser mon rêve d'enfant au sujet de la recherche. Retardé par les aléas de la vie, il a pu se concrétiser par le soutien financier de mon père. J'ai hérité de la rigueur de mon père et de son besoin de rencontrer l'autre en toute simplicité, du souffle de fantaisie créative de ma mère et de son désir d'engagement humanitaire et social. Je sais la fierté de mes enfants au sujet de mon cheminement et l'admiration de mes petits-enfants sur la diversité de mes connaissances et compétences.

Merci aussi aux personnes qui m'ont hébergée en Abitibi-Témiscamingue, régulièrement lors de l'année de collecte des données et ponctuellement pendant les 5 ans nécessaires à ce projet. Merci enfin aux personnes qui m'ont traduit des articles en anglais et à tous mes amis qui ont su m'écouter et me reconforter, dès que le besoin se faisait sentir.



Alex Bel (2013). Le Tricolobicéphale : Souffrance et plaisir.
Daemondala : Les Effigies de la folie (p. 60).

Introduction

Dans la continuité de la démarche professionnelle de l'auteure (infirmière et kinésiologue), une maîtrise en kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal (Lacharme, 2010), volet recherche en ergonomie, a été centrée sur la santé au travail des soignants (infirmières, infirmières-auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) en Abitibi-Témiscamingue. Elle décrivait les difficultés des soignants à rester au travail avec de la douleur (physique) et du stress et elle explorait la souffrance (psychologique) au travail. Cette approche préliminaire a permis de définir la souffrance au travail, selon le vécu des soignants en situation de travail, et d'élaborer un modèle préliminaire de la souffrance des soignants regroupant les manifestations, les déterminants et les ajustements mis en place. La souffrance des soignants se manifestait en termes de douleur chronique et de stress, mais aussi de violence et de fatigue. Les déterminants visés par les soignants étaient principalement organisationnels et psychosociaux, bien que quelques déterminants personnels soient cités. Les stratégies observées étaient individuelles ou collectives et plus précisément dissociatives ou associatives. Ce modèle préliminaire a orienté la revue de la littérature et la méthodologie d'une étude doctorale centrée sur la souffrance des soignants de CHSLD.

Cette étude doctorale de la souffrance des soignants au travail a été réalisée en partenariat avec l'employeur et les syndicats, qui exprimaient leur besoin commun de

maintenir les soignants en emploi dans un contexte de pénurie financière et humaine, c'est-à-dire de favoriser le *rester au travail en santé* des soignants de CHSLD. Un contrat social de recherche élaboré avec les partenaires définissait les objectifs de l'étude et précisait les engagements réciproques et le rôle de chacun dans l'organisation de la recherche tout au long du processus. Il s'agissait de mieux comprendre le phénomène complexe de la souffrance au travail, à travers ses manifestations, ses déterminants et les stratégies employées contre cette souffrance. Au cours de cette investigation systématique, des comités de suivi de la recherche ont collaboré à une réflexion commune, utile pour mieux comprendre les données de la recherche et pour structurer les résultats en un modèle contextuel plus élaboré, capable de guider les milieux de travail vers des pistes de solutions à la souffrance au travail.

Cette thèse présente d'abord la problématique du milieu de travail et les principaux principes de l'ergonomie, les objectifs de l'étude doctorale et la revue de la littérature amenant à des choix méthodologiques réfléchis, au carrefour de plusieurs disciplines. Elle donne ensuite les résultats principaux de l'étude et présente le modèle contextuel structuré de la souffrance des soignants. Elle explique enfin, dans une discussion sur la méthodologie et les résultats, l'intérêt et les limites de l'étude. Elle conclut sur l'apport de cette étude à la recherche et les avenues futures possibles.

Problématique

Depuis plusieurs années en Occident, l'absentéisme au travail pour troubles de la santé mentale progresse et dépasse même dans certains milieux celui pour troubles de la santé physique (ANACT, 2011; Bigaouette, 2009; Brun, Biron, Martel & Ivers, 2003). Entre 2007 et 2008, un travailleur sur cinq souffrait de troubles mentaux au Québec, se manifestant par de la détresse psychologique c'est-à-dire des troubles anxieux ou de la dépression (Vézina et al., 2011). Ce sont surtout les femmes qui étaient touchées (37,9 % d'entre elles) et les secteurs de la santé et de l'éducation, occasionnant 49,6 % des absences du travail dans cette année de référence (Vézina et al., 2011). L'Organisation internationale de coopération et de développement économique confirme qu'un travailleur sur cinq souffre de troubles mentaux et précise qu'une demande d'invalidité au travail sur trois est attribuable à des troubles psychologiques (OCDE, 2012). Au Québec, la Commission de Santé et de Sécurité du Travail reconnaît les troubles de la santé mentale sous forme de stress, chiffré chez les infirmières à 9,6 % des lésions déclarées et acceptées, en deuxième position après les conducteurs d'autobus (9,7 %) (CSST, 2012).

Cette situation préoccupante au sujet des troubles de la santé mentale au travail a donné lieu à de nombreuses études focalisées sur la personne (psychologie), sur l'organisation du travail (psychodynamique) ou sur l'activité de travail (ergonomie). Bien que la souffrance soit le signe commun à tous les troubles de la santé mentale, les disciplines s'intéressant à la santé au travail l'abordent sous des angles différents, faute de s'entendre sur une définition commune. De nos jours, la souffrance au travail perdure

et sa compréhension fine échappe, faute de favoriser les études multidisciplinaires de ce phénomène complexe et les approches systémiques. Au carrefour des disciplines, ce projet doctoral a tenté de combiner plusieurs approches de la souffrance au travail et méthodes de recherche dans le secteur de la santé au Québec.

1 La complexité de la souffrance, vue à travers ses définitions

La réflexion sur la souffrance dans la vie est au centre des courants philosophiques de l'antiquité à nos jours. Les philosophes s'accordent généralement pour définir la souffrance comme étant une expérience subjective universelle, inhérente à la condition humaine (Cyrułnik, 2006; Henry, 2004; Lévinas, 1994; Longneau, 2007). Il s'agit d'un état passif de l'âme qui se manifeste lorsque les capacités à vivre l'insupportable sont dépassées (Lévinas, 1994). Par contre, les psychologues considèrent la souffrance comme une expression diffuse et prolongée d'un mal-être, induisant un déséquilibre psychologique et fragilisant la santé mentale (Ehrenberg, 2004; Lazarus & Strohl, 1995). En fait, la souffrance s'observe lorsque les mécanismes d'adaptation et les systèmes de défense des personnes vulnérables sont débordés (Fassin, 2002; Vinot, 2005). De leur côté, les médecins affirment que la souffrance signe des troubles psychologiques, comme la douleur alerte sur les troubles musculosquelettiques (Laurent, Navez, & Nuti, 2006; Marchand, Li, & Charest, 1995; Navez, Laurent, Peyron, & Queneau, 2000).

En psychologie du travail, la souffrance est dite issue d'une perception négative de la réalisation du travail qui s'exprime sous forme d'un sentiment de désarroi, ayant un

impact sur la performance et le rendement au travail (Davezies, 2011; Lévy-Leboyer, Lonche, Huteau, & Rolland, 2003). Plus largement en santé au travail, la souffrance est reconnue à travers toute une série de symptômes, qui mettent en évidence un état mental vécu subjectivement (Vézina, 2008), principalement avec un sentiment de honte de trahir ses propres valeurs (Vézina & St Arnaud, 2011). La psychodynamique du travail, seule discipline centrée sur la souffrance au travail, définit la souffrance comme étant une expérience subjective vécue collectivement et inhérente aux conditions difficiles du travail (Alderson, 2004a; Dejours, 1980a; Rhéaume, 2001; Safy-Godineau, 2013). Elle donne la parole donnée aux personnes, qui dénoncent les déterminants organisationnels à l'origine de cette expérience de souffrance. Quant à l'ergonomie, centrée sur l'activité du travail en prévention des troubles de la santé des personnes, les interventions habituelles (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, & Kerguelen, 1997; St-Vincent et al., 2011) visent indirectement la souffrance au travail, qui signe les troubles psychologiques et les maladies mentales.

Au cours d'une maîtrise en kinanthropologie (ergonomie et kinésiologie) documentant les difficultés des soignants à rester au travail avec de la douleur et du stress (Lacharme, 2010), une exploration préliminaire de la souffrance a été réalisée pour introduire cette étude doctorale. La définition de la souffrance y a été construite avec les participants, en s'appuyant sur celle de la douleur reconnue par l'OMS (IASP, 1979, 1982) : la souffrance est vécue par les soignants comme « une expérience émotionnelle et comportementale pénible, résultant d'un déséquilibre psychologique réel

ou potentiel, ou décrit comme tel ». Le projet doctoral étant réalisé dans le même milieu, cette définition a été retenue pour approfondir le phénomène de la souffrance des soignants. Elle semblait d'emblée porteuse de sens pour les participants et être acceptée comme référence de base aux données recueillies dans cette étude doctorale sur la souffrance au travail.

2 La complexité du phénomène de la souffrance, vue à travers la recherche

Dans notre monde moderne, la compréhension d'un phénomène de santé repose habituellement sur des études physiologiques. Alors que la physiologie de la douleur est bien connue (Laurent et al., 2006; Loeser, 1980; Marchand et al., 1995; Melzack & Wall, 1965), celle de la souffrance est inconnue car étudiée seulement à partir des marqueurs biologiques du stress (Juster, Perna, Marin, Sindi, & Lupien, 2012; Lupien & Marin, 2007; Selye, 1956). Par conséquent, les institutions en Amérique du Nord et le monde du travail au Québec ont tendance à ignorer le phénomène de la souffrance dans son ensemble, bien qu'il puisse toucher toutes les sphères de la vie.

Ce manque de connaissances du processus physiologique de la souffrance limite le champ des études du phénomène. Les psychologues du travail approchent la souffrance à travers ses composantes, telles que le stress au travail (Brun et al., 2003; Dolan & Arsenault, 1980, 2009; Lorient, 2006), l'épuisement professionnel (Canoui, 1996; Delbrouck & Frenette, 2008; Lee & Ashforth, 1996; Maslach & Jackson, 1981; Phaneuf, 2007) ou le harcèlement psychologique (Côté & St Pierre, 2010; Hirigoyen,

1998, 2001), voire la dépression professionnelle (Willard, 2013). La psychodynamique du travail s'intéresse aux déterminants organisationnels de la souffrance au travail et aux stratégies défensives utilisées pour y faire face (Dejours, 1980a, 1995a). En effet, la souffrance au travail « ne pourra être endiguée, tant et aussi longtemps que les facteurs qui en sont à l'origine ne seront pas déterminés, reconnus et corrigés » (Morin & Gagné, 2006, p. 8). Dans une époque de changement du travail, ces approches partielles du phénomène de la souffrance semblent insuffisantes pour favoriser le *rester au travail en santé*, faute de comprendre le processus du global aux détails.

L'approche ergonomique semble mieux appropriée à l'analyse d'un phénomène complexe de santé au travail, car systémique et centrée sur l'activité de travail. En effet, elle tient compte des exigences de la tâche et des caractéristiques des personnes, de l'environnement social et des conditions et moyens de travail offerts par le milieu, à risque de troubles de la santé au travail (St Vincent et al., 2011). Elle propose de réaliser des interventions dans les milieux de travail, en mobilisant et en responsabilisant les partenaires sur la santé des travailleurs, en les engageant vers une transformation nécessaire du travail, notamment en prévention des troubles psychologiques. De plus, cette approche de la souffrance au travail s'est inscrite dans une démarche participative, visant à dégager des solutions dans une dynamique de changements des conditions de travail, favorables au *rester en santé au travail*.

3 Le contexte québécois dans le secteur de la santé : pénurie financière et humaine à risque de troubles de la santé mentale

Dans les milieux de la santé au Québec, des réformes mises en place dans les deux dernières décennies par le gouvernement ont modifié les conditions de travail des soignants et mis en place des changements majeurs à risque de souffrance au travail. La première forme demandait la restructuration administrative du réseau québécois de la santé appelée « virage ambulatoire » (1995), présentée comme une humanisation des soins. Il s'agissait de réorganiser les services à domicile et d'encadrer la diminution des temps d'hospitalisation (Ducharme, Pérodeau, & Trudeau, 2000), de fermer des lits d'hospitalisation et d'accompagner une mise à la retraite massive des infirmières (Pérodeau & Côté, 2002). La seconde réforme appelée loi 25 (2003) prescrivait la fusion des CLSC, CHSLD et CH en une seule instance, appelée centre de santé et des services sociaux (CSSS). Il s'agissait de privilégier la qualité des services aux clients, en concentrant les ressources humaines et technologiques. Elle modifiait aussi par la loi 90 le code des professions, définissant les actes réservés et ceux partagés entre les soignants selon leur formation et leurs compétences et donnant plus de pouvoir décisionnel aux infirmières (Alderson, Morin, St-Jean, & Ouellet, 2005). En fait, l'organisation du travail dans les CHSLD abandonnait la modalité de soins intégraux et se tournait vers une approche modulaire des soins, où les responsabilités étaient partagées et les talents optimisés, pour répondre à un besoin de rentabilité des soins (Alderson et al., 2005). Dans l'immédiat, cette nouvelle structure organisationnelle semblait pour les uns favorables à la santé des soignants, au taux d'absentéisme et à la productivité (Kuper &

Marmot, 2003). Toutefois, le risque d'une ségrégation entre les institutions et d'une déshumanisation de la prestation des soins était également avancé (Benady, 2003).

Dans un contexte régional québécois du secteur de la santé, les conséquences de ces décisions politiques a été documenté au cours d'une maîtrise en kinanthropologie, qui étudiait les difficultés des soignants à rester au travail dans les CHSLD (Lacharme, 2010). Selon les acteurs du milieu, la nouvelle structure de l'organisation du travail a été rapidement confrontée à une pénurie financière et humaine, réduisant les effectifs et limitant l'embauche de personnel. Au contexte social de vieillissement de la population en perte d'autonomie s'est ajouté un contexte de pénurie financière et humaine qui dure depuis deux décennies. En introduction à ce projet doctoral, cette situation a été dénoncée par les représentants syndicaux qui accusaient le manque de personnel soignant d'aggraver les conditions de travail et par les gestionnaires en ressources humaines qui constataient un absentéisme croissant chez les soignants.

4 Le contexte de travail en Abitibi-Témiscamingue : région dite éloigné et de colonisation récente habituée à la souffrance

L'Abitibi-Témiscamingue est une région de colonisation récente (moins de cent ans), où plusieurs générations ont dû « travailler dur, pour gagner son ciel et sa pitance » selon les historiens locaux, même avec de la douleur (physique) et de la souffrance (psychologique). En effet, les garçons allaient travailler à la mine ou dans le bois le plus tôt possible et les filles devaient s'occuper de leurs nombreux frères et sœurs, avant de fonder une famille. Des sociologues mettaient en évidence le peu de tolérance envers

ceux qui se laissaient aller à la passivité, la valeur de l'autonomie au travail était prioritaire, bien que tempérée par la nécessité de trouver sa juste place (Corin et al., 1990). De plus, les valeurs de sociabilité et de soutien aidaient à remobiliser le potentiel d'autonomie et à éviter la prise en charge collective (Corin et al., 1990).

L'Abitibi-Témiscamingue est une région éloignée des grands centres urbains, où il a fallu « travailler dur pour survivre en autarcie ». La force de caractère, dite nécessaire pour résister à l'adversité et faire face aux événements traumatisants, était à risque de comportements excessifs et de troubles psychologiques, voire de maladies mentales. Ce témoignage des premières gardes en Abitibi-Témiscamingue, reconnues comme des pionnières en santé, a été confirmé par une étude sociologique s'appuyant sur des statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Corin et al., 1990). En effet, les comportements excessifs faits principalement de violence physique et psychologique étaient la norme, tacite et silencieuse, porteuse de souffrances. La violence y était vue comme un dérapage de l'affirmation de soi, avec un repli sur la sphère domestique (violence familiale), ou comme une provocation pour s'affirmer en public (violence au travail), avec extériorisation des affects (Corin et al., 1990). Elle résultait soit d'une absence de contrôle et de compréhension des émotions; soit de comportements déviants perçus comme la seule manière de s'insérer dans le milieu; soit de stratégies défensives face aux conditions de vie difficile et à la dépendance forcée aux employeurs (Corin et al., 1990). Par les données statistiques des dernières décennies, nous savons que l'hospitalisation en lits psychiatriques touchent deux fois plus de

personnes dans cette région que dans le reste du Québec, surtout les plus de 65 ans (Corin, Bibeau, Martin, & Laplante, 1990). De plus, la prévalence des idées suicidaires en Abitibi-Témiscamingue (5,1 %) est significativement supérieure à celle sur l'ensemble du Québec (3,9 %) et touchent en priorité des personnes isolées ou soumises à des événements très stressants, quel que soit leur âge (Corin et al., 1990). La mesure de détresse psychologique est également très élevée dans cette région, 17,5 % des hommes et 29 % des femmes, de par une insertion professionnelle plus difficile des travailleuses (Corin et al., 1990).

La sécurité de l'emploi en Abitibi-Témiscamingue dépend des aléas de l'économie et des marchés, touchant régulièrement le secteur primaire. Dans ce contexte, ceux qui sont vulnérables psychiquement ont tendance à se laisser aller au découragement et à l'isolement, à s'introvertir et à taire leurs émotions, à risque de dépression et de suicide (Corin et al., 1990). Ils sont souvent vus par les autres comme des marginaux ou des profiteurs du système, rejetés et exclus, révélant la limite du soutien, de la solidarité et de la coopération, prévalant au temps de la colonisation (Corin et al., 1990). Par contre, les changements récents des conditions de travail apportées par les réformes successives dans le secteur de la santé ont amené de nombreux soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue à réagir. Cet état de crise s'est traduit par des grèves ou des démissions en chaîne, par une augmentation des arrêts de travail (Lacharme, 2010) et même des suicides liés au travail (INRS, 2007; Bellot, 2015). Car dans cette région, les uns ont tendance à rejeter sur les individus la responsabilité de ce qui leur arrive et les autres à

ne pas s'interroger sur les causes de leur souffrance au travail, à risque de comportements déviants et extrêmes (Corin et al., 1990).

5 L'urgence d'intervenir sur la souffrance des soignants en Abitibi-Témiscamingue, face à un absentéisme croissant et au présentéisme naissant

Selon les partenaires des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue rencontrés au début de ce projet doctoral, l'urgence d'intervenir repose sur l'absentéisme croissant pour troubles psychologiques, voire maladies mentales. Toutefois, la prévalence de cet absentéisme, comme celle du présentéisme naissant, était non identifiable dans les statistiques nationales et régionales.

Le problème d'absentéisme au travail des soignants en CHSLD, par essoufflement professionnel (souffrance), a été mentionné dans un Rapport de consultation sur les besoins dans les services aux personnes âgées (Ouellet, 1999). Les arrêts de travail pour troubles musculosquelettiques sont facilement reconnus, la douleur étant objectivable par des tests scientifiques et des connaissances physiologiques, et dérange concrètement les activités de travail (Kuorinka et al., 1994). Par contre, les arrêts de travail pour troubles psychologiques sont jugés inacceptables dans un contexte de pénurie humaine et engendrent souvent du mépris, qui aggrave la situation des individus en souffrance (Davezies, 2011). Alors, il est plus facile de déclarer des troubles musculo-squelettiques tels qu'un mal de dos que le fait d'en « avoir plein le dos » (Lacharme, 2010), surtout que la douleur chronique amène systématiquement de la souffrance et que sa perception

physique se mêle donc à un ressenti psychologique (Loeser, 1980; Marchand et al., 1995).

Le cadre des arrêts de travail est régi par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de la Société Américaine de Psychiatrie (APA, 2013), qui répertorie leurs symptômes et oriente la prise en charge des personnes atteintes. Cet outil de reconnaissance légale est régulièrement dénoncé par des médecins, des psychiatres et des psychologues (Lupien et al., 2013; Sponar, 2012; van Rilhaer, 2014; Willard, 2012) : diagnostics insuffisants ou inappropriés, prise en charge absente ou inadéquate. Dans cette confusion diagnostique, il semble urgent d'intervenir en santé mentale en vulgarisant ces troubles dans la société et en les reconnaissant légalement dans les institutions, en ajustant les diagnostics aux symptômes des travailleurs. Alors la subjectivité de la souffrance au travail pourrait être prise en compte et traitée individuellement et collectivement, afin de prévenir le développement des troubles psychologiques liés au travail et limiter l'absentéisme, voire le présentéisme.

Depuis quelques années, le présentéisme est dit engendrer des coûts supérieurs à ceux générés par l'absentéisme (Naus, Iterson, & Roe, 2007) et couvrir un nombre de jours supérieurs à ceux de l'absentéisme (Biron, Brun, & Ivers, 2006; Brun, Biron, & St-Hilaire, 2009). Le présentéisme est une « énigme de la présence » (Rousseau, 2010) défini par la présence physique au travail de personnes malades ou épuisés, rendus inefficaces et peu productives (Naus et al., 2007). Il provient en partie de la non-

acceptation sociale et institutionnelle des troubles mentaux, empêchant les travailleurs de s'absenter sans être jugés négativement (Sabourin, 2013). Pourtant, les conséquences du présentéisme sur la santé des travailleurs, sur l'environnement psychosocial et sur l'activité de travail pourrait être pire que celui de l'absentéisme (Biron et al., 2006).

En introduction à ce projet doctoral, les gestionnaires en ressources humaines des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue ont signalé avoir observé un absentéisme croissant depuis une quinzaine d'années et l'existence d'un présentéisme plus récemment. Le taux d'absentéisme les préoccupe particulièrement, en termes de coût et en lien avec le roulement et le manque de qualité du travail. Par contre, cette notion de présentéisme est généralement niée par les représentants syndicaux, qui insistent plutôt sur la fréquence des suicides en région, particulièrement ceux des soignants. Il semble donc urgent d'intervenir pour transformer la situation de travail présente en aidant les CHSLD à poser des actions soutenant le *rester au travail en santé* des soignants.

Dans les statistiques internes des CSSS régionaux, l'absentéisme est chiffré par des méthodes variées et non comparables, une question de catégorisations (accident/maladie, maternité/études, enfants malades/convenances personnelles) et de durée d'absence comptée à partir du premier ou du troisième jour. Bien qu'un effort de standardisation ait été tenté en 2009 en adoptant un même logiciel, il reste impossible de distinguer les arrêts de travail pour troubles psychologiques de ceux pour troubles musculosquelettiques. De plus, les diagnostics ayant conduit aux arrêts de travail sont

absents des statistiques internes, par respect pour le secret médical et des règles éthiques en santé.

Objectifs de l'étude

L'objectif général est d'améliorer le modèle contextuel de la souffrance au travail, ébauché en étude préliminaire, afin de cibler les points où agir en priorité et de favoriser le *rester au travail en santé* des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

Les objectifs particuliers de cette étude sont de :

- comprendre la nature de la souffrance des soignants, c'est-à-dire les éléments la constituant et les manifestations la caractérisant;
- documenter les déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels de la souffrance au travail;
- décrire et évaluer les stratégies individuelles et collectives développées face à la souffrance au travail.

Revue de la littérature

Cette revue de la littérature couvre différentes perspectives du phénomène de la souffrance, de la philosophie à la psychologie, de la psychodynamique du travail à l'ergonomie, sans consensus sur un concept de la souffrance au travail. En fait, des approches indirectes et partielles de la souffrance au travail ont été réalisées; elles traitent séparément du stress, de l'épuisement professionnel, de la violence ou de la douleur. Ensuite, des approches multidisciplinaires et multidimensionnelles de la santé mentale au travail ont permis d'étudier plusieurs de ces éléments en interaction et de s'intéresser à leurs déterminants organisationnels et psychosociaux. La psychodynamique du travail, seule discipline centrée sur la souffrance au travail, interpelle les employeurs sur les déterminants organisationnels et met en évidence des stratégies défensives contre la souffrance au travail. Quant à l'ergonomie centrée sur la personne en activité de travail, elle intervient non seulement en prévention des troubles de la santé mentale (indirectement de la souffrance au travail), mais aussi en dégageant les marges de manoeuvre nécessaires face aux déterminants organisationnels et psychosociaux. Cette approche systémique du travail a orientée l'ensemble de l'étude du phénomène de la souffrance des soignants de CHSLD : préliminaire en maîtrise et approfondissement en doctorat.

1 Approches philosophique et sociologique de la souffrance humaine

À son origine, la philosophie s'est démarquée de la théologie en rejetant la croyance que la souffrance doit être endurée pour assurer à une personne son salut. Elle s'est intéressée d'emblée à la nature humaine et soutenait une morale universelle, affirmant

que la souffrance est inhérente à la condition humaine (Platon, 380 av. JC, réédition 2002). En effet, Platon pensait, à la suite de son maître Socrate, que la souffrance est la condition et la conséquence du désir. Généralement, les écoles philosophiques de l'antiquité considéraient que les passions, faites de « désirs désordonnés et de craintes exagérées » sont la principale cause de la souffrance (Hadot, 2002, p. 23). Elles proposaient une quête du bonheur par l'introspection : exercices spirituels des stoïciens ou concentration sur le plaisir d'être par la satisfaction des besoins chez les épicuriens (Hadot, 2002).

Héritée de l'antiquité, cette pensée philosophique « entre plaisir et souffrance » a évolué avec le courant philosophique positiviste, développé par Comte. En effet, le positivisme considérait que seul l'analyse et la connaissance des faits vérifiés par l'expérience pouvait expliquer les phénomènes (Mill, 1898). En rejetant l'introspection des anciens en quête de bonheur et en cherchant à comprendre la société pour l'aider à mieux vivre, Comte réfléchit à une organisation rationnelle et scientifique de la vie (Mill, 1898). Il enseigna à la Sorbonne où il expliqua le monde par la science, en accordant de l'importance aux faits et aux vérifications des connaissances par l'expérience. Il encouragea ses étudiants à la recherche des lois effectives de la nature humaine prédisposant au bien-être, par l'usage du raisonnement et de l'observation. Père de la sociologie, Comte s'efforça d'alimenter le bonheur des gens par des images pour contrer la souffrance et aussi d'influencer l'idée que l'on se faisait à l'époque de la santé, en proposant une thèse sur « la normalité en santé » (Mill, 1898).

La philosophie moderne réfléchit plutôt à l'éthique de la souffrance et au phénomène subjectif de la souffrance. Généralement, la souffrance y est vue comme un état qui condamne à une passivité extrême, par perte de la puissance d'agir et de la capacité à dire (Blanchot, 1973). L'excès de souffrance fait perdre aussi le sens de la vie, par impuissance à y faire face (Blanchot, 1984, 1992). Par conséquent, une fatalité naturelle de la souffrance est reconnue à cet état d'âme, provenant de l'insatisfaction des désirs et de l'incapacité à vivre l'insupportable (Lévinas, 1994). De plus, le manque de sens attribué à la souffrance rend passif, de par l'épuisement des ressources personnelles, l'atteinte d'un niveau de saturation et même le dépassement des limites du supportable (Lévinas, 1994).

En fait, la souffrance est vécue comme une expérience subjective dans l'instant et la durée, réduisant la personne à « être souffrance » jusqu'au désespoir, parce que seule à la porter et à l'endurer (Longneau, 2007). La souffrance brise le sens de la vie de la personne et l'expose à l'insoutenable, à force de vouloir la combattre jusqu'à l'épuisement (Longneau, 2007). Alors, le risque est de lui faire perdre son âme, faute de contrôle de soi et de capacité à développer ses ressources (Longneau, 2007).

2 Approches psychanalytique et psychologique de la santé mentale

Issues des anciens, deux avenues sont proposées au 20^e siècle à l'individu en quête de bonheur. L'une psychanalytique soutient les plaisirs de la vie et l'autre psychologique préconise l'adaptation à la souffrance. En d'autres mots, soit l'individu

fait le choix du bonheur en orientant sa vie selon ses désirs et ses aspirations, soit il s'ajuste aux aléas de la vie en rapprochant ses désirs de ses moyens et en acceptant la souffrance dans une dynamique de changements.

Ces deux avenues cherchent à maintenir le bien-être en santé mentale, par la satisfaction des désirs ou des besoins, par la théorie de *la conservation des ressources humaines*. La psychologie est la première discipline qui s'est intéressée à la santé mentale dans le monde du travail, pour comprendre le mal-être psychique des travailleurs en quête de bonheur, par une approche scientifique. Elle explore les troubles psychologiques, à travers le stress et l'épuisement professionnel et plus récemment la douleur chronique et la violence. De même dans les études en santé au travail et dans les enquêtes en santé publique, l'approche de la maladie mentale est souvent centrée sur celle du stress, voire de la détresse et de la dépression, sans perspective globale des éléments constituant la souffrance qui signe tous les troubles de la santé mentale.

2.1 La santé mentale maintenue par la satisfaction des désirs ou des besoins, la conservation des ressources

À l'origine de l'approche psychanalytique de la santé mentale, le neurologue autrichien Freud étudia le psychisme et le mécanisme de l'inconscient chez les individus ayant des troubles de l'humeur, à risque de dépression (Freud, 1915, 1968). Il proposa une « théorie des pulsions » qui décrit le principe de plaisir et de déplaisir (Freud, 1920, 1968). Au même moment, une psychologie dite positive commença à se définir en tant qu'approche scientifique du fonctionnement humain, c'est à dire des conditions et

des processus qui contribuent au bien-être : relation d'empathie favorable à une approche centrée sur la personne en voie de changements (Thorne, 1994), motivation et satisfaction des besoins (Maslow, 1943) en s'appuyant sur les ressources de la personne (Hobfoll, 1989).

En psychologie, « la théorie de la motivation » de l'américain Maslow s'appuya sur la satisfaction des besoins (Maslow, 1943), pour garantir la qualité de la vie. Un modèle connu sous le nom de pyramide de Maslow proposa un ordre hiérarchique de besoins à satisfaire : fondamentaux (manger, dormir, respirer) et de sécurité (paix, argent) à satisfaire, d'appartenance (relation d'équipe, avec des amis, en amour), d'estime (confiance et respect de soi, reconnaissance et appréciation des autres) et de réalisation de soi selon ses propres valeurs (projets, connaissances et créations). L'importance était accordée à la perception de la situation par l'individu et à ses ressources physiques, sociales et psychologiques, pour s'adapter positivement à son milieu (Maslow, 1968).

De nombreux travaux scientifiques se sont inspirés de cette théorie de la motivation reposant sur le modèle des besoins à satisfaire, pour étudier la performance et la qualité de la vie au travail. Par exemple, un psychologue américain s'appuya sur la psychologie du deuil et sur la théorie de la motivation, pour comprendre les réactions psycho-émotionnelle de l'individu face à une perte (Hobfoll, 1989). Il décrit l'élaboration psychique nécessaire pour s'adapter aux changements et modélisa les comportements émotionnels face au stress, en tenant compte du rôle de l'identité, de la représentation de

soi et des habitudes de vie reconnues dans le processus de deuil. Sa théorie de « la conservation des ressources » supposa que les individus s'efforcent de conserver, de protéger et de construire leurs ressources et qu'ils se sentent menacés lors de la perte potentielle ou réelle de ces ressources (Hobfoll, 1989). Son échelle d'évaluation des ressources permet de prédire que la perte de ressources induit des troubles de la santé mentale. Notamment, il expliqua que la lutte contre le stress demande plus de ressources personnelles (optimisme, dynamisme) que de ressources matérielles (Hobfoll, 1989; Hobfoll & Freedy, 1993).

2.2 Le stress participe à la souffrance

En psychologie, le stress est le principal élément étudié en prévention des troubles de la santé mentale au travail. C'est en s'appuyant sur la physiologie du stress, que des modèles et des questionnaires ont été élaborés pour documenter le processus du stress, des facteurs déterminant aux stratégies d'adaptation et de gestion du stress, aux stratégies dissociatives en cas de stress intense et même au présentisme et à la dépression professionnelle en cas de stress chronique.

2.2.1 Concept de stress et syndrome général d'adaptation. En précurseur, le physiologiste américain Cannon démontra que la conservation des espèces dépendait de leurs réactions face au danger (Cannon, 1939). Il observa des comportements de lutte ou de fuite en situation d'urgence, variables selon l'apprentissage et l'environnement. Dès 1936, l'endocrinologue Selye commença à étudier au Québec les modifications de

l'organisme (Selye, 1936) dans les situations dites menaçantes pour son intégrité (Selye 1950), l'amenant à élaborer un « concept de stress » (Selye, 1956). Il supposait que l'organisme peut répondre d'une manière non spécifique à des stimuli sensitifs ou sensoriels, afin de maintenir son équilibre interne et de s'adapter aux contraintes de l'environnement (Selye, 1974). Il décrit un « syndrome général d'adaptation » où le stress est décrit comme un réflexe de protection de l'organisme humain, se déroulant à travers un processus neurophysiologique en trois phases. La phase d'alarme survient en réaction à un agent menaçant qui génère des émotions primaires (peur, colère) et induit des comportements de lutte et de fuite. La phase de résistance ou d'adaptation résulte de compensations et de recherche de moyens de défense. La phase d'épuisement de l'organisme ou de rétablissement s'avère être l'aboutissement du processus de stress, variable selon l'efficacité des ressources individuelles. Le modèle de stress de Selye tenait compte des facteurs déterminants du stress, tels que les conditions de la vie et les caractéristiques individuelles, les perceptions qu'a l'individu de son environnement et son évaluation de la situation à risque de le perturber (Selye, 1976).

Ces mécanismes physiologiques du stress interpellèrent aussi des chercheurs européens. Le neurobiologiste français Laborit étudia les réactions bio-comportementales à la phase d'alarme du processus de stress, c'est-à-dire les comportements réflexes de lutte et de fuite, commandés par la peur. Il fit l'éloge de la fuite (Laborit, 1976) et décrit un troisième comportement issu de « l'inhibition de l'action » chez des individus sidérés (immobilisme) et pouvant induire des pathologies

graves (Laborit, 1980). Il affirma que l'épuisement de l'organisme était inévitable dans la dernière phase du processus de stress chez des individus isolés ou soumis à des stimuli répétés ou excessifs (Laborit, 1987). Plus récemment, le médecin belge Fradin s'intéressa aux réactions neurocomportementales de la phase d'alarme du syndrome de stress, en reliant les comportements de lutte à l'agressivité, de fuite à l'anxiété, de sidération à la tristesse et l'état de stress chronique à la souffrance (Fradin, 1990, 2009).

2.2.2 Modèles de stress au travail et questionnaires sur les déterminants du stress. En s'appuyant sur la théorie du stress et celle de la conservation des ressources, des psychologues américains cherchèrent à prédire les réactions des personnes en situation de stress, par une approche cognitive tenant compte de leur perception. Ils définirent le stress comme résultant d'un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes imposées par son environnement et la perception qu'elle a de ses ressources pour y répondre (Lazarus & Folkman, 1981). En prévention de l'absentéisme et de la baisse de productivité, ils proposèrent un modèle où les déterminants du stress dépendaient des conditions de travail, des facteurs environnementaux et aussi des caractéristiques individuelles telles que le type de personnalité et les différences individuelles et comportementales (Lazarus & Folkman, 1984). Par ce modèle, ils évaluaient les stratégies d'adaptation aux changements et aux imprévus, selon les ressources personnelles utilisées face au stress : confrontation, distanciation, évitement, soutien social ... (Lazarus & Folkman, 1984).

En s'inspirant de ce modèle de stress (Lazarus & Folkman, 1984) et de l'échelle d'évaluation des ressources (Hobfoll, 1989), le sociologue québécois Chanlat décrit les indicateurs individuels de stress (symptômes, manifestations) et les caractéristiques des individus (personnalité, modes de réactions face au stress, profil sociodémographique), c'est-à-dire les ressources personnelles pouvant réduire l'impact du stress sur la santé mentale (Chanlat, 1990). Il s'intéressa aux exigences du milieu de travail en déterminant les facteurs organisationnels qui sont à l'origine de l'expérience subjective du stress vécue collectivement (Chanlat, 1990). Il démontra que ces modes individuels de réactions face au stress sont en fait des modérateurs dans le processus du stress (Chanlat, 1990).

Au même moment, le socio-psychologue américain Karasek (1979) proposa un autre modèle sur le stress au travail, faisant intervenir des facteurs environnementaux précurseur du stress, c'est-à-dire à l'origine de tensions au travail. En effet, le stress au travail peut être généré dans certains métiers par des demandes élevées (exigences de travail) et un manque de latitudes décisionnelles (autonomie), non compensées par un soutien des collègues et des supérieurs (Karasek & Théorell, 1990). Ce modèle appliqué d'abord dans l'industrie américaine utilise le « Job Content Questionnaire » (JCQ) documentant les trois facteurs de stress considérés et a été présenté en plusieurs versions validées par l'auteur (Karasek et al., 1998; Karasek & Théorell, 1990). La demande psychologique y est liée à la quantité de travail, aux exigences intellectuelles et aux contraintes de temps. La latitude décisionnelle y signifie à la fois l'utilisation et le

développement des compétences, le contrôle sur le travail impliquant autonomie dans le travail et participation aux décisions. En fait, la tension au travail provient d'une demande psychologique élevée qui s'accompagne d'une faible latitude décisionnelle et pourrait être évitée par le soutien social des collègues et des supérieurs, en prévention du stress et des troubles musculo-squelettiques (Karasek et al., 1998).

Quant au sociologue allemand Siegrist, il soutenait plutôt que le stress résultait d'un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses reçues (Siegrist, 1996). Par récompenses, il entendait l'estime et le respect, le statut professionnel et la sécurité d'emploi, le salaire et la promotion. Il proposa un modèle de stress au travail où les efforts intrinsèques dépendent de la personnalité et les efforts extrinsèques des exigences psychologiques du travail. En fait, il soutenait que c'est en misant sur la reconnaissance au travail que la prévention du stress est possible (Siegrist, 2001). Le questionnaire de Siegrist *Effort Reward Imbalance* (ERI, Siegrist, 1996) qui documente les efforts et les récompenses est utilisé régulièrement en Europe, en deux versions validées (Niedhammer & Siegrist, 1998; Niedhammer, Siegrist, Landre, Goldberg, & Leclerc, 2000).

À l'occasion, Siegrist et Karasek défendent leur vision différente du stress au travail, l'un privilégiant la reconnaissance et l'autre le soutien social pour y remédier. Néanmoins, toutes les interventions sur les risques psychosociaux en santé mentale au travail semblent déconnectées de la réalité vécue par les personnes à leur poste de

travail, donc incapables de gérer le stress au travail et de régler la problématique de la souffrance vécue au travail (Sarnin, Bobillier-Chaumon, Cuvillier, & Grosjean, 2012).

2.2.3 Questionnaires sur la gestion du stress et sur la mesure du stress au travail. Le besoin d'évaluer les modes de gestion du stress en contexte de travail, a amené des psychologues américains à élaborer un questionnaire appelé *Ways of Coping Checklist* (WC, Lazarus & Folkman, 1981, 1984), puis une version plus courte (WC-R; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Bêcher, 1985). Ce questionnaire traite des efforts cognitifs et comportementaux considérés nécessaires, pour faire face aux demandes du travail dépassant les ressources personnelles. En d'autres mots, il s'agit d'évaluer l'habileté des individus à composer avec le stress au travail, selon trois stratégies distinctes et cumulatives. Les stratégies centrées sur le problème consistent à rester vigilant et à œuvrer pour réduire la source du stress par l'analyse. Les stratégies centrées sur les émotions servent à éviter la détresse psychologique, en reconnaissant l'existence des émotions qui limite le champ d'actions sur les causes du stress. Les stratégies centrées sur le soutien permettent d'obtenir écoute, aide ou informations nécessaires à la gestion collective du stress.

L'adaptation française du questionnaire WC-R a été validée par une équipe de psychologues du travail, qui ont étudié les facteurs psychosociaux à l'origine du stress et leurs répercussions sur la qualité de vie et la détresse psychologique (Bruchon-Schweitzer et al., 1997; Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier &

Rasclé, 1996, Cousson-Gélie, Raherisson, Bruchon-Schweitzer & Taytard, 1999; Cousson-Gélie, Taytard & Quintard, 1998; Quintard, Bruchon-Schweitzer & Cousson-Gélie, 1996). Elle a été utilisée dans de nombreuses études sur le stress au travail, recensées par un psychologue et un médecin québécois (Dolan & Arsenault, 2009). Ces auteurs indiquent que généralement, les stratégies les plus efficaces sont celles centrées sur le problème. Par exemple l'une de ces études, réalisées avec des soignants en oncologie (574 participants) au sujet des déterminants de leur santé mentale au travail, mettait en évidence la relation entre les caractéristiques individuelles et les facteurs organisationnels et psychosociaux, ainsi que les modes de gestion du stress (Pronost et al., 2008). En fait, elle montrait que l'absence de stratégies centrées sur le soutien influence négativement la qualité de vie au travail et en déduisait que les stratégies les plus utiles en gestion du stress sont celles centrées sur le soutien, puis celles centrées sur le problème.

Le besoin d'évaluer la perception individuelle du stress (Borg, 1970) a amené des psychologues québécois à élaborer une mesure de stress psychologique au travail (MSP, Lemyre & Tessier, 1988). La particularité de cette mesure est de miser sur la subjectivité de la personne vivant du stress, indépendamment des déterminants et des manifestations pathologiques du stress. Par conséquent, cette mesure représente la conception que la personne se fait de son stress, en tant qu'indicateur de la tension adaptative décrite par Selye. Elle se décline en plusieurs versions, dont les qualités psychométriques de fidélité, de stabilité temporelle et de consistance interne ont démontré la validité (Fillion,

Tessier, Tawadros, & Mouton, 1989; Lemyre, Tessier, & Fillion, 1990). En prévention des troubles de santé au travail, cette équipe de chercheurs utilise un modèle de stress centré sur l'état de stress et ses déterminants et dans lequel l'environnement psychosocial est une variable médiatrice. Dans ce modèle, le MSP évalue la perception du stress avant et après l'application de stratégies de gestion du stress, afin d'en évaluer l'efficacité (Lemyre et al., 1990). Une version courte du MSP (Lemyre & Tessier, 2003) a été réalisée à la demande des médecins et des Agences de la santé et des services sociaux au Québec, pour évaluer la perception du stress au travail.

En psychologie du travail, des chercheurs européens utilisent aussi cette mesure de stress au travail. Par exemple, le MSP est appliqué à une étude sur le maintien de la qualité de vie et du bien-être au travail dans un contexte de changement des organisations (Delobbe, Karnas, & Vanderberghe, 2002) et à une étude sur les risques psychosociaux demandant la gestion organisationnelle du stress au travail (Hansez & De Keyser, 2002, 2003). Plus récemment, une analyse critique de l'application du MSP aux facteurs psychosociaux incluant des facteurs professionnels a été réalisée (Albert, Bellinghausen, Collange, & Soula, 2010) et une validation des qualités psychométriques du MSP renouvelée (Lesage, Berjot, Amoura, Descamps, & Grebot, 2012) a été faite. Dans le milieu de la santé au Québec, cette mesure de stress au travail a été utilisée pour comparer le niveau de stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs, selon leur milieu de pratique (Fillion, Desbiens, Truchon, Dallaire, & Roch, 2011) et pour comprendre les effets de l'amélioration des services et des soins en fin de vie sur la

satisfaction des infirmières au travail et sur leur bien-être, selon le stress perçu (Fillion et al., 2013).

2.2.4 Échelles de réactions physiques et émotionnelles et questionnaire sur les expériences dissociatives, suite à un stress intense ou post-traumatique. En s'appuyant sur « le syndrome dissociatif » décrit par Charcot et « le syndrome de stress » découvert par Selye, une réflexion s'est amorcée au sujet des réactions physiques et émotionnelles des personnes en situations stressantes, voire traumatisantes. Des études récentes sur le stress post-traumatique évaluent aussi les expériences dissociatives vécues, suite à un stress intense, dans des professions amenées à faire face à l'urgence.

Dès la fin du 19^e siècle, le neuropsychiatre français Charcot étudia la physiologie et les pathologies du système nerveux. Il décrivit le syndrome dissociatif comme une stratégie de lutte face à des situations insoutenables, une dissociation de l'être touchant la personne dans son intégrité et son identité (Hubschmid, Berney, Aybek, & Vingerhoets, 2008). Il étudia le syndrome dissociatif par l'intermédiaire de l'hypnose et expliqua à ses étudiants de la Sorbonne le processus : fragmentation de la conscience, impression d'être acteur et spectateur à la fois, coexistence de plusieurs identités indépendantes (Hubschmid et al., 2008). Cette dissociation s'avérait être en lien avec des événements stressants, qui étaient provoquée par une peur extrême, à risque de détresse ou de dépression, voire de conduites pathologiques (Hubschmid et al., 2008).

Au début des années 90, des chercheurs américains s'appuyèrent sur le syndrome dissociatif et sur le syndrome du stress pour comprendre l'état de stress post-traumatique. Ils étudièrent les souvenirs intrusifs, l'hyper vigilance et l'insensibilité émotionnelle, qui surviennent lorsque les capacités d'adaptation de l'individu ont été débordées (Falsetti, Resnick, Kilpatrick & Freedy, 1994; Kilpatrick, Resnick & Freedy, 1991; Weiss, Marmar, Metzler & Ronfeldt, 1995), en vue de l'élaboration d'un modèle commun. Ils décrivirent l'atteinte physiologique des sphères émotionnelles et cognitives des personnes en situation traumatisante, à partir des données recueillies sur des échelles d'évaluation des symptômes émotionnels (EREI : Falsetti et al., 1994; Kilpatrick et al., 1991) et physiques (ERPI : Marmar, Weiss & Meitzler, 1997), utilisées antérieurement dans les milieux de travail à risque de stress post-traumatique.

L'approche du stress post-traumatique par ses symptômes a été ensuite enrichie par la construction d'un questionnaire sur les « expériences dissociatives », apparentées aux stratégies d'évitement (Marchand, Boyer, Nadeau & Martin, 2010; Marmar et al., 1997). Ce questionnaire répertorie diverses manières de se dissocier sur le plan émotionnel face à des événements traumatisants (PDEQ : Marmar et al., 1997, adapté par Martin, Marchand, & Brillion, 1999). Les « expériences dissociatives » sont des stratégies de défense ou d'autoprotection de l'intégrité psychique des personnes devenues vulnérables, suite à des événements récidivants ou des situations traumatisantes (Martin, 2010). Elles permettent à la personne de se couper en partie de ses expériences de stress intense ou post-traumatique (Martin, 2010). Plus précisément,

les individus en état de dissociation émotionnelle semblent capables de réagir d'une façon appropriée à un évènement traumatisant; émotionnelle; alors qu'en état de dépersonnalisation liée à l'épuisement professionnel, ils apparaissent détachés de leurs émotions et incapables de penser pour agir convenablement (Martin, 2010). Néanmoins, certains auteurs considèrent que l'expérience qui consiste à se sentir diminuer ou couper des sensations physiques et des émotions ne s'apparente pas réellement à de la dissociation (Radkovsky, McArdle, Bockting, & Berking, 2014). Alors, les termes « défusion cognitive » ont été proposés pour expliquer les expériences des personnes qui s'éloignent de leurs émotions en prenant du recul par rapport à leurs pensées et à leur réalité (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

2.2.5 Stratégie dissociative face au stress chronique : le présentéisme et la dépression professionnelle ? Au 21^e siècle, la réflexion se poursuit au sujet des effets sur la santé mentale au travail du stress chronique à risque de dépression (Hayes et al., 2001) qui, contribuent à la souffrance au travail (Davezies, 2011). Les termes présentéisme et dépression professionnelle sont apparus et commencent à être définis et intégrés aux études sur le stress.

À partir du constat que la présence n'est pas, à elle seule, garante de la performance au travail, le terme présentéisme a été choisi pour désigner les travailleurs présents physiquement, alors qu'ils devraient être à la maison parce que malades, épuisés ou stressés (Naus et al., 2007). En fait, les travailleurs *en présentéisme* vivent un état de

mal-être, de par une charge de travail dite insurmontable et une perte de sens du travail, avec une piètre qualité de vie au travail et un environnement social quasi inexistant (Biron et al., 2006; Sanderson & Andrews, 2006). Comme ces déterminants du présentéisme semblent les mêmes que ceux du stress au travail, le présentéisme pourrait être une stratégie d'évitement du stress au travail (Biron et al., 2006), en prévention de l'épuisement professionnel (Sanderson & Andrews, 2006).

Le présentéisme est défini au Québec par « corps présent, rendement absent » et pourrait bien cacher une absence émotionnelle et cognitive au travail (Sabourin, 2013). Une revue des études scientifiques sur la perte de productivité présente le présentéisme comme « la face cachée de l'absentéisme » (Saddik, Brock, & Riedel, 2013). Dans une enquête française, le comportement de toute personne malade qui travaille est nommé « surprésentéisme » et le comportement des personnes en surinvestissement au travail, « présentéisme stratégique ». (Monneuse, 2013). En d'autres mots, le présentéisme semble être le comportement des personnes qui n'en font pas assez ou qui en font trop au travail, alors que le « surprésentéisme » correspond au comportement des personnes qui font des heures supplémentaires et sont présents aux moments importants et opportuns (Monneuse, 2013). Ce présentéisme, développé face aux conditions de travail, pourrait être vu comme une stratégie dissociative par le fait qu'elle induit des actions et des comportements individuels, qui coupent la personne du sens collectif (Monneuse, 2013).

À partir du constat que les effets du stress chronique sur les travailleurs perdurent même en intervenant sur les conditions de travail (Davezies, 2011; Gollac & Volkoff, 1996), le risque de dépression professionnelle inquiète un psychiatre français au point d'interpeler la médecine du travail sur son diagnostic nécessaire pour une prise en charge thérapeutique précoce (Willard, 2013). En effet, le repérage des stratégies habituelles de contrôle de la dépression que sont la rumination mentale (par la fatigue et l'anxiété) et l'évitement des conflits (par la frustration et la colère froide) (Hayes et al., 2001) permettrait d'intervenir en prévention de la dépression professionnelle (Willard, 2013). De plus, il insiste sur l'importance d'agir sur l'organisation du travail et la mauvaise ambiance au travail, à l'origine du stress chronique et de la dépression professionnelle (Willard, 2012).

À partir du constat que la physiologie du stress (Lupien & Marin, 2007) s'apparente à celle de la dépression (Sindi et al. 2012), Willard (2012) explique le mécanisme du stress chronique, qui conduit à la dépression professionnelle (trouble de l'humeur) ou à l'épuisement professionnel (trouble d'adaptation). Il met en perspective les risques d'erreurs au travail et le manque de fiabilité des personnes dépressives et malgré tout présentes au travail (présentéisme). Dans le même sens, un psychologue belge dénonce le stress chronique qui conduit d'une part, à l'épuisement affectif et au désengagement du travail et d'autre part, à la dépression professionnelle (van Rillaer, 2013). Il considère que la dépression est non seulement un trouble de l'humeur, mais

aussi un trouble cognitif, souvent mal ou pas diagnostiqué, qui se traduit par des comportements déviants et un risque de suicide (van Rillaer, 2013).

2.2.6 Prévalence du stress au travail, à risque de dépression et d'épuisement professionnel. Les statistiques sur la prévalence du stress au travail varient selon les pays, en fonction de l'approche particulière du phénomène de stress et du choix des outils pour son évaluation.

Selon les études sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois parues en 2002 et 2005 (Statistique Canada, 2010), le nombre de travailleurs considérant leur travail stressant se maintient (42 % et 38 %). L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Institut de la statistique du Québec, 2008) informe que la détresse psychologique touche 27 % de la population québécoise en incapacité de travail en 2002 et 23 % de cette même population en 2005. Elle confirme la stabilité du stress au travail, auto-évalué par 39 % de la population québécoise en 2002 et 38 % en 2005, et la progression de la dépression majeure vécue dans l'année par 6,5 % de cette même population en 2002 et 10 % en 2005. Elle cible les déterminants du stress chez les travailleurs québécois (2002 et 2005) : manque de soutien (47 % et 49 %), faible autorité décisionnelle (48 % et 41 %) surtout chez les femmes, forte demande psychologique (28 % et 27 %), effort physique intense (30 % et 38 %) surtout chez les hommes.

Selon l'enquête Sumer de surveillance médicale des expositions aux risques professionnels en 2005 et 2010 (INRS, 2013a; INRS, 2013b), le nombre de salariés européens estimant être affectés par du stress au travail se maintient (27 % et 22 %). Pourtant, un psychologue français s'alarme face au stress chronique qui conduit de plus en plus de travailleurs en souffrance à l'épuisement professionnel (Loriol, 2003a). Il souligne que le problème du stress au travail, associé à de l'anxiété et à des signes de dépression chez les soignants est deux fois supérieur à celui des autres salariés (Loriol, 2006).

2.3 L'épuisement professionnel participe à la souffrance

Suite aux travaux de Selye sur le stress, l'état d'épuisement est vu comme étant consécutif à des situations de stress chronique. De nos jours, l'épuisement professionnel est classé parmi les troubles d'adaptation de l'individu soumis à des changements (Dolan & Arsenault, 2009). Le syndrome d'épuisement professionnel a été étudié d'emblée chez les soignants, dans le prolongement du stress et de la fatigue, en terme de souffrance.

2.3.1 Le syndrome d'épuisement professionnel à inventorier par des outils. Le psychiatre et psychanalyste américain Freudenberger (1974) fut le premier à définir le « syndrome d'épuisement professionnel » par un état de fatigue émotionnelle, qui rend l'individu incapable de faire face à ses obligations quotidiennes avec énergie et enthousiasme, comme d'habitude. Il expliqua cet état d'épuisement par le dévouement à

une cause ou à une relation, par l'engagement personnel intense demandé par le métier et ne produisant pas le résultat ou la récompense attendue par la personne.

Les psychologues du travail relient l'épuisement professionnel à une exposition prolongée à un stress, qui repose sur des facteurs émotionnels et interpersonnels et sur la conservation des ressources (Hobfoll & Freedy, 1993; Maslach & Jackson, 1981), sur un environnement de travail exigeant et sur des conditions psychosociales imposées par l'organisation du travail (Maslach & Jackson, 1981; Schaufeli, Maslach & Marek, 1996). En fait, ils retiennent que les conditions générales favorisant l'épuisement professionnel sont non seulement la surcharge de travail et le manque d'autonomie décisionnelle, le manque de soutien entre collègues et de la part des supérieurs (comme pour le stress), mais aussi les conflits de rôle et le faible sentiment d'égalité (Maslach & Jackson, 1984; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), voire un manque de réciprocité dans les échanges au travail (Schaufeli, 2001).

L'inventaire de Maslach sur le « burnout » a associé trois conditions particulières menant à l'épuisement professionnel : la fatigue émotionnelle (manque d'énergie et de ressources personnelles), la dépersonnalisation (détachement et d'humanisation dans les relations) et la perte d'accomplissement de soi au travail (méséstime de soi et sentiment d'incompétence) (Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach & Jackson, 1981). Le MBI a été validé avec l'auteure et a été traduit en français (Dion & Tessier, 1994), testé et utilisé dans de nombreuses études. La fatigue émotionnelle y est reliée à

la charge de travail et aux conflits de rôle (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Gray-Toft & Anderson, 1985; Lee & Ashforth, 1996; Maslach et al., 2001), à un manque de reconnaissance, à la sous-utilisation des compétences professionnelles et aux problèmes relationnels (Loriol, 1999). La dépersonnalisation y est considérée comme un mécanisme de défense face aux demandes excessives et aux conflits sociaux (Halbesleben & Demerouti, 2005; Maslach, et al., 2001). Le sentiment d'incompétence professionnelle fait suite aux demandes irréalistes de l'employeur, au manque de ressources aidantes et appropriées, qui empêchent la réalisation de soi au travail (Maslach et al., 2001).

2.3.2 Études sur l'épuisement professionnel des soignants en souffrance. Un psychiatre français tente d'approcher la souffrance des soignants, par l'intermédiaire de l'épuisement professionnel (Canoui, 1996). En faisant équipe avec une psychologue, il a écrit un ouvrage de références (Canoui & Mauranges, 1998) mettant en évidence les facteurs de stress à l'origine de l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation à la souffrance au travail. Ils indiquent que les jeunes soignants apparaissent plus vulnérables à l'épuisement professionnel et à la pénibilité du travail que les plus âgés. Selon ces auteurs, l'épuisement professionnel provient de la pression au travail et de l'ambiance tendue, de l'exposition répétée au stress pendant un à cinq ans, des maux de dos en lien avec la manutention de patients, des relations conflictuelles avec les collègues ou les supérieurs. Quant à la pénibilité psychologique du travail, elle résulte de la confrontation des soignants avec la démence et la mort, avec les difficultés de

communication des patients et leur dépendance. Par conséquent, ils signalent que les soignants éprouvent l'envie de quitter leur travail ou leur métier : absentéisme, changement de travail (Canouï & Mauranges, 1998).

Comme les Canouï et Mauranges, de nombreux chercheurs situent l'épuisement professionnel dans le prolongement du stress et de la fatigue et en termes de souffrance, dont la prévention demande d'agir sur ses déterminants. Par exemple, une méta-analyse sur l'épuisement professionnel relève les facteurs individuels que sont le perfectionnisme excessif, l'introversion, la faible estime de soi et la rigidité cognitive (Lee & Ashfort, 1996). Une étude constate plutôt que les déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel des infirmières en gériatrie se confondent avec les facteurs occupationnels de leur stress, auxquels s'ajoute un manque de soutien (Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier, & Lachance, 1997). Ces facteurs occupationnels de stress ont à l'origine de la détresse psychologique des infirmières et mènent inévitablement à l'épuisement professionnel (Bourbonnais et al., 1999). En effet, les infirmières au Québec semblent particulièrement touchées par l'épuisement professionnel, de par les transformations récentes du réseau de la santé (Pérodeau & Côté, 2002). Plus précisément, les transformations récentes expliquent le déséquilibre entre les ressources individuelles et la demande organisationnelle (Demerouti et al., 2001), à l'origine de l'épuisement professionnel et de la souffrance au travail (Chenier & Renon-Chenier, 2004). En fait, les déterminants organisationnels et psychosociaux de l'épuisement professionnel des soignants proviennent de l'écart entre leur idéal et

leur vécu, de la dualité entre le personnel et le professionnel, de la charge émotionnelle et de la non-reconnaissance sociale au travail (Chartan, 2004). Les déterminants de l'épuisement professionnel reposent aussi sur la forte demande psychologique du métier et sur les exigences organisationnelles (Phaneuf, 2007). Plus précisément, cette demande psychologique amène les soignants à la démotivation et à la perte de sens du travail, au stress et à l'anxiété, aux maux de dos et à la perte d'estime de soi. Ces exigences organisationnelles sont liées à la surcharge de travail, aux horaires irréguliers, à la difficile conciliation travail-famille, au manque de reconnaissance, de soutien et de ressources dans les milieux de travail. Alors en raison de leur souffrance, les soignants sont incapables d'empathie et ont tendance à exprimer de l'agressivité et à alimenter des conflits relationnels (Phaneuf, 2007), c'est-à-dire de la violence au travail.

Un médecin belge préoccupé par la souffrance des soignants au travail, fut à l'initiative d'une collaboration internationale sur l'épuisement professionnel l'amenant à rédiger un ouvrage de références (Delbrouck & Frenette, 2008). Il présente une analyse conceptuelle et étiologique de l'épuisement professionnel des soignants et fait part de réflexions sociologiques, psychanalytiques et éthiques sur le sujet. Il propose aux soignants une auto-évaluation de l'épuisement professionnel, par l'intermédiaire de questionnaires et des pistes concrètes de solutions préventives et palliatives.

Au même moment, une infirmière belge réalise une étude auprès de 625 infirmières ayant un niveau moyen d'épuisement professionnel (Stordeur, 2009). Cet épuisement était composé de fatigue extrême, d'un désintérêt pour autrui et d'un sentiment d'incapacité au travail. À visée quantitative, cette étude exposait les facteurs pouvant prédire l'épuisement professionnel. Les résultats de cette étude ont mis en évidence une corrélation inversée de l'épuisement professionnel avec l'efficacité professionnelle perçue et avec la satisfaction au travail. Les chercheurs expliquèrent que le niveau d'épuisement professionnel est déterminé par la pression au travail interagissant avec le sentiment de contrôle du travail, par des événements stressants répétés et intenses, par un état dépressif et un dégoût du travail. Les répercussions de l'épuisement professionnel sur l'organisation du travail retenue sont la baisse de la performance et de la qualité du travail, l'accroissement de l'absentéisme et du roulement de personnel (Stordeur, 2009).

Plus récemment, une sociologue française a étudié l'épuisement des ressources organisationnelles et personnelles, à l'origine de la souffrance au travail d'un petit échantillon de 28 soignants (Safy-Godineau, 2013). À visée qualitative, cette approche de la souffrance considère que le manque de ressources financières et humaines est à l'origine de l'épuisement professionnel. En effet, les réformes hospitalières ont transformé la vocation initiale des lieux de soins tournés vers l'humanité et la qualité, pour en faire des entreprises jugées sur la performance économique et la production de soins (Safy-Godineau, 2013). La souffrance des soignants est dite provenir d'un

manque d'encadrement de proximité et de régulation de l'activité de soins, de conflits de valeurs qui influence l'efficacité des soignants au travail et altèrent leur santé (Safy-Godineau, 2013).

2.3.3 Épuisement professionnel en statistiques. Malgré l'abondance des études sur l'épuisement professionnel, les données statistiques sur le sujet sont peu nombreuses et s'articulent souvent sur celles du stress.

L'enquête Sumer de 2003 (INRS, 2011) indique que les deux cinquième des soignants hospitaliers en Europe sont en épuisement professionnel, bien que toujours en activité de travail. L'agence européenne en santé et sécurité au travail (OSH, 2009) affirme qu'un travailleur sur deux s'absente pour cause de stress chronique, particulièrement dans le secteur de la santé. En fait, le stress chronique amène le personnel hospitalier à l'épuisement professionnel, dans un contexte de pénurie des effectifs et d'exposition accrue aux risques professionnels (INRS, 2011a). Statistique Canada (2010) évalue de son côté, que plus d'un quart des travailleurs sont en épuisement professionnel, avec des symptômes de dépression, surtout la tranche d'âge des personnes de 25 à 44 ans.

L'épuisement professionnel des soignants reste de nos jours une préoccupation dans les milieux de la santé des pays occidentaux. En France, l'INRS (2011a) diffuse une fiche sur l'épuisement professionnel et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des

Conditions de Travail (ANACT, 2013) publie un ouvrage sur une approche innovante et pluridisciplinaire de l'épuisement professionnel. De son côté, l'ASSTSAS au Québec proposait un plan d'action contre l'épuisement professionnel des soignants, couvrant la période de 2008 à 2014.

2.3.4 De la physiologie du stress à celle de l'épuisement et de la dépression. Des études récentes en physiologie remettent en question, que l'épuisement professionnel soit le prolongement du stress et de la fatigue. En effet, les travaux du Centre d'étude sur le stress humain (CESH) dirigé par Lupien au Québec s'appuient sur les taux d'hormones de stress mesurés dans la salive et plus récemment dans le sang ou les cheveux (Juster et al., 2012; Lupien et al., 2013; Lupien & Marin, 2007; Marchand, Juster, Durand, & Lupien, 2014; Sindi et al., 2012; Trépanier et al., 2013; Vachon-Preseau et al., 2013). Ils soulignent que le taux de cortisol augmente en présence de stress et surtout de dépression, mais reste anormalement bas lors d'épuisement professionnel et même de douleur chronique. En permettant un diagnostic différentiel entre épuisement professionnel et dépression, ces résultats remettent en question le lien établi par Selye entre stress et épuisement et l'intégration récente de l'épuisement professionnel dans le DSM V (APA, 2013). Par conséquent, la souffrance en tant que signe commun aux troubles psychologiques et aux maladies mentales, pourrait être vécue différemment par l'intermédiaire du stress et de la dépression que par celui de l'épuisement professionnel et de la douleur chronique.

2.4 La douleur chronique participe à la souffrance

Dans l'antiquité, Hippocrate fut le premier à définir la douleur comme étant un déséquilibre dû à des facteurs externes (climat, alimentation, humeurs) et Socrate, tout en pensant que la douleur est « une passion de l'âme », s'interrogea sur son mécanisme (Le Breton, 2006). De nos jours, les études sur la physiologie de la douleur (nociception) ont abouti à des modèles circulaires, où la douleur risque d'évoluer en souffrance (physiologique) et troubles du comportement, avec le temps (Loeser, 1980).

2.4.1 Physiologie de la douleur et techniques de gestion de la douleur. La compréhension du processus de la douleur a commencé avec la théorie du portillon, expliquant en priorité la voie ascendante vers le cerveau, et continué avec le contrôle inhibiteur nociceptif (CIDN) décrivant plutôt la voie descendante du cerveau. Elle a permis d'aboutir à une définition officielle de la douleur.

En partant de la prémisse que la douleur est une perception (Melzack, 1961), les premières études sur la physiologie de la douleur avaient pour objectif d'aboutir à une théorie probante, appelée « la théorie du portillon » (Hillman & Wall, 1969; Melzack & Casey, 1968; Melzak & Wall, 1965; Wall, 1977). Elles ont démontré que le phénomène de la douleur empruntait plusieurs voies neuronales ayant chacune leur mécanisme de modulation. Plus précisément, elles ont décrit l'action des neurotransmetteurs au niveau des premières synapses et le rôle des petites et des grosses fibres sensorielles dans la transmission ascendante de la douleur. Elles ont également encouragé la recherche de

traitements antalgiques, qui se sont révélés efficaces contre la douleur aiguë, mais insatisfaisants pour remédier à la douleur chronique générant de la souffrance.

En partant du constat que la douleur est une expérience subjective, des techniques psychologiques se sont développées et furent évaluées systématiquement en physiologie. Il s'agissait d'écoute attentive de la plainte douloureuse (Melzack & Casey, 1968), de rétroaction biologique induite par la relaxation, la distraction et la suggestion lors de douleurs graves (Budzynski & Stoyva, 1973; Melzack & Perry, 1975), de relaxation musculaire et d'exercices physiques, de conditionnement des comportements à supporter la douleur chronique (Fordyce, 1976), d'hypnose par concentration et de relâchement musculaire, de messages de renforcement du moi en cas de douleur persistante (Hilgard & Hilgard, 1975; Melzack & Perry, 1980), de renforcement cognitif s'ajoutant aux stratégies d'adaptation, par distraction et transformation imaginative de la douleur (Melzack, 1980; Tan, 1980). Ces techniques expérimentales, en l'absence fréquente de groupes témoins, ne permettaient pas de comparer leurs effets avec l'effet placebo. Comme chaque approche psychologique de la douleur chronique agit à un endroit différent du processus physiologique de la douleur, la combinaison de techniques fut la meilleure stratégie en cas de douleur chronique (Melzack & Wall, 1989), en prévention de la souffrance (Fordyce, 1994).

En s'appuyant sur ces travaux, la douleur fut définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou

potentielle ou décrite comme telle », par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP, 1979, 1982).

2.4.2 Modèle circulaire de la douleur à la souffrance et mémoire de la douleur.

En retenant que la douleur est une perception et une expérience subjective, un modèle circulaire de la douleur à la souffrance (voir Figure 1) a été proposé par un neurochirurgien américain (Loeser, 1980) et ses composantes mises en perspective (voir Figure 2). L'interaction entre certaines de ces composantes a été démontrée par un neurophysiologiste québécois (Marchand, 1998; Marchand et al., 1995) : composantes nociceptive, sensori-discriminante (intensité physique), émotive-affective (aspect désagréable) et comportementale. Dans plusieurs pays, les études sur la douleur se concentrèrent sur la composante nociceptive, mettant en évidence le système endogène d'inhibition de la douleur au niveau médullaire et central (Fields & Heinricher, 1985; Le Bars, Dickenson, & Besson, 1979; Marchand, 1998; Marchand & Arsenault, 2002; Talbot, Duncan & Bushnell, 1989). Plus précisément, ce système médullaire et central inhibiteur de la douleur (CIDN) est considéré comme influençant les composantes physiques et émotionnelles de la douleur, pouvant contribuer au développement ou au maintien de la sensation de douleur chronique (Julien, 2008). De plus, le CIDN active la composante psycho-comportementale de la douleur, ouvrant une perspective sur la souffrance en santé mentale (Marchand, Saravane & Gaumond, 2013).

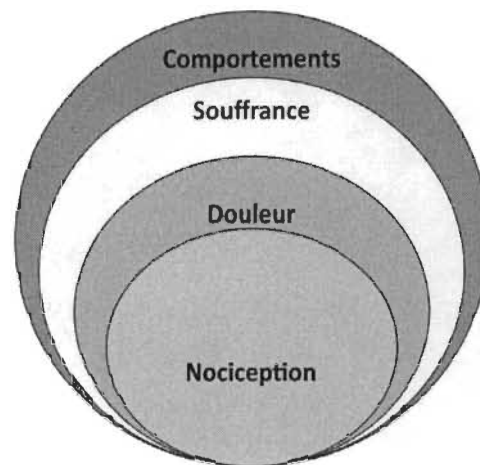


Figure 1. Modèle circulaire de la douleur à la souffrance (Loeser, 1980)

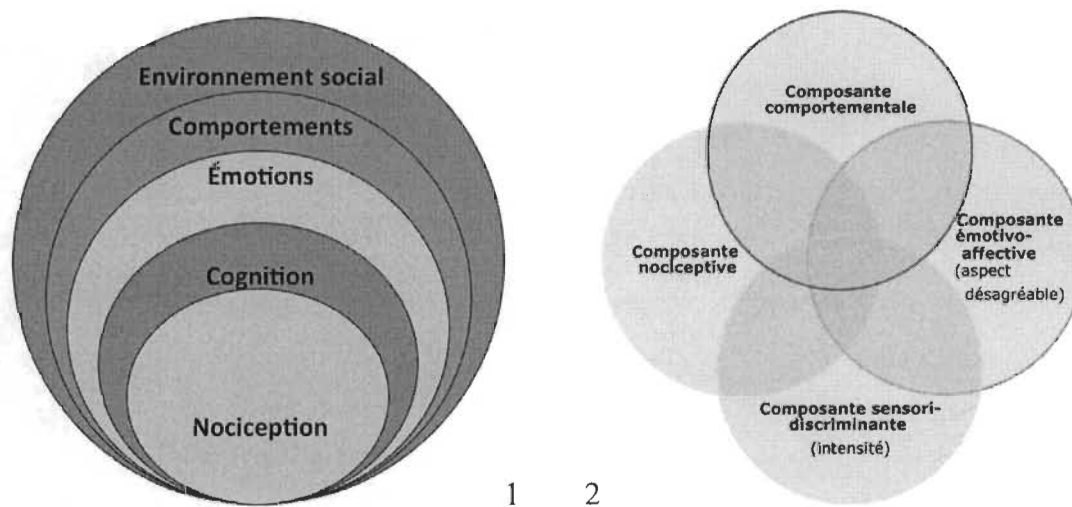


Figure 2. Modèle de la douleur à la souffrance : composantes en perspective (1- adapté de Loeser, 1980) et en interactions (2- adapté de Marchand, 1998)

À travers les différentes composantes de ce modèle circulaire de la douleur à la souffrance, l'évolution de la douleur aiguë (sensori-discriminante) en douleur chronique (émotivo-affective et comportementale) a été étudiée par une équipe multidisciplinaire française. Elle fait intervenir « le phénomène de la mémoire de la douleur », c'est-à-dire le processus neurochimique qui maintient l'état de sensibilisation de l'organisme à la douleur une fois installée et introduit l'expérience de la souffrance (Laurent, 2001; Laurent et al., 2006). La mémoire de la douleur, étant plus néfaste que le ressenti initial de la douleur, cela nécessite une prise en charge précoce de la douleur aiguë, afin d'éviter sa mémorisation et sa chronicité (Laurent et al., 2006). Dans les Centres d'évaluation et de traitement de la douleur et dans certains centres de soins palliatifs, la prise en charge de la douleur chronique tient compte de cette mémoire de la douleur dans le choix des techniques analgésiques, en prévention de la souffrance (Navez et al., 2000; Navez, Ricard, & Alibeu, 2003). Ils retiennent aussi la composante sociale du modèle de Loeser, suite à un travail collectif sur les stratégies développées face à la douleur chronique récalcitrante, qui est de la souffrance (Navez, 2014).

Une équipe de recherche québécoise, étudiant « le phénomène de la mémoire de la douleur », souligne que la douleur chronique est une réponse de l'organisme à un traumatisme aigu, physique ou psychologique, dépendant de la neuro-plasticité du corps humain aux niveaux périphérique, médullaire et central (Laferrrière et al., 2011). Ces chercheurs soulignent que la mémoire de la douleur peut être explicite (consciente) ou implicite (inconsciente), innée ou acquise, mais aussi qu'elle peut subir une distorsion

dans le temps (surévaluation ou sous-évaluation). Comme la mémoire de la douleur laisse une empreinte difficile à effacer, une prise en charge psychologique de l'élément traumatisant initial serait une stratégie pour gérer la douleur chronique (Gombay, 2012), chez les personnes éloignées des centres spécialisés de traitement de la douleur.

2.4.3 Des modèles et des outils d'investigation de la douleur en santé au travail.

En s'appuyant sur le modèle circulaire de la douleur en perspective, une équipe suédoise construisit un questionnaire pour évaluer la douleur musculo-squelettique (Kuorinka et al., 1987, traduit et validé par Descatha et al., 1994). Ce questionnaire tient compte de la douleur par segments corporels, au cours des douze derniers mois et des sept derniers jours. Ce questionnaire scandinave a été adapté dans plusieurs pays intéressés à localiser la douleur et à définir ses composantes, à connaître la répétitivité de la douleur en fréquence et en durée (Forcier, Beaugrand, & Lortie, 2001), voire en termes de gravité (Navez et al., 2000). Une échelle visuelle analogique (EVA), mesurant l'intensité subjective de la douleur (Huskicson, 1974; Keefe & William, 1989; Price, McGrath, Rafi, & Buckingham, 1983) et de l'inconfort émotionnel, peut y être ajoutée afin d'ajuster la prise en soins (Lacharme, 2010; Marchand, 1998) et d'étudier le seuil acceptable de la douleur au travail (Lacharme, 2010).

Dans l'objectif d'évaluer les techniques de travail à risque de douleur, par troubles musculo-squelettiques, le modèle PERR (OSHA, 1998) guide la collecte de données, à comparer à des normes acceptables au travail (OSHA, 2002), variables selon les pays. Il

met en interaction quatre facteurs déterminants : angles articulaires des Postures et des mouvements à mesurer (Hansen, 1993; Pheasant, 1996), Effort à évaluer et charge à peser (Borg, 1982), Répétitivité et temps de Repos à calculer. Des chercheurs ont mis en évidence la corrélation existante entre la sensation d'effort mesurée par une échelle numérique (CR-10) et la force réelle d'une personne (Borg, 1982), entre l'effort et la douleur (Gamberale, Iregren, & Kjellberg, 1990), entre l'effort des infirmières et les maux de dos chroniques (Beynon & Reilly, 2001; Granier et al., 2001). Un guide destiné aux milieux hospitaliers a été diffusé en France, pour faciliter l'analyse de la technique de travail et l'évaluation des risques de la manutention en santé physique (Granier et al., 2001). Il est constitué de frises, illustrant et évaluant les pratiques, et de tableaux utiles à l'orientation du choix de la technique de manutention de patients, selon la pénibilité de la tâche : type de déplacement et équipement à disposition, poids et niveau d'autonomie du patient, capacité du soignant à réaliser la tâche (Granier et al., 2001).

Le modèle PERR a été aussi intégré à un modèle d'analyse de la situation de travail développé par un chercheur québécois (Pérusse, 1995) : Personne, Organisation, Équipements, Tâches et technique de travail, Environnements physique et psychosocial. Ce modèle POETE a été adapté par l'ASSTSAS, en tant qu'approche globale de la situation de travail (voir Figure 3), à la base des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) par les soignants. Le facteur temps présent dans le contexte de travail des soignants y a été ajouté, dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et indirectement de la douleur au travail.

Approche globale de la situation de travail



Figure 3. Modèle de l'approche globale de la situation de travail (ASSTSAS, 2004).

En santé au travail, la douleur chronique suite à des blessures musculo-squelettiques ou à des maux de dos a été étudiée par Loisel, médecin et chirurgien franco-canadien. Dans l'objectif de favoriser le retour au travail, il a bâti un programme de prévention du handicap lié à la douleur chronique (PREVICAP, Loisel et al., 1997), proposant une prise en charge multidisciplinaire des travailleurs. La douleur chronique étant un frein à la reprise de l'activité (Durand & Loisel 2001), il recommande d'agir sur les déterminants musculo-squelettiques de la douleur (Loisel et al., 2008) en prévention de l'incapacité au travail. Ainsi, le programme PREVICAP s'avère plus efficace que les traitements habituels de la douleur chronique et de la souffrance qui l'accompagne généralement

(Rivard et al., 2011). En fait, dès que la douleur musculo-squelettique persiste, elle est reconnue à risque de troubles psychologiques (Forcier et al., 2001), donc de souffrance observable par le langage non verbal, qui contredit parfois les mots, et un langage verbal parfois chargé de violence (Lafrenaye & Goffaux, 2012).

2.5 La violence participe à la souffrance au travail

La violence a été mise en perspective et en discussion, suite aux travaux sur le harcèlement moral de la psychiatre française Hirigoyen (1998). Ils ont donné de la crédibilité aux dénonciations antérieures ayant eu lieu au Québec et amené les secteurs publics et les grandes organisations du travail à légiférer en la matière (Jauvin, Dompierre, & Vézina, 1999). En effet, la violence en interaction avec la dépression est dite inscrite dans une psychodynamique du travail, dans la société occidentale contemporaine (Balier, 2005; Hirigoyen, 2001). Ce phénomène de la violence au travail a été décrit et défini, étudié à partir de ses déterminants et évalué en termes de stratégies.

2.5.1 Violence au travail dénoncée, définie et légiférée. L'Intersyndicale des femmes rédigea un mémoire en 1992 sur la violence au travail et le présenta au Comité canadien sur la violence faite aux femmes (Robinson, 1995). Ce mémoire dénonçait la violence psychologique qui se manifeste, entre autres, par des propos humiliants, des remarques désobligeantes et une démolition pernicieuse par effet cumulatif de dévalorisations systématiques. À la suite, une juriste québécoise dénonça cette violence faite aux femmes, dans les milieux de travail syndiqués et confirma que la violence

psychologique « peut se manifester par des paroles, des actes ou des comportements tendant à dévaloriser les travailleuses, à les rabaisser au rang de subalternes, à les empêcher d'avancer dans leur carrière » (Robinson, 1995, p. 85). Elle précisa que cette forme de violence pouvait être traduite « par du harcèlement professionnel, de l'abus de pouvoir ou de l'abus d'autorité » (Robinson, 1995, p. 86). Devant l'ampleur du phénomène, le ministère du Travail du Québec s'interrogea sur les différentes formes de violence et retint que la violence psychologique réfère à « des actions répétées, qui visent à porter atteinte à l'intégrité ou à la dignité d'une personne ... du fait de collègues de travail, de la clientèle ou encore de supérieurs » (Moreau, 1999, p. 22).

La violence au travail sous forme de harcèlement moral a été dénoncée par les travaux d'une psychiatre française et définie par toute conduite abusive (geste, parole, comportement, attitude) qui porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité d'une personne, contribuant à sa souffrance (Hirigoyen, 1998). Cela couvre toute forme de violence, faite de microtraumatismes fréquents et répétés dont l'effet cumulatif constitue une agression subie par la personne (Hirigoyen, 1998). Le harcèlement moral risque de porter atteinte à la santé mentale, de dégrader le climat de travail et de rompre le lien d'emploi de la personne agressée moralement (Hirigoyen, 1998). En fait, « le stress ne devient destructeur que par excès, le harcèlement moral est destructeur par nature » (Hirigoyen, 2001, p. 16). Par ailleurs, le Code du travail en France introduisit en 2002 un article au sujet du harcèlement moral (Légifrance, 2003). Il associe le harcèlement moral à des « agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de

travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

L'Organisation mondiale de la santé produisit en 2002 un rapport sur la violence et la santé. Il y définit la violence par toute « menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mauvais développement ou des privations » (OMS, 2002, p. 5). Dans ce rapport, toutes les formes physique et psychologique de la violence sont reconnues telles que le harcèlement moral et sexuel et même toute privation ou négligence. À la suite, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) réunit en 2003 des experts du phénomène de la violence qui se mirent d'accord pour dénoncer « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait de son travail » comme étant de la violence au travail (OIT, 2003, p. 4).

Entretemps, des chercheurs québécois s'interrogèrent sur la violence au travail et proposèrent, comme stratégies préventives collectives face aux différentes formes de violence au travail, d'implanter des pratiques éthiques et de promouvoir la responsabilité sociale des entreprises en termes de compétence au travail (Boiral & Verna, 2000). Ils allaient être entendus par la Commission des normes du travail qui légiféra au sujet de la violence, en rappelant aux entreprises leur devoir de prévention et en dictant des règles

sur le travail solitaire, exposant à l'agression les travailleurs (Lippel, 2008). La loi modifiant les normes du travail (2002, 2004) définit le harcèlement psychologique par « toute conduite vexatoire, comportements, paroles, actes et gestes répétés portant atteinte à la dignité et à l'intégrité psychologique et physique du salarié » (article 81-18 des Normes du Travail au Québec; Lippel, 2008). Elle spécifie qu'une seule conduite grave suffit et précise les responsabilités et les recours juridiques, les stratégies de prévention incombant à l'employeur (Lippel, 2008). Cependant cette loi évalue le coût financier et politique de la violence sans tenir compte de la baisse de la qualité de la vie au travail, des pertes de réputation ou de légitimité, des arrêts de carrière et des suicides (Lippel, 2008).

2.5.2 Des racines de la violence aux stratégies pour y remédier. Comme la dénonciation de la violence se heurte souvent à sa banalisation dans les milieux de travail, deux psychologues québécois s'intéressèrent aux racines organisationnelles des différentes formes de violence, responsables du mauvais climat de travail (Courcy & Savoie, 2003). Ils expliquent que les racines de la violence au travail sont interconnectées et auraient besoin d'un traitement spécial en prévention du suicide (Courcy & Savoie, 2003). Ils décrivent les racines organisationnelles de la violence par le poids de la hiérarchie, la fréquence des changements organisationnels, la précarité d'emploi, les tâches complexes et le manque de temps pour réaliser les tâches demandées, la surcharge de travail ou la monotonie du travail, le manque d'autonomie et les conflits de rôle, le rythme exigeant du travail, les injustices et l'iniquité. Ils

s'interrogent aussi sur les irritants que sont les racines psychosociales de la violence au travail, en termes de manque d'espace, de chaleur et de bruit (Courcy & Savoie, 2003).

En équipe multidisciplinaire, ces chercheurs continuent en investiguant les racines individuelles de la violence, c'est-à-dire la disposition à la colère, à l'irritabilité ou à la frustration, le faible contrôle de soi, la tendance au stress ou à la détresse, à l'agressivité et à la vengeance (Courcy, Savoie, & Brunet, 2004). Contre les racines organisationnelles de la violence, ils proposent aussi des stratégies visant la qualité de la supervision et la gestion des conflits collectifs ou interpersonnels (Courcy et al., 2004). En tant que stratégies psychosociales, ils misent plutôt sur la qualité des relations de travail pour empêcher l'agressivité. En tant que stratégies individuelles, ils comptent sur les traitements psychologiques, l'encadrement de la personne au travail, voire sa mise à l'écart ou son congédiement (Courcy et al., 2004).

2.5.3 Violence et éthique au travail. Comme les soignants dans les établissements de santé au Québec semblent particulièrement vulnérables à la violence au travail, l'éthique au travail pourrait être une sorte « d'antidote à la violence » (Courcy et al., 2004) et la qualité des relations une stratégie bénéfique (Nowak, 2010). Une Charte éthique est proposée, s'appuyant sur des valeurs d'intégrité, de confidentialité et de conscience professionnelle, mais aussi sur la volonté de dialogue et de partage (Courcy et al., 2004). Elle encadre les comportements éthiques dont dépendent les racines organisationnelles et individuelles de la violence au travail. L'important pour les

entreprises serait donc de miser sur la transparence et le dialogue, tout en intégrant des préoccupations sociales et environnementales (Courcy et al., 2004). Dix ans plus tard, faute de règles éthiques dans les établissements de santé, 13 à 60 % des soignants pensent quitter leur emploi de par la violence (Lanctôt & Guay, 2014). Cette violence, qui s'enracine sur la colère, la peur, la tristesse et le dégoût, conduit un soignant sur cinq à la dépression et influence la qualité des soins, à cause de la perte de plaisir au travail (Lanctôt & Guay, 2014).

Une équipe de sociologues (Dressen & Durand, 2011) s'est interrogée sur les modalités d'exercice et de légitimité des formes de la violence au travail. Elle expliqua que la violence physique et le harcèlement psychologique proviennent de déterminants psychosociaux, tels que les discordes. Elle ajouta que la violence morale ou psychologique est issue de déterminants organisationnels, responsables de mauvaises conditions de travail. Ces déterminants de la violence, qui font obstacle à l'épanouissement personnel au travail, s'avèrent être les mêmes que ceux de l'épuisement professionnel (Dressen & Durand, 2011).

2.5.4 La violence au travail en statistiques. La persistance de la violence au travail est mise en évidence à travers diverses enquêtes, difficilement comparables. Chacune cible une population et une définition particulières de la violence et ne couvre pas toutes les formes de violence existantes dans les milieux de travail.

L'enquête Sumer de 2003 sur la surveillance médicale des expositions aux risques professionnels en France montre qu'un salarié européen sur six déclare être exposé à de la violence au travail, que 25 % des salariés en contact avec un public subissent des agressions verbales et 2 % des agressions physiques (INRS, 2011b), d'où l'importance de ne pas laisser la situation se dégrader (INRS, 2012).

L'enquête nationale de Statistique Canada (2005) sur le travail et la santé du personnel infirmier du Québec note que 34 % du personnel infirmier hospitalier reconnaît avoir été agressé physiquement par des patients et que 47 % déclarent avoir subi des agressions psychologiques de la part de patients. Plus précisément, 50 % du personnel infirmier en soins de longue durée (CHSLD) disent avoir été agressé physiquement et 49 % psychologiquement par un patient dans la dernière année. Cette violence est significativement en lien avec le manque d'expérience, le quart de travail du soir et de nuit, le manque de ressources humaines, le manque de soutien de collègues et de supérieures (Statistique Canada, 2009).

Un sondage de l'ASSTSAS révèle qu'un travailleur sur cinq a été victime d'une agression physique dans l'année, plus particulièrement le personnel soignant (42 %) en soins de longue durée (CHSLD). En effet, ces agressions envers le personnel soignant se sont aggravées ces dernières années (Bigaouette, 2007). Ce sont les préposés aux bénéficiaires, qui sont les plus à risque de blessures et de stress, de par la nature de leur travail en contact direct avec des personnes en perte d'autonomie, souvent démentes et

violentes (Bigaouette, 2007). Par conséquent, le programme Oméga de l'ASSTSAS, élaboré en 1998, reste d'actualité pour aider les soignants à accompagner les clients des CHSLD, en prévention de la violence (Bigaouette, 2007).

Dans ces études psychologiques et sociologiques sur les troubles de la santé mentale au travail, la souffrance est abordée indirectement, par l'intermédiaire du stress et de l'épuisement professionnel, de la douleur chronique et de la violence, dont les déterminants psychosociaux sont souvent les mêmes. Seule l'approche psychodynamique du travail tente d'appréhender directement la souffrance des travailleurs et d'interpeler les employeurs sur ses déterminants organisationnels.

3 Approche psychodynamique de la souffrance au travail

La psychodynamique du travail est une approche humaniste centrée sur la souffrance, qui s'est construite à l'initiative du français Dejours, psychiatre et psychologue du travail. C'est une approche du travail réel, basée sur l'écoute du vécu subjectif des travailleurs, analysant les stratégies défensives et dénonçant les déterminants organisationnels de la souffrance au travail. À partir de plusieurs concepts, Dejours a cherché à définir la souffrance au travail et s'est mobilisé avec d'autres chercheurs pour la faire reconnaître et prendre en charge collectivement, notamment dans le secteur de la santé.

3.1 De la santé mentale à la souffrance au travail à définir

Dès les années 70, Dejours s'interrogea sur l'état de santé mentale des travailleurs en France et commença à s'intéresser au phénomène de la souffrance au travail. Il proposa une analyse dynamique du travail et interpela les organisations du travail sur les conditions du travail à l'origine de la souffrance (Dejours, 1980a). Il s'appuya d'abord sur la compréhension freudienne des processus de défense, issus d'une « révolte du moi contre des affects pénibles, dans le but d'éviter un déplaisir et d'assurer son intégrité et sa sécurité » (Alderson, 2004a, p. 245). Il chercha ensuite à comprendre comment les travailleurs peuvent résister à la souffrance, en construisant des stratégies défensives contre les situations difficiles vécues au travail (Dejours, 1980a).

L'objectif de Dejours en approchant la souffrance au travail était de décrire le vécu subjectif particulier à un être humain, pour en extraire des significations collectives (Dejours, 1986). Il définit d'abord la souffrance comme étant une « tension entre les désirs des travailleurs et leur impossibilité de réaliser le travail d'une façon satisfaisante » (Dejours, 1986, p. 19). Pour comprendre le processus psychique de la souffrance, sa méthode particulière consista à donner la parole aux travailleurs et à les écouter, puis à valider les résultats avec l'approbation des travailleurs se reconnaissant dans la description et l'interprétation de leur situation de travail (Dejours, 1986; Sandelowski, 1986).

3.2 De la thèse de la normalité en santé au concept de souffrance au travail, à la base de la psychodynamique du travail

Dejours s'est appuyé sur la thèse de normalité en santé, avancée par Comte, qui valorisait les comportements de lutte du processus du stress introduit par Selye. Il voulut évaluer les modifications de la santé psychologique des travailleurs (maladies) ayant des comportements de fuite face à leur souffrance au travail. Il retint que seul l'état de lutte permet aux personnes de rester dans la normalité et d'éviter la maladie (Dejours, 1987). Il décrivit des comportements pathologiques défensifs, appelés stratégies de déni ou d'évitement, développées par les personnes en réponse à des agressions de l'organisation ou du milieu de travail, afin de préserver leur équilibre psychique (Dejours, 1987). Ces stratégies ne visent pas la transformation objective des sources de la souffrance, mais seulement la diminution de leur perception à court terme, et peuvent porter préjudice à la santé mentale à long terme (Dejours, 1987). En fait, elles amènent les travailleurs à s'adapter à la situation difficile ou à la fuir, plutôt qu'à tenter de la transformer. Alors, le principal risque est l'effondrement des capacités de défense de l'organisme entraînant une somatisation de la souffrance, dont l'organisation du travail peut profiter en servant ses intérêts (Dejours & Abdoucheli, 1990).

Le « concept de souffrance au travail » émerge donc de celui de la normalité en santé et considère que la souffrance est un état de mal être qui, repose sur la peur, la colère et l'anxiété (Dejours, 1987). Cette souffrance découle de la perte de plaisir au travail, du manque de coopération, de solidarité et de convivialité et elle provient de l'insatisfaction et de la monotonie liées au travail (Dejours, 1987). C'est sur ce concept

de souffrance au travail que la psychodynamique du travail a émergé, pour rendre compte de la diversité du vécu des personnes en contexte du travail. Elle se détermine comme une « analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 127), une analyse de la souffrance psychique résultant de la confrontation des hommes à l'organisation du travail (Dejours, 1993).

3.3 Du concept de normalité en santé au travail au concept de normalité souffrante en psychodynamique du travail

Le « concept de normalité en santé au travail » se présente comme étant le résultat d'un compromis entre l'acceptation de la souffrance et la lutte contre celle-ci (Dejours, 1993). La normalité en santé au travail ne donne un sens à la souffrance qu'en la transformant en plaisir, par une dynamique de reconnaissance au travail (Dejours, 1993). Cette reconnaissance au travail favorise la mise en place des stratégies défensives pour conserver un équilibre entre les contraintes du travail et les besoins de construction identitaire et d'accomplissement de soi (Dejours, 1993). Alors, si ces stratégies se radicalisent en une lutte collective, les travailleurs en arrivent à valoriser un ensemble de comportements pathologiques, qui deviennent une norme de référence et auxquels chacun se conforme sous peine d'être marginalisé ou exclu (Dejours, 1993).

Ce « concept de normalité en santé au travail » se base sur le fait que la souffrance devient la norme dès que le sujet, après avoir épuisé toutes ses ressources, se heurte à

des obstacles insurmontables et durables (Dejours & Molinier, 1994). Dès le début de la psychodynamique du travail, la souffrance a été définie par une expérience subjective vécue collectivement, induisant des stratégies défensives individuelles et collectives (Dejours, 1995a). Ces stratégies face à la souffrance au travail sont souvent implicites, mais elles peuvent être ou devenir conscientes dans certaines circonstances (Dejours, 1995b). Comme « la normalité en santé au travail » n'est pas exempte de souffrance, elle est donc « une conquête difficile, jamais définitive et acquise, toujours à reconstruire » dans une lutte active contre la souffrance (Dejours, 1995b, p. 3). En effet, elle est vue comme « un état réel et non un idéal, un état de stabilité de la santé où les souffrances sont compensées par des stratégies » (Dejours, 1995b, p. 3).

C'est en situant d'emblée la souffrance entre la « normalité en santé » et la maladie mentale, que la psychodynamique du travail a commencé à définir « un concept de normalité souffrante », par l'ensemble des souffrances devenues la norme au travail et amenant les travailleurs à développer des stratégies face à leurs souffrances (Dejours, 1995a). En écoutant la plainte et le vécu des travailleurs, Dejours chercha à comprendre la réalité de la souffrance au travail et reconnut que la souffrance résulte plutôt d'une atteinte à la santé mentale, par réaction face à l'inacceptable ou à l'intolérable (Dejours, 1998). Alors, il dénonça avec plus de force la pression des organisations pathogènes du travail et l'injustice sociale à l'origine de la souffrance des travailleurs (Alderson, 2004b; Dejours, 1998; Ehrenberg, 2004). Il s'inquiéta de la gravité de la situation reposant sur le développement des injustices sociales dans les entreprises françaises et

sur le consentement tacite des travailleurs (Dejours, 1998). En effet, les travailleurs participant activement au système social et organisationnel en arrivent par peur à accepter la souffrance au travail. Ce constat amena Dejours à approfondir les causes organisationnelles de cette souffrance au travail : manque de reconnaissance, précarité d'emploi et mobilité des travailleurs. Il expliqua aussi les mécanismes de défenses par lesquels les personnes tentent de maintenir leur santé mentale au travail, en contrôlant leurs souffrances individuelles par des stratégies collectives (Dejours, 1998; Genest, Leclerc, & Maranda, 2005; Rhéaume, 2001). En fait, comme les travailleurs sont confrontés à leur intolérance vis-à-vis leurs propres réactions émotionnelles, ils ont tendance à « s'isoler de la souffrance de l'autre par une attitude d'indifférence, donc de tolérance à ce qui provoque la souffrance » (Dejours, 1998, pp. 52-53).

3.4 Quelques principes dégagés des études en psychodynamique du travail

Depuis plus de vingt ans, l'analyse de la souffrance en psychodynamique du travail a mobilisé de nombreux chercheurs, adoptant la démarche de Dejours et s'appuyant sur le principe qui dit que « souffrance et plaisir, n'étant pas dans un rapport d'exclusion, ils peuvent se côtoyer » (Carpentier-Roy, 1990, p. 50). Des études en psychodynamique du travail, s'intéressant aux sources de la souffrance au travail et surtout aux mécanismes de défense des travailleurs, se sont dégagés trois constats supportant la discipline.

Le premier constat est que la mise en place de stratégies défensives « empêche de penser ce qui fait souffrir dans le travail, limitant ainsi la transformation des sources de

souffrance » (Alderson, 2004b; Brun, 1992; Maranda, 1998). Ces sources de souffrance au travail sont décrites chez les soignants (Rhéaume, 2001) et notamment chez les infirmières (Le Noc, 2001). Le soignant n'échappe pas à l'illusion de pouvoir et de devoir guérir le client, au sentiment d'impuissance faute de pouvoir répondre aux attentes de tous et à l'intensité de leur détresse psychologique. Sa souffrance repose sur une remise en question de son identité professionnelle et sur le sentiment d'échec de celui qui n'a pas enduré, dans une société où le travail est valorisé (Rhéaume, 2001). Quant aux infirmières, elles sont particulièrement vulnérables aux exigences de la surcharge de travail et de la qualité du travail, à la flexibilité et à la polyvalence instaurée par les organisations du travail et aussi à la quête d'identité liée au regard des autres (Le Noc, 2001).

Le second constat est que bien que le principe de la souffrance soit collectif, la souffrance reste toujours singulière dans son vécu (Alderson, 2004a; Canoui & Mauranges, 1998; Rhéaume, 2001). En effet, si les sources de souffrance proviennent de l'intensification du travail, de la dégradation des conditions de travail et de la normalisation de la violence organisationnelle, les stratégies défensives de type conduites de retrait ou d'abdication restent individuelles (Genest et al., 2005). Chez les infirmières, ces stratégies défensives individuelles s'avèrent être le dévouement et l'agressivité, l'anticipation et l'inhibition, le clivage et le contrôle, le détournement des pensées et la pensée magique, l'isolement et la plainte, le refoulement et l'humour, le

déni et la dépréciation (Alderson, 2001, 2004b; Carpentier-Roy, 1990; Carpentier-Roy & Vézina, 2000).

Le troisième constat est qu'en l'absence de collectif de travail, les travailleurs adoptent des stratégies défensives individuelles, bien que partagées par plusieurs d'entre eux (Alderson, 2004a; Genest et al. 2005; Rhéaume, Maranda, Saint-Jean, & Trudel, 2000). Par contre en présence de collectif de travail, les personnes, qui vivent individuellement de la souffrance, peuvent unir leurs efforts pour construire une stratégie défensive collective face à l'organisation du travail (Alderson, 2004b), telle que le déni de la réalité ou du risque (Carpentier-Roy & Vézina, 2006). Cette stratégie collective s'observe notamment chez les témoins de harcèlement, par rétrécissement de la pensée, diminution de la conscience et engourdissement du sens moral (Carpentier-Roy & Vézina, 2006; Genest et al., 2005).

Dejours précise que, non seulement la souffrance au travail est un signe d'atteinte à la santé mentale, mais aussi un signal lancé par toute personne dont l'intégrité mentale est menacée, témoignant d'une réaction face à l'inacceptable ou à l'intolérable au travail et demandant une transformation du travail (Dejours, 2008). Il ajoute que l'endurance a atteint ses limites dans le secteur de la santé et que le seuil de tolérance à la souffrance semble dépassé chez les soignants (Dejours 2008). Il conclut que bien que la souffrance au travail a toujours existé et qu'elle semble négligée par les sociétés contemporaines, où la recherche de plaisir et de profit domine, il est dangereux d'endurer la souffrance

dans un système déficient au lieu de privilégier une dynamique de transformation du travail (Dejours, 2008).

3.5 Combinaison des approches psychologique et psychodynamique de la souffrance au travail

De nos jours, les chercheurs s'entendent sur le fait que la souffrance au travail comporte une dimension individuelle et collective à la fois, variable selon la personne et le milieu de travail (Alderson, 2004a; Canoui & Mauranges, 1998; Dejours, 1986; Lorient, 1999; Mallet, 2002; Rhéaume, 2001). En effet, une vaste étude dans le secteur de la santé (Pronost et al., 2008) a tenté de combiner les approches psychologique et psychodynamique de la souffrance au travail, alimentant une polémique sur leurs divergences (Clot & Dejours, 2012).

Sur le plan individuel, la souffrance en psychologie du travail est vue comme étant l'expression d'un mal-être qui résulte d'une résistance contre la maladie, mais aussi d'une perte de plaisir au travail qui survient lorsque les limites humaines à cette résistance sont dépassées (Clot, 1995; Mallet, 2002). En fait, le plaisir demande à être satisfait dans l'immédiat alors que la souffrance provient d'une accumulation d'insatisfactions dans le temps (Forest, 2006). « Entre plaisir et souffrance au travail » des psychodynamiciens (Alderson, 2001; Clot & Dejours, 2012; Dejours, 1980a, 1980b; Rhéaume, 2008), des stratégies se mettent en place en psychologie du travail pour renforcer la capacité d'endurance à la souffrance des personnes, à la recherche d'un

nouvel état de bien-être psychologique, non dépourvu de plaisir au travail (Forest, 2006). Pour cela, l'accent est mis sur la qualité de vie au travail, dite favorable au bien-être des employés, mais aussi sur la performance et le rendement des entreprises (Brun, 2000; Clot, 2005, 2010; Clot & Dejours, 2012; Pronost et al., 2008).

Sur le plan collectif, la souffrance en psychodynamique du travail est dite provenir des conditions de travail (Davezies, 2011; Dejours, 1988; Gollac & Volkoff, 2003; Lecomte, 2009; Loriol, 2007), alors qu'elle repose en psychologie du travail sur l'activité empêchée et l'impuissance à agir (Clot, 2005, 2010), sur la perte individuelle du sens du travail (Biron, 2006; Loriol, 2006; Morin, 1996; Morin & Forest, 2007). Toutefois, cette perte de sens à l'origine de la souffrance au travail est également collective (Alderson, 2004a; Biron, 2006; Dejours, 1993; Rhéaume, 2001) et demande de questionner le changement des conditions de travail imposées par les organisations (Alderson, 2004a; Clot & Dejours, 2012; Dejours, 1988, 2008) et l'insuffisance de la prévention organisationnelle et des stratégies personnelles (Morin & Forest, 2007).

Une vaste étude sur la santé mentale au travail reconnaît ces deux approches de la souffrance au travail (Pronost et al., 2008). Elle utilise une démarche participative et donne la parole aux travailleurs, comme en psychodynamique du travail, et documente la qualité du travail, le soutien au travail et la gestion du stress, comme en psychologie du travail. Cette étude s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire, avec 456 soignants en soins palliatifs et a contribué à la reconnaissance de la souffrance au travail.

Par des entretiens collectifs, elle a mis en évidence que même si les soignants ont choisi leur métier de service aux autres et sont motivés pour effectuer leurs tâches, ils vivent de la souffrance au travail. Les principales causes de la souffrance des soignants se dégageant de cette étude sont les charges physique et mentale élevées du travail, dont la responsabilité revient aux organisations du travail (Pronost et al., 2008).

Depuis plusieurs années, une perspective différente de la souffrance au travail alimente une polémique entre psychologues et psychodynamiciens du travail (Clot & Dejours, 2012). En effet, Clot prône une approche psychologique indirecte et partielle de la souffrance au travail, en donnant la parole à l'individu, et Dejours une approche psychodynamique directe et sociale de la souffrance au travail, en interrogeant les organisations du travail. Pourtant l'approche physiologique de la souffrance pourrait soutenir la combinaison de ces deux perspectives, dans une dynamique de changements (Sindi et al., 2012).

3.6 Approche physiologique de la souffrance à considérer

Comme la douleur est un signal d'alarme en présence d'une lésion tissulaire (IASP, 1982), la souffrance s'avère être un signal d'alarme indiquant que l'intégrité de la personne est menacée (Cyrulnik, 2006; Dejours, 2008). Comme la physiologie de la douleur et du stress sont utiles pour comprendre les processus en action et guider la prévention au travail, l'approche physiologique de la souffrance pourrait être une avenue à considérer en santé mentale au travail, dans un futur proche.

Le neuropsychiatre Cyrulnik s'est intéressé aux circuits cérébraux activés en cas de deuil psychique et aux réactions physiologiques qui étaient en jeu, pour objectiver la subjectivité de la souffrance (Cyrulnik, 2006). Il part du constat que la souffrance exprimée par un individu est moins préjudiciable à la santé mentale que la souffrance refoulée ou absente (Hecaen, de Ajuriaguerra, & Massonet, 1951). Il s'appuie sur des travaux en physiologie qui expliquent que le bien-être (plaisir) induit une sécrétion de cholécystokinine et que le mal-être (anxiété et détresse psychologique) bloque la sécrétion de sérotonine et provoque de la douleur et de la peur (Wager et al., 2004). Alors, il fait l'hypothèse que les voies neuronales de la douleur et de la souffrance sont les mêmes, comme Loeser avant lui (Loeser, 1980), bien que la douleur soit une impression et la souffrance une représentation (Cyrulnik, 2006). Il démontre que l'activité cérébrale se déplace de l'hypothalamus au lobe préfrontal, lors de la gestion de la souffrance, lors de l'élaboration d'un nouveau projet (Cyrulnik, 2006). Il souligne que rire fort et employer l'humour paradoxal peuvent être des mécanismes de défense face à la souffrance et même des stratégies réflexes acquises par entraînement (Cyrulnik, 2006). En effet, par voisinage des aires cérébrales concernées par le plaisir et la souffrance, la détresse psychologique peut enclencher un éclat de rire (euphorie) par sécrétion de dopamine, alors que le manque de dopamine induit de la peur (Cyrulnik, 2006). Alors, il montre la voie de la résilience, c'est-à-dire comment renaitre de sa souffrance en retrouvant l'équilibre psychologique (Cyrulnik, 2009).

En attente d'études plus conséquentes sur la physiologie de la souffrance, l'intérêt est porté depuis plusieurs décennies sur les dimensions bio-psycho-sociale de la santé mentale, considérant que la souffrance change les comportements, la pensée et les humeurs (émotions).

4 Approches psychosociales des troubles de la santé mentale, vers des pistes de solutions

Des études québécoises tentent de comprendre les troubles de la santé mentale au travail, donc indirectement la souffrance au travail, et d'améliorer la qualité de la vie au travail. Elles proposent des approches de plus en plus complexes et suggèrent des pistes de solutions à mettre en place, dans une dynamique de changements et d'interventions dans les milieux de travail. Par exemple, elles évaluent les effets sur les travailleurs de l'évolution des conditions de travail et les effets sur la santé mentale des infirmières de l'évolution dans les soins et les services de fin de vie.

4.1 Une approche multidimensionnelle basée sur le stress au travail, précurseur de l'épuisement et de la détresse, contribuant à la souffrance

Depuis le début des années 90, Brun en tant que sociologue et ergonomiste s'intéressa aux facteurs contribuant à la dégradation de la santé psychologique au travail, en termes de bien-être au travail et d'efficacité organisationnelle, de reconnaissance au travail et de mode de gestion du personnel (Brun, 1992). Formé en psychodynamique du travail, il s'interrogea naturellement sur la souffrance des travailleurs, qui s'installe lorsque des situations dramatiques deviennent ingérables, particulièrement chez ceux en quête

d'identité sociale (Brun, 1994a). Comme Dejours, il dénonce les sources de la souffrance au travail, que sont le mode de gestion pathogène des ressources humaines et les conditions de travail, la perte de sens du travail et les contraintes organisationnelles. Contrairement à Dejours, Brun n'inscrit pas la souffrance dans une psychodynamique inhérente à une société inégalitaire, mais plutôt dans les rapports collectifs entre les humains inhérents aux états affectifs des personnes en souffrance (Brun, 1994a; Gollac & Volkoff, 2003).

Brun repère la souffrance au travail principalement à travers le stress, comme ses prédécesseurs, mais il tient compte aussi de la fatigue et de l'épuisement professionnel perturbant l'activité de travail, à risque de détresse psychologique chez les travailleurs et de baisse de la qualité du travail (Brun, 2000). Pour répondre à la fois à un objectif de prévention du stress et aux besoins des entreprises québécoises face à l'absentéisme croissant, au taux de roulement élevé et à la faible productivité, il a observé les pratiques du travail et écouté les travailleurs, de la collecte des indicateurs de stress aux pistes de solutions (Brun et al., 2003).

Alors, Brun proposa une démarche socio-psycho-organisationnelle du stress au travail, qui comporte trois étapes. La première présente la combinaison des caractéristiques individuelles (personnalité, stratégies d'adaptation) et des facteurs organisationnels (surcharge, conflits, faible reconnaissance ou autonomie), exposant les travailleurs aux risques de détresse psychologique et d'épuisement professionnel. La

seconde étape expose les facteurs organisationnels et individuels du stress au travail, c'est à dire l'interaction entre les capacités organisationnelles (politiques, programmes) et les dispositions organisationnelles (enjeux financiers) et individuelles (engagements, attitudes), qui conditionnent les pratiques du travail (culture de métier, stratégies défensives) et les pratiques de gestion humaine (réunion d'équipe, évaluation) (Brun et al., 2003). La troisième étape dégage des solutions, telles que la gestion plus humaine des ressources par une réorientation des pratiques, la création d'espace de parole pour améliorer les conditions relationnelles, la consultation systématique du personnel pour une participation à la prise de décisions et la reconnaissance au travail favorable à la réalisation de soi (Brun et al., 2003).

Considérant que le bien-être au travail fait partie de la gestion stratégique de l'efficacité des organisations, Brun poursuit sa démarche en élaborant un guide pour soutenir l'amélioration de la qualité de vie au travail (Brun et al., 2009). Le but de ce guide est d'apporter de l'aide aux employeurs, soucieux de repérer les facteurs de risque de troubles de la santé mentale liés au travail, avant de miser sur les stratégies organisationnelles pouvant améliorer à la fois le bien-être des travailleurs et l'efficacité des organisations.

L'intérêt de cette démarche psycho-socio-organisationnelle réside dans l'approche multidimensionnelle de la santé mentale au travail, qui établit des relations entre les facteurs de risque et les facteurs de prévention (pratiques, capacités, dispositions), entre

les sources (stress, détresse psychologique, épuisement professionnel) et les solutions possibles. Toutefois, ce modèle qui se base sur le stress au travail n'aborde la souffrance qu'indirectement et d'une façon incomplète.

4.2 Une approche multidisciplinaire/pluridisciplinaire de la santé mentale des infirmières, intégrant stress, détresse et violence, contribuant à la souffrance

À la fin des années 90, une équipe multidisciplinaire chercha à évaluer les impacts de la restructuration du réseau québécois de la santé, par une démarche centrée sur l'organisation du travail et teintée de psychodynamique du travail (Bourbonnais et al., 1999). Elle a souligné la dégradation des conditions du travail, l'augmentation significative des contraintes de l'environnement psychosocial du travail et la détresse psychologique des infirmières (Bourbonnais et al., 1999), aggravée par l'alourdissement de la clientèle dans les CHSLD qui intensifie le travail (Evers, Tomic, & Brouwers, 2001).

À la suite, une étude épidémiologique pluridisciplinaire sur la santé mentale des infirmières ($n = 493$) en CHSLD s'est déroulée dans douze établissements québécois, avec des groupes témoins (Bourbonnais et al., 2005). Elle visait en priorité les déterminants du stress, mais aussi la violence vécue au travail et la détresse psychologique contribuant à la souffrance. Elle a donc amenée à l'élaboration d'un regroupement de questionnaires validés, versions courtes ou extraits à tester (Bourbonnais et al., 2005). Cet outil a ciblé d'abord une complémentarité de facteurs de stress (Karasek & Théorell, 1990; Siegrist, 1996), documenté la demande émotionnelle

(Gray-Toft & Anderson, 1985) et le sens du travail (Kristensen, 1999). Le sens du travail dépend de l'importance donnée au travail et de la cohérence entre les actions et les valeurs personnelles pour soutenir la motivation et l'implication des individus (Morin, 1996). Cet outil permet ensuite de mesurer les comportements agressifs des résidents sur une échelle de comportements (Baumgarten, Becker, & Gauthier, 1990) et d'évaluer la fréquence de la violence physique et de l'intimidation au travail (Institut de la statistique du Québec, 2001). Enfin, cet outil questionne sur la détresse psychologique au travail (Ilfeld, 1976; Institut de la statistique du Québec, 1988, 1996), vue comme le résultat d'un ensemble d'émotions négatives que des individus ressentent, à risque de dépression et d'anxiété (Camirand & Nanhou, 2008). À ce jour, ce regroupement de questionnaires est l'outil qui semble le plus complet pour documenter les déterminants du stress et de la violence, contribuant à la souffrance au travail.

Les résultats du regroupement de questionnaires de cette étude épidémiologique sur la santé mentale des infirmières au Québec soulignent les contraintes excessives du travail, qui touchent : 28 % des infirmières par manque de soutien, 23 % par charge de travail élevée, 19 % par manque de reconnaissance, 11 % par demande émotionnelle importante, 10 % par latitude décisionnelle insuffisante, 5 % de par l'imprévisibilité du travail et 4 % de par la perte de sens du travail (Bourbonnais et al., 2005).

Ces résultats ont conduit à l'élaboration d'un plan d'actions dans une dynamique de changements et d'interventions sur les facteurs à risque de troubles de la santé mentale

des infirmières (Bourbonnais et al., 2005). Il s'agissait : de stabiliser les équipes pour assurer la continuité des soins et la qualité du travail, de clarifier les rôles, enrichir les tâches et communiquer l'information, de former le personnel au travail en équipe, de favoriser la mobilisation de l'équipe et le sentiment d'appartenance, d'éliminer les comportements perturbateurs et violents, de développer un processus continu et efficace de communications, de modifier le processus d'admission des résidents et de mettre en place un groupe de soutien et de reconnaissance (Bourbonnais et al., 2005). L'intérêt général de cette étude épidémiologique était de tenter d'améliorer la santé mentale des infirmières de CHSLD, par des interventions concrètes reposant sur des résultats fiables, dont l'évaluation des effets à long terme était prévue. Son intérêt particulier était de tester un regroupement de questionnaires choisis au sujet des troubles de la santé mentale au travail, à généraliser ultérieurement.

4.3 Une enquête sur les effets des conditions de travail sur la santé mentale des québécois, intégrant stress, détresse, violence, dépression et douleur

Une vaste enquête québécoise sur l'évolution des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité au travail (EQCOTESST, Vézina et al., 2011) a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, à l'initiative du ministère du Travail et de l'Institut de recherche en Santé et sécurité au travail (IRSST). Elle visait à guider les modifications de la législation du travail et à orienter la recherche en santé mentale au travail (Vézina et al., 2011). Elle combinait le regroupement de questionnaires de Bourbonnais et ses

collaborateurs à une approche de la dépression liée au travail et des contraintes musculo-squelettiques à l'origine de la douleur (Vézina et al., 2011).

Les résultats du regroupement de questionnaires dans cette enquête réalisée auprès de travailleurs québécois (Vézina et al., 2011) mettent en évidence les facteurs de stress au travail, qui touchent 38 % des personnes par la demande psychologique élevée, 49 % par une faible latitude décisionnelle, 48 % par un faible soutien psychosocial, 42 % par la faible reconnaissance au travail et 24,5 % par déséquilibre effort-reconnaissance (Vézina et al., 2011). La violence physique au travail y est reconnue souvent ou très souvent par 2 % des travailleurs, le harcèlement psychologique au travail par 15 %, et le harcèlement sexuel par 2,5 % des travailleurs. Ces formes de violence au travail touchent plus les femmes que les hommes, surtout entre 24 et 34 ans, et induisent de la dépression et du présentéisme chez les hommes, de la détresse psychologique et des accidents du travail chez les femmes. De plus, une détresse psychologique modérée atteint 15 % et élevée 18 % des travailleurs ; les symptômes dépressifs se retrouvent chez 12 % des personnes et les troubles musculo-squelettiques au travail chez 20,5 %, par cumulation de contraintes physiques.

Vézina (médecin du travail) et St-Arnaud (psychologue) s'entendent pour conclure que la souffrance des travailleurs réfère à la fois à un état mental et à un vécu subjectif multidimensionnels, lorsque le rapport entre l'individu et l'organisation est bloqué (Vézina & St-Arnaud, 2011).

4.4 Une approche pluridisciplinaire sur les effets de changements en soins de fin de vie sur le bien-être des infirmières, du stress à la souffrance éthique

Une vaste étude pluridisciplinaire québécoise, réalisée dans des services de soins intensifs de fin de vie, a choisi une méthodologie novatrice constituée de quatre volets qualitatifs distincts et complémentaires, à rapprocher d'un volet quantitatif (Fillion et al., 2013). Elle cherchait à enrichir le modèle demande/ressource déterminant du stress au travail (voir 2.2.2), en incluant le sens du travail et en tenant compte de la souffrance éthique des infirmières québécoises.

Le premier volet de cette étude explorait par des entretiens collectifs les déterminants du stress des infirmières, pour comprendre la perte de sens du travail. Le deuxième volet était ergonomique et ciblait, par des observations de l'activité de travail des infirmières, d'une part les exigences du travail qui influençaient la satisfaction au travail et d'autre part les stratégies utilisées par les infirmières face à la baisse de la qualité du service aux patients, vécues comme perte de sens du travail. Le troisième volet fut centré sur la souffrance éthique, par des entretiens collectifs, pour approfondir les exigences émotionnelles et éthiques du travail des infirmières, mises en évidence par les deux premiers volets. Le quatrième volet de cette étude explorait par des entretiens la perception des gestionnaires sur le sujet.

Cette approche progressive de la chaîne de déterminants du stress des infirmières en soins de fin de vie dégageait au premier volet des déterminants émotionnels du stress au travail, décrit en termes d'éthique des soins et d'acharnement thérapeutique, de détresse

des patients et de leur famille (Fillion et al., 2013). Ensuite, le deuxième volet distinguait les exigences éthiques, que sont les conflits de valeurs, des exigences émotionnelles liées aux relations patients/famille, collègues/hiérarchie. En approfondissant les exigences émotionnelles, le troisième volet soulevait le sentiment d'impuissance des infirmières à soulager les patients en fin de vie et leurs conflits de valeurs avec l'organisation du travail au sujet de l'acharnement thérapeutique et de l'euthanasie. Les gestionnaires au quatrième volet s'avéraient sensibles à la souffrance éthique des infirmières, contribuant à la perte de sens du travail et au stress au travail.

Le cinquième volet de cette étude se présentait sous la forme d'une enquête réalisée auprès de 870 infirmières par des questionnaires, dans laquelle le sens du travail était ajouté au modèle demandes/ressources déterminant du stress (Fillion et al., 2013). Dans ce nouveau modèle, le sens du travail s'avérait être un médiateur entre l'autonomie décisionnelle et la satisfaction des infirmières. Le principal facteur prédictif de la satisfaction au travail et de la détresse émotionnelle des infirmières était le manque de ressources humaines, que les deux premiers volets avaient déjà mis en évidence en tant que déterminants organisationnels du stress des infirmières. Plus précisément, c'était la pénurie d'infirmières dans un climat de travail difficile et avec des tâches exigeantes qui prédisait le manque de satisfaction au travail et la détresse des infirmières. Les pistes de solutions communes aux deux premiers volets (voir alinéa précédent) ont été confirmées par cette enquête, auxquelles s'ajoutent le besoin de travail d'équipe et d'autonomie accordée en fonction de la formation et des compétences (mentionnés au second volet) et

la nécessaire cohérence des valeurs individuelles et organisationnelles (suggérée au troisième volet). Cette enquête propose d'autres solutions, telles que des changements dans le mode de gestion du personnel (Fillion et al., 2013).

5 Modèles ergonomiques en santé au travail et points de méthodologie

L'ergonomie a émergé de la psychologie du travail et s'apparente à la psychodynamique du travail par son point de vue sur le travail (Brun, 1994b; Estryn-Béhar, 1997). Elle étudie le travail humain, c'est-à-dire de l'ensemble des activités portées par des règles de métier dans un contexte particulier (Laugier & Lahy, 1933), le travail réel qui dépend du pouvoir d'agir, de débattre et de penser (Daniellou, 1988). L'ergonomie s'est construite à l'initiative du psychologue et ingénieur anglais Murrell, qui créa en 1949 l'*Ergonomic Research Society* et sa branche américaine qui devint en 1957 l'*Human Factor and Ergonomic Society*, puis en 1959 l'*International Ergonomics Association* (IEA). La France s'affilia à l'IEA par la Société d'ergonomie de langue française (SELF) en 1963 et le Canada par l'Association canadienne d'ergonomie (ACE) en 1982. L'ergonomie au Québec se partagea donc entre l'influence canadienne s'interrogeant sur les facteurs humains et celle française s'intéressant à l'analyse des situations de travail.

5.1 L'évolution du modèle ergonomique centré sur l'activité et la personne au travail, en prévention des troubles de la santé des travailleurs

Dès les années 60, l'ergonomie française commença à émerger de la médecine du travail, avec la participation active de Laville, qui s'intéressait aux effets des conditions du travail sur la santé des travailleurs (Cloutier, Baril, & Drolet, 2000; Laville, 1981,

1996). Elle s'est structurée à partir des travaux de deux psychologues du travail en un schéma à cinq carrés, centré sur l'activité du travail en lien avec les caractéristiques de la tâche et des travailleurs, et les effets produits sur le travailleur et sur la performance (Leplat & Cuny, 1974). Dans les deux décennies suivantes, la pratique de l'ergonomie se développa en s'intéressant à l'activité réelle du travail et chercha à « comprendre le travail pour le transformer » (tiré de Guérin et al., 1997). Elle visait une transformation des conditions du travail et de l'environnement physique et social, afin de contribuer au soulagement des troubles musculo-squelettiques et psychologiques des travailleurs (Guérin et al., 1997).

Dès les années 80, l'ergonomie émergea au Québec à l'initiative de quelques personnes formées en France, mettant leurs nouvelles compétences au service de la prévention de la santé au travail. Par la création du groupe de recherche Cinbiose en 1987, les ergonomes Messing et Vézina contribuèrent au développement au Québec de l'ergonomie centrée sur l'activité et à son rayonnement international. Ces chercheuses structurèrent la pratique de l'ergonomie sur leur engagement social et intégrèrent une approche écosystémique de la santé, tout en se préoccupant du genre et du transfert des connaissances. L'analyse ergonomique de l'activité de travail s'inscrit donc dans une démarche participative supportant la santé au travail, en tenant compte du contexte et des conditions de travail, de la personne en activité réelle de travail et de son interaction avec les autres (Durand & Loisel, 2001; Vézina, Prévost, & Lajoie, 1999).



Figure 4. Modèle de la situation de travail, centré sur la personne en activité (St-Vincent et al., 2011; Vézina, 2001).

De nos jours, le modèle d'intervention centré sur la personne au travail (Vézina, 2001) est reconnu par les ergonomes francophones et décrit dans un ouvrage de référence (St-Vincent et al., 2011, p. 39), qui guide la recherche intervention en ergonomie (Figure 4). Ce modèle ergonomique explique l'activité réelle du travail qui recouvre les tâches prescrites par l'employeur et les imprévus, dans le prolongement de Guérin et de ses collaborateurs. Cette activité réelle de travail dépend des caractéristiques de la personne, des conditions de travail et des moyens mis à la disposition de la personne par l'entreprise pour le réaliser, de l'environnement physique et psychosocial et des exigences de l'emploi (St-Vincent et al., 2011). Ces conditions d'exercice du travail produisent des effets sur la santé des personnes et sur la production de biens et de services. La particularité de ce modèle ergonomique est de retenir le rôle actif des personnes sur leur activité de travail, à partir de la marge de manœuvre nécessaire pour réguler le travail et sa variabilité dans le temps (St-Vincent et al., 2011).

5.2 La méthodologie particulière de la recherche intervention en ergonomie au service de ses objectifs

La recherche intervention en ergonomie s'inscrit dans une démarche partenariale ciblant des représentants de l'employeur et des syndicats, s'accordant sur les objectifs de l'intervention et collaborant à une investigation préliminaire (St-Vincent et al., 2011). Elle relève aussi d'une démarche participative, qui bénéficie de l'expertise et du soutien d'un comité de suivi composé de personnes significatives dans le milieu de travail. Ce comité fait partie intégrante de la démarche ergonomique, en commentant les données obtenues, en validant les résultats et en participant à la recherche de solutions. Il collabore aussi au bon déroulement de l'intervention en ergonomie et à l'application des solutions suivant un plan d'actions élaboré par les décideurs du milieu de travail avec l'accord des représentants syndicaux. Cette démarche ergonomique de recherche intervention se construit donc avec les partenaires et les comités de suivi et en interactions avec les participants à la recherche (St-Vincent et al., 2011). Elle propose un cadre qui favorise les approches collectives des situations de travail et la résolution de problématiques complexes, en prévention des troubles de la santé au travail.

La recherche intervention en ergonomie (St-Vincent et al., 2011) répond à la fois à la demande de productivité des milieux de travail et à la prévention des troubles de la santé physique et psychologique des travailleurs. Elle s'appuie sur des modèles ergonomiques, qui permettent de décrire les composantes collectives de l'activité de travail observée et d'analyser les situations à risque pour la santé, en tenant compte de la variabilité individuelle et des personnes vulnérables à protéger (Simonet, Caroly, &

Clot, 2011) et d'évaluer les interactions dynamiques entre ces composantes et les changements proposés à court et à long terme (St-Vincent et al., 2011). Plus précisément, l'ergonomie s'intéresse aux représentations que les personnes se font de leur situation de travail, à leur réalité vécue au travail à travers leurs filtres personnels (St-Vincent et al., 2011). Ces représentations dépendent de leurs perceptions, de leur identité et de leur pouvoir d'agir sur la problématique. Elles sont construites au cours de la vie professionnelle, en fonction des expériences vécues, et elles orientent le sentiment de bien-être au travail et les stratégies d'adaptation aux situations de travail. Cette représentation subjective individuelle induit des conséquences sur le travail et la santé de chacun, même si elle n'est pas partagée collectivement. Néanmoins, des représentations individuelles peuvent être communes à un grand nombre et être validées collectivement (St-Vincent et al., 2011).

La méthodologie de la recherche intervention en ergonomie est adaptée à cette approche collective et individuelle des situations de travail, ayant besoin d'une marge de manœuvre pour étudier les problématiques ciblées en contexte de travail (St-Vincent et al., 2011) et dans le respect des règles éthiques de la recherche. Elle est donc progressive, c'est-à-dire construite étape par étape, la précédente orientant et enrichissant la suivante. Elle est également itérative, car les étapes se chevauchent souvent. De plus, une méthode de validation collective des informations recueillies est appliquée tout au long de la recherche, c'est-à-dire dès l'investigation préliminaire auprès des partenaires et des participants, puis au moment de comprendre les données collectives avec l'aide

des comités de suivi et enfin lors de la validation des résultats généraux retournés dans les milieux de travail (St-Vincent et al., 2011). Une méthode de validation individuelle des données de recherche avec les participants, appelée auto-confrontation, est également utilisée en ergonomie. Il s'agit d'un retour sur les observations ou les propos recueillis sur le terrain, pour en améliorer la compréhension par des reformulations et des commentaires en fonction du vécu au travail (St-Vincent et al., 2011). Enfin, cette méthodologie de recherche en ergonomie est inductive, par le fait qu'elle tire des conclusions générales de données particulières, donne des perspectives globales à partir de propos et d'observations individuelles en contexte de travail (St-Vincent et al., 2011). Parfois, des simulations de l'activité de travail sont nécessaires, avec prototypes ou mises en scène de scénarios, afin d'orienter les choix de conception d'outils ou de tester des solutions à la problématique étudiée.

La recherche intervention en ergonomie se déroule donc en plusieurs étapes (St-Vincent et al., 2011). Elle commence par une investigation préliminaire, réalisée au cours d'entretiens avec les partenaires et d'observations des travailleurs en activité de travail dans leur environnement particulier. Il s'agit de s'informer des problématiques du milieu de travail (absentéisme, accidents et maladies du travail, taux de roulement du personnel, plaintes des clients), des caractéristiques de la population visée (sexe, âge, ancienneté, cycles et horaires de travail, statut d'emploi), du fonctionnement de l'entreprise (hiérarchie, organisation du service, type de clientèle, règles internes) et des difficultés des travailleurs (pénibilité, besoins non satisfaits, troubles de santé) (St-

Vincent et al., 2011). Après cette étape d'introduction, une reformulation de la demande est nécessaire avant de proposer des objectifs communs et de construire la méthodologie, de réaliser une revue de la littérature permettant de relever des informations statistiques et législatives, scientifiques et professionnelles sur la problématique ciblée (St-Vincent et al., 2011). L'étape suivante de la recherche intervention consiste habituellement à des entretiens et à des observations actives des travailleurs en activité de travail, afin de produire des données de recherche et de proposer des changements concrets (St-Vincent et al., 2011). L'analyse des données est le plus souvent qualitative, les résultats généraux validés par les comités de suivi de la recherche en quête de sens commun et les résultats individuels auto-confrontés au vécu des participants et donnant sens à leur réalité vécue au travail. Le retour des résultats dans les milieux de travail est souvent l'étape finale, ouvrant à des discussions sur les solutions à mettre en place et à évaluer dans le temps en termes d'efficacité (St-Vincent et al., 2011).

L'intérêt général de cette méthode d'analyse de l'activité de travail est de décrire les tâches réelles, plus exigeantes que celles prescrites (Guérin et al., 1997) et de cibler les déterminants sur lesquels agir pour prévenir les troubles de la santé au travail (St-Vincent et al., 2011). Alors, la réflexion des milieux de travail est accompagnée de l'individu à la collectivité, pour orienter les décisions politiques et influencer le choix des entreprises en termes d'organisation du travail et de santé des travailleurs. Les retombées de la recherche en ergonomie reposent concrètement sur la dynamique de

l'intervention dans les milieux de travail et sur les solutions durables appliquées et à généralisées dans des milieux comparables.

6 Approche ergonomique exploratoire de la souffrance des soignants, en préliminaire à cette étude doctorale

Une étude ergonomique des difficultés des soignants de CHSLD à rester au travail en Abitibi-Témiscamingue, avec de la douleur et du stress, a été réalisée au cours d'une maîtrise en kinanthropologie (Lacharme, 2010). Elle s'inspirait du modèle circulaire de la douleur (voir Figures 1 et 2), du modèle d'analyse des situations de travail (voir Figure 3) et du modèle d'intervention ergonomique centré sur la personne en activité de travail (voir Figure 4). Elle documentait les manifestations et les déterminants de la douleur et du stress et relevait les ajustements des soignants pour durer au travail (Lacharme, 2010).

6.1 La méthodologie et les résultats généraux sur les difficultés des soignants, retenus pour l'étude doctorale

Les 42 participants (infirmières, infirmières-auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) ont répondu à des questionnaires sur la douleur (voir Kuorinka en 2.4.3), sur le stress au travail (voir MSP en 2.2.3) et les facteurs de stress (voir Karasek en 2.2.2) et ont été reçu en entretien individuel semi-structuré (Vermersch, 1994). Ils ont été ensuite observés en activité de travail pour évaluer les risques musculo-squelettiques à l'aide du PDSB et du support de Granier (voir en 2.4.3) : rapporteur d'angles articulaires, échelle de Borg pour l'effort, montre pour la fréquence et la durée de l'effort excessif et des postures dites

exigeantes. Sur le terrain, la chronique de l'activité de travail était relevée et complétée par l'évaluation subjective de la douleur (voir EVA en 2.4.3) et du stress (%) à comparer aux résultats du MSP (voir en 2.2.3).

Les résultats généraux montrent que les soignants ont « mal au dos et même plein le dos » de leur situation de travail, dans un contexte de pénurie financière et humaine (Lacharme, 2010). En effet, les limites du supportable sont souvent atteintes et même dépassées en termes de stress au travail ($\geq 30\%$ en moyenne) et de douleur ($\geq 3/10$ au maximum). De plus, l'existence d'un stress d'anticipation a été signalée la veille de la reprise d'un cycle de travail (MSP au repos), atténuant ainsi le stress au cours de l'activité de travail (MSP au travail). Sur le terrain, les principales difficultés mises en évidence concernaient l'application du PDSB en prévention des troubles musculo-squelettiques et celle du concept d'*Humanitude* supportant « le vivre et mourir debout » (Gineste & Marescotti, 1983; Gineste & Pellissier, 2005) en prévention des troubles psychologiques. Le support d'observation et d'évaluation des risques de la manutention pour la santé des soignants (Granier et al., 2001) permettait de constater une surévaluation de la qualité de leur travail et de leurs capacités à réaliser leurs tâches, face à la pénibilité physique et psychologique de leur travail.

6.2 La méthodologie et les résultats préliminaires sur la souffrance des soignants

Dans cette étude ergonomique (Lacharme, 2010), la souffrance au travail était explorée par des questions ouvertes, en fin d'entretien individuel. Comme le modèle

circulaire de la douleur (physique) à la souffrance (psychologique) met plusieurs composantes en perspective (voir Figures 1 et 2), il s'agissait de préparer ainsi l'étude doctorale à venir en explorant les éléments de ces composantes en interaction. Les soignants étaient donc invités à définir et à décrire leur souffrance au travail, à expliquer ses déterminants (organisationnels, psychosociaux et personnels) et les ajustements nécessaires pour rester au travail (stratégies individuelles et collectives).

En s'appuyant sur la définition de la douleur par l'OMS (IASP, 1979, 1982), les soignants ont construit la définition de leur souffrance au travail lors de l'auto-confrontation finale sur les résultats généraux. Comme nous l'avons vu, la souffrance des soignants est vécue comme « une expérience émotionnelle et comportementale pénible, résultant d'un déséquilibre psychologique réel ou potentiel, ou décrit comme tel ». Les manifestations de cette souffrance au travail étaient décrites en termes de stress au travail et de douleur chronique, mais aussi de fatigue et de violence, de signes de dépression. Plus précisément, une sous-évaluation de la violence (incluant la colère) a été supposée par le décalage entre les données spontanées recueillies en entretien individuel et celles observées sur le terrain au cours de l'activité de travail des soignants, validées en auto-confrontation finale. Les déterminants organisationnels et psychosociaux de la souffrance au travail ont été séparés à la demande des soignants, bien que leurs responsabilités partagées reconnues. De plus, des déterminants personnels de leur souffrance au travail ont été décrits par les soignants et répartis ensuite en six catégories : dualité, dépendance, illusion, attachement, ignorance et violence.

L'attachement aux patients avait été un sujet de divergence entre les soignants, plaisir pour les uns dans une relation d'empathie, souffrance pour les autres face à la réalité du deuil de l'autonomie à la mort des patients. Des stratégies individuelles pouvant s'apparenter à des expériences dissociatives, connues en stress post-traumatique (Martin et al., 1999), ont été décrites en entretien individuel et des stratégies collectives face à la souffrance au travail ont été observées sur le terrain, en termes de techniques de gestion de conflit. Parmi les ajustements individuels (hors travail) face à la souffrance, la pratique de sports était associée à la prévention des troubles musculo-squelettiques (douleur) et les rencontres conviviales à celle des troubles psychologiques au travail (souffrance).

Les résultats préliminaires de cette approche exploratoire et inductive de la souffrance des soignants orientaient la revue de la littérature et les choix méthodologiques de l'étude doctorale. Il s'agissait d'approfondir systématiquement les manifestations et les déterminants de cette souffrance au travail, les stratégies mises en place face à cette souffrance. A partir de ces résultats, un modèle préliminaire de la souffrance des soignants (voir Figure 5) a été construit pour organiser l'approche doctorale.

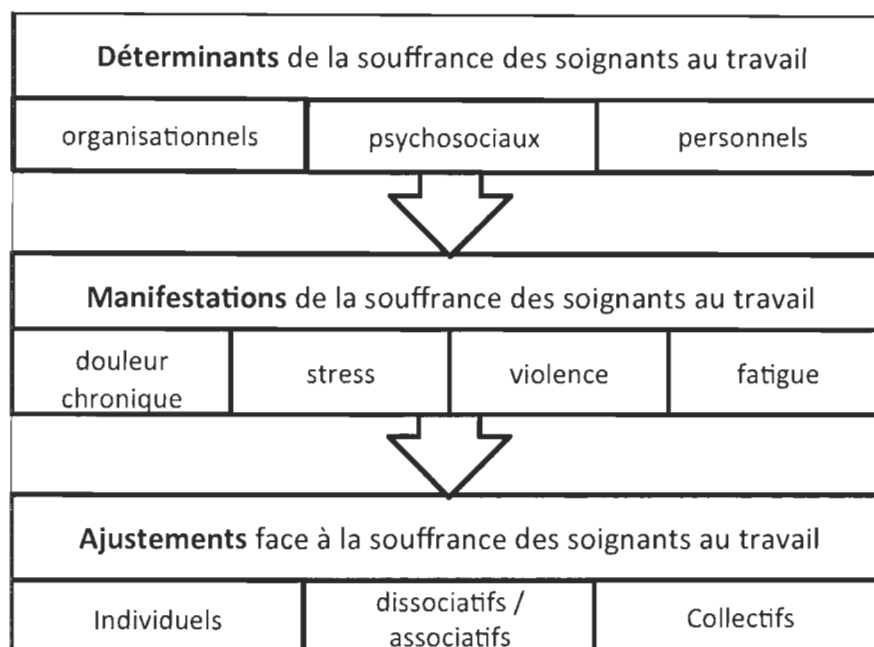


Figure 5. Modèle préliminaire sur la souffrance des soignants au travail (Lacharme, 2010).

En résumé, la revue de la littérature s'appuie sur le modèle circulaire de la douleur à la souffrance (voir Figure 1) et ses composantes en interactions (voir Figure 2), sur l'approche de la situation de travail dans le PDSB (voir Figure 3) et surtout sur le modèle ergonomique de l'intervention centrée sur l'analyse de l'activité de travail (voir Figure 4) et enfin sur le modèle préliminaire de la souffrance des soignants (voir Figure 5). Elle met en évidence la complexité du phénomène de la souffrance au travail, partiellement étudiée à travers le stress et la douleur chronique, la fatigue et l'épuisement professionnel, la violence, la dépression et la détresse psychologique, voire des interactions entre ces variables des troubles de la santé mentale au travail. Bien que l'approche psychodynamique du travail soit centrée sur la souffrance psychique, des déterminants organisationnels aux stratégies de défense, seule l'approche ergonomique

centrée sur l'activité de travail des personnes en souffrance semblait prometteuse pour mieux comprendre le phénomène systémique (manifestations, déterminants et stratégies) et dégager des solutions favorisant le *rester au travail en santé* des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

En conclusion de la revue de la littérature, il est important de préciser que pour atteindre les objectifs présentés au chapitre précédent, l'observation et l'écoute doit être portée sur le vécu des soignants, selon leur réalité et leur perception, menant à la souffrance au travail et à l'absentéisme pour troubles psychologiques. La méthodologie pour atteindre ces objectifs s'appuie sur une intégration entre le modèle d'intervention centrée sur l'activité de travail (voir Figure 4) et le modèle préliminaire de la souffrance des soignants (voir Figure 5).

La figure 6 présente ce modèle intégrateur de la souffrance au travail. Les manifestations de la souffrance au travail font partie des caractéristiques de la personne en activité de travail et les déterminants de sa souffrance sont inclus dans les déterminants de l'activité. Le processus de régulation de l'activité de travail des personnes en souffrance demande des marges de manœuvre et des stratégies face à la souffrance au travail, pour éviter les effets néfastes sur la productivité et surtout sur la santé des personnes, ainsi que les conséquences de la souffrance au travail.

Modèle intégrateur de la souffrance au travail



Figure 6. Intégration du modèle d'intervention ergonomique centrée sur l'activité de travail (Vézina, 2001) et du modèle préliminaire de la souffrance des soignants de CHSLD en A.T. (Lacharme, 2010).

Méthodologie de la recherche

La méthodologie de cette étude doctorale suit les règles d'intervention en ergonomie centrée sur la personne en activité de travail. Elle s'inscrit dans une démarche partenariale et participative, utilise une approche systémique de la problématique et une méthode itérative et inductive, ainsi que des simulations et des auto-confrontations.

Cette méthodologie, élaborée pour répondre aux objectifs de cette étude, repose sur la revue de la littérature et sur les résultats de l'étude préliminaire explorant la souffrance des soignants, présentés au chapitre précédent. Un devis concomitant transformatif a été choisi pour encadrer le déroulement de la recherche, par des étapes progressives et complémentaires réparties sur une année (2011/2012). Après une étape d'introduction nécessaire à l'élaboration du projet et à la construction sociale, à la signature d'un accord entre les partenaires et à la constitution des comités de suivi de la recherche, un entretien individuel incluant des questionnaires et un entretien collectif ont été réalisés avec les participants. Ils préparaient l'étape terrain où les soignants en activité de travail étaient observés et écoutés. Le matériel nécessaire à la collecte des données est présenté au fur et à mesure de la description du déroulement de la recherche, ainsi que des améliorations mineures inspirées par les pré-résultats extraits à chaque étape. La méthode d'analyse des données soutient les résultats de cette étude, validés par les milieux de travail et auprès de chaque participant.

1 Étape d'introduction

Suite à une maîtrise en kinanthropologie sur les difficultés des soignants à rester au travail malgré la douleur et le stress, le contact et le lien de confiance avec les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue n'avaient pas été rompus, en vue du projet doctoral. Des rencontres régulières, avec des cadres hospitaliers et des représentants syndicaux des milieux de travail ciblés, informaient la chercheuse de l'évolution du contexte de travail et des problématiques de santé au travail. Elles ont permis de poser les objectifs de la recherche doctorale en fonction des besoins des CHSLD (garder le personnel au travail) et d'élaborer une méthodologie documentant à leurs demandes la résistance des soignants aux changements et leur manque de confiance en soi, leur perte de sens du travail et de sentiment d'appartenance au milieu du travail, supposées à l'origine de la souffrance au travail. Elles ont permis de tenir compte des demandes des représentants syndicaux inquiets des effets négatifs des changements sur les conditions de travail et sur les modes de gestion du personnel, ayant un impact sur la santé mentale des travailleurs. Cette étape d'introduction s'assurait du respect des règles éthiques de la recherche, de la présentation générale du projet de recherche, de l'entente entre les partenaires et de la constitution des comités d'éthique de suivi de la recherche, du recrutement des participants en vue de l'obtention d'un échantillon représentatif des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

1.1 L'approche éthique de la recherche, à chaque étape

Les comités d'éthique de l'université d'attache, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et du CSSS de St Jérôme, couvrant les demandes faites en région Abitibi-Témiscamingue, ont accepté (voir Appendice A) le projet de recherche sur la souffrance des soignants de CHSLD.

Le formulaire de consentement éthique (voir Appendice A) réservé aux soignants acceptant volontairement de participer à cette étude a été ratifié par ces deux comités d'éthiques de la recherche. Il tient compte du droit à participer librement (sans contrainte) et d'une façon éclairée (informations), à se retirer du processus à tout moment et sans préjudice. Il précise les règles de confidentialité et de divulgation des résultats. Enfin, il donne les coordonnées des personnes ressources en cas de préjudices, avant les signatures officielles.

La confidentialité des données était une préoccupation dans un petit milieu où « les murs ont des oreilles », qui a déterminé le choix d'une salle insonorisée à l'université pour les entretiens (hors des hôpitaux). Comme sur le terrain les commentaires des soignants en activité de travail pouvaient être à portée d'oreilles, ils devaient être recueillis en aparté dans le couloir ou au poste de soins.

La confidentialité des résultats individuels était prévue par la remise en mains propres d'une enveloppe cachetée à chaque participant. Une attention particulière était

demandée à la présentation des résultats généraux à tout public, à la rédaction des rapports de recherche par CHSLD et à la diffusion des résultats dans les médias. Personne ne devait pouvoir être identifié à travers les citations ou des informations particulières. Le secret professionnel liait la doctorante à tout moment et dans tout espace de travail ou de vie.

1.2 La présentation du projet de recherche

Le projet doctoral a été ensuite proposé aux médecins directeurs des services professionnels de tous les CSSS de cette région et aux directeurs de leur CHSLD respectifs, aux cadres responsables des ressources humaines et aux délégués syndicaux (CSN et FIIQ). Ces rencontres initiales informelles renseignaient sur les divergences entre les parties, au sujet de la participation à cette étude et des besoins urgents de solutions à la problématique du moment (pénurie humaine, souffrance au travail).

Dans les CHSLD acceptant de participer à ce projet de recherche, des affiches annonçant la présentation de cette étude avaient été posées aux endroits stratégiques réservés à l'information et aux lieux de passage du personnel, deux semaines avant la date fixée. Un support audio-vidéo intitulée « Entre plaisir et souffrance au travail » a donc été présenté aux personnes intéressées : des représentants de la direction et des ressources humaines, des délégués syndicaux et des soignants, des professionnels de la santé (psychologues, psycho-éducatrices, ergothérapeute, physiothérapeute, commissaire aux plaintes, nutritionniste, médecin).

1.3 L'accord entre les partenaires : le Contrat social de recherche

L'accord verbal informel passé entre la chercheuse et les CHSLD ayant participé à l'étude exploratoire (maitrise en kinanthropologie) n'avait pas été entériné par un engagement écrit et suivi par un soutien durable, suite à des roulements de personnel. Alors, le besoin d'un soutien formel à construire ensemble et définissant l'entente entre les parties selon les besoins de chacun et les aléas du déroulement de la recherche s'est fait sentir. L'idée d'un contrat social de recherche a donc émergé au cours d'une discussion entre des étudiants du comité de la relève du Cinbiose (Centre de recherche interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement) à l'UQAM, faisant le même constat. Ensuite, elle a été développée par la chercheuse et testée pour la première fois dans cette étude sur la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

1.3.1 Présentation du contrat social de recherche et élaboration de son canevas.

La présentation audio-vidéo du projet de recherche doctoral aux partenaires (représentants de la direction et des syndicats) finissait par le contrat social de la recherche (définition, rôle, mode d'élaboration). Le besoin d'une entente codifiée à construire ensemble et de l'adhésion libre et volontaire des partenaires tout au long de l'étude a été souligné et expliqué par la doctorante. Certaines personnes présentes se sont inscrites dans l'immédiat, sur une liste placée au fond de la salle (prénom, numéro de téléphone), d'autres plus tard par téléphone ou par courriel auprès des assistantes de recherche ou de la doctorante.

Un contrat social de recherche s'avère être un document explicatif d'un projet, encadrant la collaboration entre les chercheurs et les partenaires (employeur et syndicats), visant des objectifs communs à formuler selon les besoins et les attentes de chacun. Il sert de cadre de référence au déroulement de la recherche dans un temps donné (échancier). Il définit les rôles, les droits et les devoirs réciproques, voire les limites à l'entente et les marges de manœuvre en cas d'imprévus ou d'incidents. Il constitue un engagement réel entre les parties en présence, un accord à signer sans contrainte.

Un canevas du contrat social de recherche (voir Appendice B) fut élaboré par la doctorante, en fonction des besoins de la recherche et du projet doctoral, du déroulement des étapes et des outils nécessaires. Il tenait compte aussi de la situation de travail des soignants et des attentes des partenaires rencontrés précédemment. En fait, ce canevas n'est qu'un projet d'entente mis par écrit, un cadre à modifier et à remplir avec les partenaires, énumérant les points essentiels à discuter et les éléments à négocier.

1.3.2 Co-construction du contrat social de recherche, signé avec les partenaires. La co-construction du contrat social de recherche avec la chercheuse a été acceptée par cinq personnes volontaires par CHSLD participant, agissant comme représentants de l'employeur et des syndicats. Elles ont été jointes au téléphone par une assistante de recherche et convoquées en réunion. Ce contrat social de la recherche avait pour but de faciliter la réalisation des étapes jusqu'à la diffusion des résultats. Il tenait

compte des besoins et des attentes de chaque partie, des compétences et de la disponibilité des personnes en distribuant les rôles à chacun en fonction des exigences de la recherche, de la demande du milieu de rester libre dans le choix des solutions à mettre en place. En cas d'imprévus ou d'aléas, des adaptations étaient envisagées en accord avec les partenaires pour faciliter le déroulement de la recherche et le respect de l'échéancier.

Au début de la rencontre, la chercheuse a lu un résumé du projet de recherche visant à favoriser le *rester au travail* en santé des soignants, en étudiant leur souffrance au travail et en proposant des pistes de solutions. Ensuite, la définition et le rôle du contrat social de la recherche ont été rappelés et son canevas distribué (voir Appendice B) et présenté globalement par la doctorante aux personnes présentes. Les consignes données aux partenaires étaient d'apporter des modifications ou des reformulations, de faire des ajouts ou des suppressions, de formuler des commentaires et des suggestions, librement et dans le respect mutuel. Le canevas du contrat social de recherche a été ensuite repris point par point et transformé en un contrat social de recherche satisfaisant pour tous. Une fois rédigé et imprimé, le document a été rempli en termes d'engagement général entre les parties et d'engagement particulier entre les personnes, nominativement.

Une copie du document final fut proposée par courriel en relecture à toutes les personnes concernées, pour commentaires et suggestions éventuels. Enfin, chaque personne était invitée à signer le document final corrigé, c'est-à-dire à s'engager dans ce

cadre formel et souple à la fois à jouer un rôle dans la recherche, sans attente de bénéfices ou d'avantages quelconque, selon les règles éthiques habituellement appliquées aux seuls participants (les soignants).

Les exigences des partenaires, notifiées dans ce contrat social de la recherche, devaient être respectées à tout moment. Malgré quelques variantes par CHSLD, tous refusaient la présence des assistantes de recherche sur le terrain et l'utilisation du matériel d'enregistrement audio-vidéo, pourtant habituelles en ergonomie. La chercheuse a donc été seule, à collecter les données observées et entendues au cours de l'activité de travail (sur papier), évitant aux partenaires d'avoir à demander aux patients ou à leurs ayant-droits le consentement à être éventuellement enregistrés (règles éthiques). De même, tous les CHSLD demandaient à la chercheuse d'étudier les données de façon à ne pouvoir identifier les milieux de travail, c'est-à-dire de respecter la confidentialité collective. En effet, seuls les résultats généraux pouvaient être connus et diffusés, sans comparaison possible entre CHSLD.

Les exigences de la chercheuse, inscrites dans ce contrat social de la recherche, avaient été négociées avec chaque CHSLD participant. La première exigence concernait la libération et la rémunération supplémentaire des soignants en entretien collectif (2 h 30) et pour la présentation finale des résultats (1 h 30), à un tarif variable selon les ententes entre les cadres et les représentants syndicaux. Par contre, la participation à l'entretien individuel un jour de repos (1 h 30) et à l'auto-confrontation (1 h)

prolongeant l'étape terrain dans le cycle habituel de travail, étaient non rémunérées. La seconde exigence insistait sur la latitude, de la chercheuse et de ses réviseurs, dans le contenu scientifique et le mode de diffusion des résultats généraux.

1.4 Les comités de suivi de la recherche

Les présentations audio-vidéo du projet de recherche doctoral finissaient par un appel à participation aux comités de suivi de la recherche, dont l'organisation revenait à un partenaire signataire du contrat social de la recherche, dans chaque CHSLD participant. En donnant leur nom à ce partenaire, les personnes intéressées s'engageaient à participer dans leur CHSLD à trois rencontres réparties dans l'année, c'est-à-dire à la fin de chaque étape de la recherche. Seules les personnes travaillant auprès des patients dans les CHSLD participant pouvaient participer à ces comités de suivi : cadres intermédiaires, représentants syndicaux, professionnels de la santé et soignants non participant aux étapes de la collecte des données.

Le rôle de ces comités de suivi consistait à faciliter l'organisation de la recherche sur le terrain et à avoir une réflexion critique sur la méthodologie appliquée et sur les pré-résultats de l'étape précédente, qui leur étaient présentés en diaporama. En effet, il s'agissait d'améliorer la compréhension des données dans le contexte du travail et de dégager le sens collectif des pré-résultats, au plus près de la réalité individuelle des soignants. Alors, les résultats obtenus pourraient amener à des pistes de solutions plus efficaces pour déconstruire la souffrance des soignants au travail.

1.5 Le recrutement des participants à la recherche

La présentation audio-vidéo du projet de recherche doctoral aux soignants (infirmières, infirmières-auxiliaires, préposés aux bénéficiaires), aux changements d'équipe de travail (nuit/jour, jour/soir), finissait par l'appel à participation à la recherche. Le formulaire d'éthique à la recherche (voir Appendice A) était à la disposition des soignants au fond de la salle. La préinscription pouvait être faite dans l'immédiat (prénom, numéro de téléphone) ou plus tard en téléphonant à l'assistante de recherche.

Suite à cette présentation audio-vidéo, des petites affiches d'appel à participation étaient posées aux endroits stratégiques de chaque CHSLD participant. Quelques semaines plus tard, deux jours de présence dans chaque CHSLD étaient proposés par la chercheure, afin d'informer toutes les équipes de travail et de favoriser le recrutement de soignants participant. Cette relance animée par la chercheure consistait à être à la disposition des soignants afin de répondre à leurs questions, soit à côté d'affiches géantes placées à des endroits de passage, soit en se déplaçant avec ces affiches (femme sandwich) dans les unités de soins à des horaires convenus avec la direction des ressources humaines de chaque CHSLD participant. Ces affiches résumaient la présentation audio-vidéo précédente. Les formulaires de consentement éthique étaient à la disposition des soignants sur une table devant les ascenseurs et la préinscription à cette étude pouvait se faire en contactant l'assistante de recherche par téléphone.

1.6 La population soignante visée et l'échantillon possible

Parmi les 615 soignants (infirmières, infirmières-auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) constituant l'effectif des cinq CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue en 2011, un échantillon de 10 % était attendu pour représenter la population visée par cette étude. Il suffisait d'être présent au travail, non pas en arrêt de travail ou en vacances, pour avoir le droit de participer à la recherche sur la souffrance des soignants.

L'échantillon effectif des soignants provenait de trois établissements ayant accepté de participer, situés dans trois villes différentes. Ces établissements hébergeaient 292 clients (patients) en tout, pour la plupart des personnes âgées en perte d'autonomie, ayant des troubles cognitifs ou de comportements. Les autres clients étaient des personnes de tout âge, ayant des maladies chroniques ou dégénératives invalidantes, voire des maladies mentales. Pour assurer les soins d'hygiène et les soins médicaux à toutes ces personnes, l'effectif des soignants était de 388 employés (245 en équivalents temps plein) en 2011.

2 Déroutement de la recherche

Après l'étape d'introduction, la rencontre de personnes cadres intermédiaires, ciblées par les partenaires du contrat social de recherche, a permis de documenter d'une façon informelle le contexte de travail des soignants. Il s'agissait de relever les caractéristiques de chaque CHSLD participant et leur organisation du travail, la particularité des conditions de travail et même les stratégies organisationnelles mises en place pour garder les soignants au travail.

Après l'étape d'introduction, les soignants intéressés à participer étaient joints par téléphone par l'assistante de recherche (répondeur) et invités à rappeler pour prendre rendez-vous avec la doctorante, en vue d'un entretien individuel. Il en était de même plus tard pour l'entretien collectif et l'étape terrain.

Le Tableau 1 donne une vue d'ensemble du cadre de la recherche, où l'approche qualitative du phénomène de la souffrance des soignants en activité de travail est prioritaire sur l'approche quantitative (devis concomitant transformatif). Le déroulement de la recherche, de l'étape d'introduction au retour des résultats, passe par des entretiens et des observations sur le terrain, suivis par la mise en place de solutions à tester ultérieurement. De plus, les comités de suivi de la recherche contribuent à la quête de sens des données générales et les auto-confrontations des données individuelles avec les participants à la validation du sens des données individuelles.

Tableau 1

*Vue d'ensemble des étapes de la recherche sur la souffrance des
soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue*

Étapes de la recherche	Méthodes	Échéancier
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> - S'informer sur le contexte évolutif et la problématique par des rencontres informelles avec l'employeur et les représentants syndicaux - Définir les objectifs et rédiger le projet de recherche - Obtenir les certificats d'éthique obligatoires - Présenter en diaporama le projet doctoral dans les CHSLD et le modèle préliminaire de la souffrance - Construire un contrat social avec les partenaires de recherche (représentants de direction et des syndicats) - Relever les données organisationnelles du contexte de travail, en rencontrant des gestionnaires des CHSLD - Initialiser les comités de suivi de la recherche et appeler les soignants à participer (diaporama, affiches) 	Février à septembre 2011
Entretien individuel	<ul style="list-style-type: none"> - Semi-structuré, incluant des questionnaires - Interroger et écouter les soignants, jusqu'à épuisement de la parole (1 h 30 à 2 h 30) - En suivant le support prévu (voir Appendice C) 	Octobre 2011 à février 2012
Comité de suivi 1 *	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les pré-résultats des entretiens individuels (diaporama) - Noter les commentaires et les réflexions 	Janvier à mars 2012
Entretien collectif	<ul style="list-style-type: none"> - Interroger et écouter les soignants jusqu'à épuisement de la parole (2 h 30 à 3 h) - Sur les sujets collectifs prévus et ceux émergents des entretiens individuels, nécessitant approfondissement 	Janvier à avril 2012
Comité de suivi 2 *	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les pré-résultats des entretiens collectifs (diaporama) - Noter les commentaires et les réflexions 	Mars à juin 2012

Tableau 1 (suite)

*Vue d'ensemble des étapes de la recherche sur la souffrance des
soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue (suite)*

Étapes de la recherche	Méthodes	Échéancier
Terrain	<ul style="list-style-type: none"> - Observer l'activité de travail jour/soir/nuit (8 h par participant), remplir la <i>chronique de l'activité</i> et tenir le <i>journal de bord</i> - Remplir les grilles d'observation et écouter le vécu des soignants sur leur souffrance au travail et ses déterminants - Mesurer les pas avec le podomètre et faire évaluer la fatigue (+, ++, +++) - Faire évaluer le stress en % (MSP), la douleur avec l'EVA et l'effort avec l'échelle de Borg - Auto confronter les observations auprès des soignants et les stratégies observées face à la souffrance (en aparté) 	Mai à août 2012
Comité de suivi 3 *	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les pré-résultats de l'étape terrain (diaporama) - Noter les commentaires et les réflexions 	Août à octobre 2012
Retour des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats généraux (diaporama) et discussion sur les pistes de solutions avec partenaires et participants - Résultats individuels (sous enveloppe) et auto-confrontation des soignants participants - Faire un rapport de recherche à la direction et expliquer le modèle final issu des résultats de la recherche - Faire un suivi sur les solutions choisies et appliquées, en vue d'une évaluation ultérieure de leur efficacité 	Février à juin 2013

*constitué de gestionnaires, représentants syndicaux et professionnels de la santé

Les supports d'entretiens et les outils de la recherche (questionnaires, grilles d'observation, podomètre, échelles d'évaluation) sont décrits au fur et à mesure de la description du déroulement méthodologique de la recherche.

2.1 Entretien individuel, incluant des questionnaires

Le support de l'entretien individuel a été élaboré en s'inspirant de celui utilisé lors de la maîtrise en kinanthropologie (manifestations, déterminants, ajustements ou stratégies), en tenant compte des critiques des soignants au sujet de la place et du nombre de questionnaires. Ce support organisé, guidant l'entretien individuel, a été testé avec les assistantes de recherche et une soignante non participante, pour être révisé et amélioré (voir Appendice C) avant utilisation avec les participants.

L'entretien individuel était semi-structuré, généralement avec des questions ouvertes puis fermées favorisant l'explicitation (Vermersch, 1994). Il était programmé la veille de la reprise d'un cycle de travail, moment où le stress d'anticipation était dit maximum par les participants à l'étude préliminaire. Il se déroulait à l'université dans une salle fermée, à la demande renouvelée des participants à cette étude. La particularité de l'entretien individuel était d'inclure des questionnaires et de se dérouler un jour de repos, la veille de la reprise du travail pour chaque participant. Le support d'entretien individuel et les questionnaires étaient placés entre la chercheuse et le participant, lus et expliqués à haute voix par la doctorante, pour répondre à la demande formulée au moment de l'inscription de personnes vivant un handicap (lecture, écriture,

compréhension). Faute d'avoir l'autorisation par les soignants d'enregistrer les propos, les réponses étaient écoutées et notées par la chercheuse sur le support d'entretien individuel, sous le regard des participants qui les validaient, voire étaient relues à la demande des participants ou au moindre doute de compréhension. Cet entretien individuel durait 1 h 30 à 2 h 30 selon les participants, c'est-à-dire jusqu'à épuisement de la parole et non épuisement des données, une question d'éthique en recherche sur la souffrance (psychologique).

Après le dépôt du formulaire de consentement éthique dûment signé par le participant, l'entretien individuel commençait par des généralités sur les caractéristiques personnelles (sexe, âge, scolarité, statut matrimonial, famille) et professionnelles (lieu de travail, statut d'emploi, ancienneté, poste de travail, horaires et cycle de travail, vacances) du participant, sur les caractéristiques influençant sa santé (poids, taille, activités physiques, habitudes de vie) et sur son état de santé générale selon sa perception : santé physique et douleur, santé psychologique et souffrance. Les définitions de la douleur et de la souffrance étaient rappelées aux soignants (voir revue de la littérature). Ensuite, la première partie de l'entretien individuel permettait de faire connaissance avec la personne au travail et d'investiguer sa douleur éventuelle, comme lors de l'étude exploratoire de la souffrance au travail. La seconde partie suivait les objectifs de cette étude doctorale qui visaient à comprendre le phénomène complexe de la souffrance, à travers ses manifestations (stress, violence, fatigue), ses déterminants

(organisationnels, psychosociaux et personnels) et les stratégies individuelles et collectives (dissociatives, associatives) développées face à cette souffrance au travail.

2.1.1 La première partie de l'entretien individuel : la personne au travail et la douleur. Le participant était invité à présenter la perception qu'il avait de lui-même au travail, en cinq mots pour décrire sa personnalité au travail puis en s'interrogeant sur son amour du travail, sa passion du métier et surtout le plaisir vécu au travail. Il avait à évaluer la satisfaction de ses besoins par le travail, selon une hiérarchie (Maslow, 1968), et à nommer ses valeurs personnelles liées au travail. Comme la qualité du travail est la première valeur demandée aux soignants par leurs employeurs, les participants étaient interpellés au sujet de la qualité de leur travail, selon leur perception.

Les trois questionnaires (voir Appendice D) qui suivent complétaient l'approche de la personne au travail, en abordant l'estime de soi, le caractère et le tempérament, la qualité de vie au travail :

- Le questionnaire sur « la perception de soi et l'estime de soi » (EES-10, Rosenberg, 1965, traduit et validé par Vallières & Vallerand, 1990) est composé de deux séries de 10 énoncés évaluées sur une échelle de 1 à 4 (plutôt en accord, en accord, en désaccord, plutôt en désaccord). Par série d'énoncés, le score s'échelonne entre 10 et 40, après correction des cinq affirmations inversées. L'estime de soi est considérée présente avec un score situé entre 30 et 40;

- Le questionnaire sur « l'inventaire du caractère et du tempérament » (TCI, Cloninger, Svrakis, & Przybeck, 1993; traduit et validé par Pelissolo & Lépine, 1997) est composé de 56 affirmations (oui/non) mélangeant 7 catégories : recherche de la nouveauté, persistance, évitement du danger, dépendance, coopération et transcendance. Le choix de ce questionnaire était justifié par ses catégories, dont certaines semblaient des sujets de préoccupation des soignants (étude préliminaire) et des cadres de direction (étape d'introduction). Il met en évidence des traits dominants de la personnalité, à titre indicatif et qualitatif;

- Le questionnaire sur « la qualité de vie au travail » (QVT, Élizur & Skye, 1990; traduit et validé par Delmas, 2001) évalue l'état de bien être ressenti dans le milieu de travail. Il mélange quatre dimensions (physique, psychologique, sociale, culturelle) et quatre modes (expressif, adaptatif, intégratif, conservateur) en 16 énoncés évalués sur une échelle de 1 à 6 entre « très peu » et « en très grande partie ». Avec un score sur 96, il met en évidence les dimensions et les modes dominants, à titre indicatif et qualitatif.

L'investigation de la douleur a été élaborée en s'appuyant sur le modèle circulaire de la douleur (Loeser, 1980) et sur le questionnaire scandinave (Kuorinka et al., 1987, traduit et validé par Descatha et al., 1994), comme lors de l'étude préliminaire. Il s'agissait d'abord d'amener la personne à parler de sa douleur en termes de ressenti physique, c'est-à-dire de la douleur musculo-squelettique des douze derniers mois. Les localisations variables de la douleur étaient montrées ensuite sur une silhouette papier et l'intensité de chacune d'elles évaluée avec l'échelle visuelle analogique (EVA,

Huskicson, 1974), matérialisée sur une réglette ($\leq 4/10$ dit acceptable au travail). Il s'agissait aussi de savoir si ces douleurs étaient dérangeantes dans les activités de travail et observables sur le terrain par des signes particuliers, si elles avaient un impact sur la quantité et la qualité du travail, les humeurs et le moral, les comportements et les relations, les croyances et la vie spirituelle. Des questions concernaient enfin la fréquence et la durée de ces douleurs musculo-squelettiques, le recours à des arrêts de travail et à des traitements éventuels.

2.1.2 Deuxième partie d'entretien individuel : les manifestations de la souffrance. Cette deuxième partie de l'entretien individuel commençait par deux questions générales sur les difficultés physiques et psychologiques, vécues au travail et à risque de douleur et de souffrance. Elles faisaient le lien entre le sujet de la maîtrise en kinanthropologie et celui du doctorat.

L'investigation de la souffrance vécue au travail dans cette deuxième partie d'entretien individuel suivait de près celle de la douleur en première partie. En effet, au cours des douze derniers mois, l'existence éventuelle de la souffrance pouvait être dérangeante dans les activités de travail. Elle était aussi documentée en termes de fréquence et de durée, d'arrêts de travail et de traitements. Faute d'échelle existante pour situer le niveau de souffrance au travail, la chercheuse a demandé à chaque participant d'évaluer leur niveau moyen de plaisir puis de souffrance au travail au cours de la dernière année, sur une ligne graduée entre 0 et 100 % (réglette à double entrée).

Ces deux évaluations subjectives amenaient les soignants à se situer "entre plaisir et souffrance au travail", en déplaçant le curseur sur la réglette (voir Appendice C) et en commentant la position choisie en fonction de leur ressenti habituel et de leur limite acceptable de souffrance au travail. Enfin, les participants devaient décrire précisément cette souffrance au travail, selon les éléments qui la constituaient et les signes ressentis ou visibles par lesquels elle se manifestait. Ces signes visibles de souffrance au travail, comme ceux du plaisir au travail relevés précédemment, étaient utiles à l'observation ultérieure sur le terrain.

Plusieurs questionnaires (voir Appendice D) venaient ensuite compléter l'investigation des éléments de la souffrance au travail. Ils ont été choisis en fonction de la revue de la littérature et des résultats de l'approche préliminaire de la souffrance lors de la maîtrise en kinanthropologie :

- Un questionnaire sur « les traits d'anxiété et l'anxiété situationnelle » (STAI, Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970; ASTA, version française validée par Bergeron & Landry, 1983) a été choisi, suite aux observations fortuites de signes d'anxiété chez les soignants en activité de travail, au cours de l'étude préliminaire. Il comporte deux séries de 20 énoncés, évaluées sur une échelle entre 1 et 4. La première série décrit les traits d'anxiété (en général) entre *presque jamais* et *presque toujours*, à rattacher à la première partie de l'entretien individuel. La deuxième série se rapporte à l'anxiété en situation de travail (en ce moment) cotée entre *pas du tout* et *beaucoup*, commentée en fonction de la souffrance au travail. Le score maximum de chaque série est de 80 et

l'interprétation des auteurs situe le seuil critique de l'anxiété à 40. Les signes observables de l'anxiété étaient mis en évidence par ce questionnaire;

- Un questionnaire sur la « mesure de stress psychologique au travail » (MSP, Lemyre & Tessier, 1988), déjà utilisé lors de l'étude préliminaire, comporte 53 énoncés évalués sur une échelle de 1 à 8, entre *pas du tout* et *énormément*. Un pourcentage de stress au travail (formule en Appendice D) a été calculé, une fois corrigés les énoncés inversés. La limite de 30 % de stress, en moyenne dans la dernière année, était reconnue acceptable au travail par les soignants ayant participé à l'étude préliminaire et reconduite pour cette étude doctorale. Ce questionnaire était rempli après l'évaluation subjective du pourcentage de stress perçu par le participant, à comparer au résultat objectif calculé (utile sur le terrain). Ce questionnaire était supposé évaluer le stress d'anticipation, jugé le plus intense la veille de la reprise d'un cycle de travail, par les soignants en étude préliminaire;

- « L'échelle de réactions physiques » (9 énoncés) et « l'échelle de réactions émotionnelles » (12 énoncés) à un stress intense vécu lors de situation traumatisante (ERPI et EREI, Falsetti et al., 1994; Kilpatrick et al., 1991; traduit par Martin et al., 1999) a été choisi, pour connaître les signes observables de stress sur le terrain. Elles énumèrent des signes qui sont cotées de 1 à 4 entre *pas du tout* et *extrêmement*. Le score critique à retenir pour l'échelle physique est situé entre 9 et 36 et pour l'échelle émotionnelle entre 12 et 48;

- « L'inventaire sur l'épuisement professionnel » (MBI, Maslach & Jackson, 1981; traduit par Dion & Tessier, 1994) traite de la fatigue repérée lors de l'étude préliminaire

et évalue l'usure psychologique au travail. Il est constitué de 22 énoncés distribués entre trois catégories : fatigue émotionnelle (9), dépersonnalisation (5), sentiment de non-accomplissement au travail (8). Il s'agit d'évaluer une fréquence d'apparition des symptômes entre (0) *jamais* et (6) *chaque jour*. L'interprétation de l'épuisement professionnel retient une fatigue émotionnelle (score 18 à 54), une dépersonnalisation (score 6 à 30) et un sentiment de non-accomplissement au travail (score 39 à 48);

- « L'inventaire de dépression » (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, traduit et validé par Bourque & Beaudette, 1982) répertorie des symptômes, à prendre en considération s'ils sont vécus tous les jours, depuis trois ou quatre semaines et en lien avec le travail. Il propose 21 séries de symptômes cotés entre 0 et 3, selon leur degré d'expression. Les scores signalent des troubles bénins de l'humeur (entre 11 et 16), des risques de dépression (17 à 29), de la dépression (21 à 30) grave (31 à 40) ou très grave (40 à 63). Un diagnostic médical et une prise en soins au sujet de la dépression sont à vérifier auprès du participant;

- Dans un regroupement de questionnaires (Bourbonnais et al., 2005), la détresse psychologique est un sentiment de désarroi vécu en cas de situations critiques ou graves, d'impuissance face à la situation de travail (PSI, Ilfeld, 1976; Perrault, 1987). Elle est documentée par 14 énoncés et cotée de 1 à 4 entre *jamais* et *très souvent*. Un score compris entre 42 et 56 indique un niveau de détresse psychologique à risque pour la santé mentale au travail.

Pour préparer l'observation des soignants en activité de travail, deux questions supplémentaires les interrogeaient sur les signes ressentis et les signes observables de leur fatigue et de leur stress au travail. De plus, l'élément violence exprimé par les soignants au travail (et même hors du travail) était documenté par les signes ressentis et observables au travail, en tant que manifestation et aussi déterminant de la souffrance au travail. Ainsi les éléments de la souffrance des soignants que sont la douleur et le stress au travail, la fatigue et la violence exprimée au travail (selon les résultats de l'étude exploratoire préliminaire), à risque de dépression et d'anxiété situationnelle, de détresse psychologique et épuisement professionnel (selon la revue de la littérature) sont proposés en tant que manifestations possibles de la souffrance chez les soignants, pour répondre au premier objectif de cette étude doctorale.

2.1.3 Deuxième partie de l'entretien individuel : les déterminants de la souffrance. Les déterminants de la souffrance au travail sont les facteurs à l'origine de cette souffrance, visées par les participants selon leur vécu. Ils ont été répartis entre les catégories organisationnelles, psychosociales et personnelles prévues.

Cette partie de l'entretien individuel (voir Appendice C) commençait par une question générale ouverte, demandant aux soignants à quoi ils attribuent en ce moment leur souffrance au travail. Les deux questions suivantes visaient à obtenir des précisions sur les changements organisationnels vécus par les soignants, depuis le déroulement de

la maîtrise en kinanthropologie (2006/2007). Les réponses étaient à rapprocher de celles données aux mêmes questions par les gestionnaires à l'étape d'introduction.

2.1.3.1 Déterminants du stress et de la violence contribuant à la souffrance au travail. Après cette entrée en matière, les soignants étaient interrogés plus spécifiquement sur les déterminants du stress et de la violence qui sont à risque de souffrance au travail. En effet, les participants ont répondu d'abord à une question ouverte sur les déterminants de leur stress dit souffrant au travail, avant d'approfondir la particularité du stress d'anticipation par des questions ciblées : moment d'apparition, intensité, signes ressentis ou observables, répercussions sur la vie et le travail, lien éventuel avec la souffrance au travail. Ensuite, la violence était définie oralement (voir revue de la littérature) puis documentée systématiquement par des questions fermées puis ouvertes : violence physique et émotionnelle subie de la part des patients au cours de la dernière année, subie hors du travail actuellement et par le passé, subie au travail en tant que témoin. Bien que la violence exprimée puisse être une manifestation de la souffrance des uns et à la fois un déterminant de la souffrance des autres, elle a été documentée seulement parmi les manifestations possibles. Par contre, la violence subie au travail de la part des patients et le fait d'être témoin de violence au travail ont été documentés dans les déterminants éventuels de la souffrance au travail. Les participants avaient aussi à expliquer le lien éventuel de ces éléments et déterminants de la violence avec leur souffrance au travail.

2.1.3.2 Déterminants organisationnels et psychosociaux de la souffrance au travail. Le regroupement de questionnaires (voir Appendice D) permettait d’approfondir quelques déterminants du stress et de la violence au travail, ciblés dans la revue de la littérature et par les milieux de travail. Il était important d’avoir libéré la parole des soignants sur ces déterminants de leur souffrance au travail en entretien individuel, avant de la réduire au cadre de questionnaires codifiés. Les soignants ont donc été ensuite questionnés sur :

- la latitude décisionnelle (9 énoncés), la demande psychologique du travail (9 énoncés), le soutien psychosocial (8 énoncés), la reconnaissance (7 énoncés), mais aussi la demande émotionnelle (7 énoncés) et la prévisibilité au travail (3 énoncés). Les cotes sont réparties de 1 à 4, entre *fortement en désaccord* et *fortement en accord*;
- le sens du travail (2 énoncés) et le comportement agressif des patients (4 énoncés), la violence physique et l’intimidation subies par les soignants (10 énoncés) de la part des patients, de leur famille, de la part des supérieurs, des collègues et des subordonnés. Les cotes sont réparties de 1 à 5, entre *pas du tout* et *extrêmement*.

De plus, trois questions fermées extraites du questionnaire Evrest (Molinié & Leroyer, 2011) ont été introduites dans le support d’entretien individuel (voir Appendice C). Elles portaient de la prémisses de charge de travail et de contraintes de temps, reconnue dans la littérature et dans l’étude préliminaire, qui pouvait induire un dépassement d’horaire, des pauses écourtées et des tâches traitées trop vite. Une

question ouverte sur le lien éventuel de ces considérations organisationnelles avec la souffrance au travail était également posée.

Une liste non exhaustive de déterminants organisationnels et psychosociaux de troubles de la santé mentale au travail, cités dans la revue de la littérature et parmi les résultats de l'étude exploratoire sur la souffrance des soignants, était proposée ensuite aux participants, comme source éventuelle de leur souffrance au travail : poste de remplacement, cycle et horaires de travail, vacances insuffisantes, mobilité et polyvalence, conflits non gérés, harcèlement, dénonciations, équilibre travail-famille-vie privée. Les soignants étaient invités à commenter cette liste et à aborder d'autres déterminants possibles selon leur vécu de la souffrance au travail.

2.1.3.3 Déterminants personnels de la souffrance des soignants au travail. Les déterminants personnels de la souffrance ont été introduits en entretien individuel, en interrogeant les participants sur le rapport entre la pénibilité du travail et leurs capacités psychologiques personnelles à réaliser leurs tâches. Cette évaluation subjective rappelait celle faite entre la pénibilité physique du travail et les capacités physiques des soignants à le réaliser, par les tableaux de Granier et al. (2001) en étude préliminaire.

Les six facteurs personnels à l'origine de la souffrance, ayant émergé des résultats de l'étude préliminaire, ont été ensuite repris dans le texte du support d'entretien individuel (voir Appendice C). L'attachement, la dépendance, la dualité intérieure,

l'ignorance, l'illusion et la violence intérieure ont été définis par écrit, à travers trois exemples concrets provenant de l'activité de travail. Ces facteurs déterminants de souffrance personnelle au travail ont été ensuite évalués subjectivement par les participants (notés sur 10).

Pour terminer cette investigation en entretien individuel des déterminants personnels de la souffrance des soignants, une dernière question était posée aux participants qui devaient évaluer en pourcentage la part attribuable à chaque catégorie (organisationnelle, psychosociale et personnelle) dans la composition globale de leur souffrance au travail. Il s'agissait de mettre en perspective les données précédentes et d'inviter les soignants à relativiser l'importance de chaque catégorie, indépendamment des mots employés et du temps de parole utilisé. Ils étaient aussi invités à expliquer toutes interdépendances éventuelles entre ces catégories de déterminants, avant d'aborder les stratégies mises en place face à leur souffrance au travail. Ainsi, les déterminants de la souffrance des soignants (organisationnels, psychosociaux, personnels) abordés lors de l'étude préliminaire pouvaient être approfondis afin de répondre au deuxième objectif de cette étude doctorale.

2.1.4 Deuxième partie d'entretien individuel : les stratégies développées face à la souffrance au travail. La deuxième partie de l'entretien individuel se terminait par l'investigation des stratégies développées face à la souffrance au travail (voir Appendice C), c'est-à-dire tout moyen de défense utilisé face à une situation réellement

menaçante ou évaluée comme telle. Ces stratégies décrivent les différentes pratiques individuelles ou collectives (associatives ou dissociatives) visant à soulager la souffrance au travail.

Comme l'étude préliminaire avait généré peu de résultats sur les « ajustements » mis en place face à la souffrance au travail, la doctorante a choisi de commencer par trois listes non exhaustives de « stratégies » face à la souffrance au travail. La première liste inventorie les stratégies organisationnelles, en s'appuyant sur la littérature et sur les rencontres préliminaires avec les cadres hospitaliers : politique de Milieu de vie et concept d'*Humanitude*, formations au toucher professionnel et en prévention de la violence, effectifs et moyens, coopération et soutien, marque de reconnaissance et marges de manœuvre, responsabilités et confiance, souplesse dans les horaires. La seconde liste énumère les stratégies collectives observées sur le terrain au cours de l'étude préliminaire : reconnaissance réciproque et humour pour désamorcer les conflits latents, réunions d'équipe. La troisième liste cite les diverses stratégies individuelles nommées en entretien par les participants à l'étude préliminaire : confrontation (lutte) ou évitement (fuite), présentéisme (immobilisme), émotions exprimées ou réprimées, et même compétence ou intelligence émotionnelle. À partir de ces listes de stratégies proposées aux participants, la chercheuse les invitait à décrire leurs propres stratégies face à la souffrance au travail et à donner des exemples concrets, observables sur le terrain. Des stratégies hors listes, appliquées par les soignants, pouvaient être expliquées jusqu'à épuisement de la parole.

L'entretien individuel se terminait par deux questionnaires sur les stratégies possibles face au stress (voir Appendice D), élément de la souffrance au travail :

- Un questionnaire sur les stratégies de gestion des situations stressantes au travail, dans le sens de l'habileté à composer avec les déterminants du stress (WC-R coping : Quintard et al., 1996; Vitaliano et al., 1985), centrées sur le problème, les émotions et le soutien, est composé de 27 énoncés à coter. Ce questionnaire distingue des stratégies intellectuelles et professionnelles (centrées sur le problème), émotionnelles et personnelles (centrées sur les émotions), psychosociales et organisationnelles (centrées sur le soutien). Il est retenu à titre indicatif et qualitatif, selon le mode de gestion dominante de chaque participant, observable en activité de travail.
- Un dernier questionnaire décrit des expériences dissociatives, suggérées en étude préliminaire par les soignants, suite à un événement particulièrement traumatisant (stress post-traumatique). Ce questionnaire sur les expériences dissociatives (PDEQ : Marmar et al., 1997, adapté par Martin et al., 1999) est composé de 10 énoncés cotés de 1 à 5, entre *pas du tout vrai* et *extrêmement vrai*. Ces énoncés ont été légèrement reformulés avec l'accord de la première auteure (UQAM) et testés par deux groupes d'infirmières étudiantes à l'université (UQAT). Ils traitent du fait de « se sentir coupé de son corps », « neutre émotionnellement », « débranché de sa vie », « absent de soi-même », « sur le pilote automatique » et « acteur et spectateur à la fois ». À la fin de ce questionnaire, il était demandé en plus aux soignants si chacune de ces expériences dissociatives est vécue en permanence ou seulement lors de difficultés particulières au travail.

Ainsi les différentes stratégies développées face à la souffrance des soignants pouvaient être décrites et évaluées en réponse au troisième objectif de cette étude doctorale.

Le Tableau 2 regroupe les différents questionnaires qui ont complété l'approche de la souffrance des soignants en entretien individuel, à travers ses éléments, ses déterminants et ses stratégies.

À travers les données collectées en entretien individuel, des thèmes à approfondir en entretien collectif peuvent émerger et des signes observables de souffrance en termes de douleur, de stress, de fatigue et de violence peuvent être retenus pour l'étape terrain. Comme prévu à l'étape d'introduction, la première rencontre des comités de suivi de la recherche s'est déroulée après les entretiens individuels, une fois les pré-résultats extraits des données.

Tableau 2

Liste des questionnaires introduits en entretien individuel, documentant des éléments de la souffrance des soignants, des déterminants et des stratégies

Éléments de la souffrance au travail	Questionnaires validés introduits en entretien individuel
Stress (anticipation, au travail)	MSP (Lemyre & Tessier, 1988)
Réactions physiques et psychologiques au stress (post-traumatique)	ERPI et EREI (Falsetti et al., 1994; traduit par Martin et al., 1999).
Douleur	Extrait du questionnaire nordique (Kuorinka et al., 1987, traduit et validé par Descatha et al., 1994) inclus dans le texte du cadre d'entretien
Anxiété situationnelle	ASTA (Spielberger et al., 1970; traduit par Bergeron & Landry, 1983)
Dépression	BDI (Beck et al., 1961, traduit par Bourque & Beaudette, 1982)
Épuisement professionnel	MBI (Maslach & Jackson, 1981, traduit par Dion & Tessier, 1994)
Détresse psychologique	Regroupement des questionnaires (Bourbonnais et al., 2005 : PSI, Ilfeld, 1976, traduit par Perrault, 1987)

Tableau 2 (suite)

Liste des questionnaires introduits en entretien individuel, documentant des éléments de la souffrance des soignants, des déterminants et des stratégies (suite)

Déterminants de la souffrance au travail	Questionnaires validés introduits en entretien individuel
Organisationnels : - Perte de sens du travail - Manque de reconnaissance - Demandes et contrôle (facteurs de stress au travail) - Heures supplémentaires - Insuffisance des pauses - Surcharge de travail et baisse de qualité	Regroupement des questionnaires (Bourbonnais et al., 2005) : - Extraits du COPSOQ (Kristensen, 2001) - ERI FII (Siegrist, 2001; Siegrist & Peter, 2000) : volet reconnaissance - Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1998) Extraits du questionnaire Evrest (Molinié & Leroyer, 2011)
Psychosociaux : - Manque de soutien psychosocial - Violence physique et intimidation des collègues, des supérieurs ou des subordonnés, des familles de résident	Regroupement des questionnaires (Bourbonnais et al., 2005) : - Job Content Questionnaire (Karasek, 1997) - Extraits de l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la Statistique du Québec, 2001)
Autres : - Imprévisibilité au travail - Comportement agressif des résidents - Demande émotionnelle du travail	Regroupement des questionnaires (Bourbonnais et al., 2005) : - Extraits du COPSOQ (Kristensen, 2001) - Extraits du MCAR (Baumgarten et al., 1990) - Extraits de "The Nursing Scale" (Gray-Toft & Anderson, 1981)
Stratégies face à la souffrance au travail	Questionnaires validés introduits en entretien individuel
Personnelles et collectives - Gestion du stress centrée sur le problème, les émotions et le soutien	- WC-R coping (Quintard et al., 1996; Vitaliano et al., 1985)
Personnelles : - Vivre des expériences de dissociation	- PDEQ (Marmar et al., 1997, adapté par Martin et al., 1999)

2.2 Entretien collectif

Environ trois mois après l'entretien individuel, l'entretien collectif était organisé par une assistante de recherche au téléphone, afin de regrouper les participants par cinq à six personnes : infirmières, infirmières-auxiliaires, préposées aux bénéficiaires, sans liens hiérarchiques ou familiaux. Il s'agissait de faire concorder les emplois du temps divergeant, pour les réunir un jour de repos, et de répondre à leur demande de salle fermée à l'université de leur ville respective, comme lieu de rencontre.

2.2.1 Les sujets à traiter en entretien collectif dans un cadre informel. Le déroulement harmonieux de l'entretien collectif nécessitait de rappeler les règles élémentaires de communication aux participants : veiller à la façon d'être et de dire, dans le respect des autres et la tolérance de la différence. De son côté, la chercheuse, qui avait suivi un cours de second cycle universitaire en Sciences sociales (Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue) sur la communication et la gestion de conflits, a veillé à donner la parole équitablement à tous les participants, à encourager la prise de parole et l'expression de la pensée et du vécu de chacun. Considérant le refus des participants à être enregistrés, elle prenait des notes et régulièrement vérifiait les écrits, faisait confirmer le sens des mots, demandait des précisions sur les sujets traités et validait ainsi les données. Ces interruptions ponctuelles se glissaient aux moments où la parole des participants s'essouffait, où un sujet semblait être épuisé et où la relance de la conversation était nécessaire. Selon les groupes, l'entretien collectif pouvait donc légèrement varier dans sa forme, bien que les sujets traités restaient au fond les mêmes.

L'entretien collectif permettait aux soignants de prendre du recul face à leur souffrance personnelle (entretien individuel), pour s'interroger sur la souffrance collective. En introduction, les participants étaient invités à relater des faits récents de souffrance vécue collectivement au travail. Ensuite, la parole était donnée aux soignants au sujet des manifestations collectives de la souffrance au travail, de ses déterminants psychosociaux et des stratégies collectives, observables ultérieurement sur le terrain. Ces différents sujets de discussion étaient énoncés d'emblée par la chercheuse qui animait les discussions entre les participants et rappelés au besoin. Ces entretiens collectifs duraient entre 2 h 30 et 3 h selon les groupes, c'est-à-dire jusqu'à épuisement de la parole des participants pour laisser émerger de nouveaux sujets à discuter, de nouvelles données à comprendre, à reformuler et à valider.

2.2.2 Des thèmes précis à approfondir en entretien collectif. Le cadre informel de l'entretien collectif favorisait la suggestion de thèmes précis à discuter entre les soignants, visant à approfondir les données précédentes et à améliorer la qualité des résultats de la recherche. En entretien collectif, ces thèmes ont été lancés par la chercheuse dans la conversation entre soignants aux moments opportuns, si non abordées spontanément en groupe, c'est-à-dire quand la parole sur le sujet précédent était suspendue.

En fait, quatre thèmes abordés par les cadres en rencontre préliminaire avaient été retenus pour être discutés en entretien collectif : la résistance aux changements, le

manque de sentiment d'appartenance, l'absence d'un idéal collectif et de valeurs communes pour donner un sens au métier (déterminants de souffrance). De plus, trois thèmes ayant émergé des résultats de l'étude préliminaire ont été repérés dans les résultats de l'entretien individuel de cette étude doctorale : mode de gestion du personnel, qualité du travail des collègues et type de relation avec les patients (déterminants de souffrance). Enfin, trois thèmes évoqués en entretien individuel semblaient intéressants à développer en entretien collectif : la reconnaissance collective, les modes de gestion collective de conflits et les réactions collectives face aux personnes manifestant des comportements non acceptables socialement (stratégies collectives). Il s'agissait en entretien collectif de préciser les critères éventuellement observables de ces déterminants et stratégies face à la souffrance et de les définir en vue de l'élaboration de grilles communes d'observation sur le terrain.

Par conséquent, l'entretien collectif permettait la collecte des données nécessaires à l'ensemble des objectifs de cette étude, afin de mieux comprendre la dynamique collective de la souffrance au travail et d'extraire les pré-résultats à présenter à la deuxième rencontre des comités de suivi de la recherche. Il préparait aussi judicieusement l'étape terrain en définissant les critères observables des principaux déterminants de la souffrance des soignants, à mettre en grilles communes d'observation.

2.3 Étape terrain

La dernière étape de la collecte de données a été réalisée dans les CHSLD participants, avec les soignants en activité réelle de travail. La chercheuse était la seule personne autorisée sur le terrain (exigences des partenaires du contrat social de la recherche), devant observer l'activité de travail en contexte et selon les objectifs de la recherche. Comme observer ne suffit pour donner le sens de l'activité de travail, des verbalisations et des auto-confrontations au fur et à mesure de son déroulement et à la fin de la journée de travail étaient recueillies. Il s'agissait de rédiger la *chronique d'activité*, c'est à dire de décrire la chronologie des tâches et des incidents, les faits observés et les propos entendus au sujet de la souffrance au travail (manifestations, déterminants, stratégies). De plus, il fallait remplir des grilles individuelles d'observation des signes (de stress, de douleur, de violence, de fatigue) par lesquels la souffrance se manifeste et des grilles communes d'observation de déterminants de la souffrance des soignants (mode de gestion du personnel, qualité du travail des collègues, type de relation avec les patients), à auto-confronter au vécu des participants. Enfin, un *journal de bord* était tenu pour noter les réflexions et les déductions de la chercheuse en observation, à discuter avec les assistantes de recherche et les comités de suivi de la recherche.

Devant l'ampleur de la collecte des données à réaliser seule sur le terrain, il était nécessaire de préparer et de tester les outils de la recherche, d'auto-confronter les données observables avec le ressenti des participants et de reformuler les propos

entendus, au fur et à mesure et en fin de journée de travail. Ainsi, la compréhension et la validé des données pouvaient être améliorées et confirmées.

2.3.1 La préparation des grilles individuelles d'observation.

La préparation de l'étape terrain reposait sur l'expérience de l'étude préliminaire, avec son journal de bord relatant les observations sur l'activité réelle du travail et les tableaux et frises de Granier et al. (2001) utiles à l'observation et à l'évaluation des risques de douleur musculo-squelettique. Elle consistait donc à prévoir des supports de chronique d'activité (tâches observées, horaire/lieu, déroulement, commentaires entendus, perceptions et ressentis exprimés) et de collecte de données (manifestations/déterminants/stratégies, horaire/lieu, commentaires) et surtout à construire des grilles individuelles d'observation facilitant le repérage des manifestations de la souffrance au travail.

2.3.1.1 Construire et tester les grilles individuelles d'observation des éléments de la souffrance au travail. Les grilles individuelles d'observation (voir Appendice E) des éléments de la souffrance au travail pouvaient être construites à partir de données extraites de l'entretien individuel : signes observables de douleur, de stress, de fatigue et de violence, participant la souffrance des soignants au travail. Elles suivaient le modèle de celles utilisées pour l'observation comportementale des personnes, appliquées à l'étude du travail (Deziel, 1985; Simonet et al., 2011; Terrisse, Pithon, & Gallant, 1990). Ce sont des échelles qui définissent pour chaque personne des catégories à observer et

décrivent les signes observables, à dénombrer pour chaque catégorie et à commenter selon l'activité de travail.

Dans le cadre d'un cours doctoral sur les grilles d'observation, un exercice supervisé par une professeure de l'UQTR (Dufresne) a été réalisé avec une soignante de maison de retraite privée. Cette dernière a été reçue par la doctorante en entretien individuel puis observée en simulation de travail dans un laboratoire de recherche (UQAT). En effet, cette personne volontaire était préposée aux bénéficiaires et avait décrit en entretien individuel les signes observables des éléments de plaisir et de souffrance au travail (douleur, stress, fatigue, violence). Par la suite, elle avait choisi trois situations de travail particulièrement souffrantes pour elle. Une fois la grille individuelle construite à partir des signes observables décrits précisément, le scénario des situations de travail à mettre en scène a été élaboré par elle et les rôles secondaires distribués à son entourage professionnel. La simulation s'est déroulée devant la chercheuse et les deux assistantes de recherche, remplissant chacune les grilles d'observation au cours de la simulation. L'exercice visait à valider le contenu des grilles individuelles, à vérifier la facilité d'utilisation en contexte de travail et leur fiabilité par l'accord inter juges (95 %). Il a été filmé et enregistré avec une caméra audio-vidéo, pour illustrer une présentation en classe à l'UQTR et recevoir les commentaires de la professeure. Des améliorations ont été réalisées en laboratoire avec les assistantes de recherche au sujet de la description des signes observables et de la qualité de l'observation (écrire sans regarder sa feuille pour ne pas quitter la scène des yeux).

L'ensemble de ce travail préparatoire a été remis à la professeure de l'UQTR (Dufresne), ses commentaires ont amené encore quelques améliorations des grilles individuelles d'observation.

2.3.1.2 Construire les grilles communes d'observation (d'évaluation) de déterminants de la souffrance au travail. Les grilles communes d'observation (voir Appendice E) étaient élaborées sur le même modèle que les grilles individuelles. Leurs particularités étaient d'être identiques pour tous les participants et de cibler les trois principales catégories de déterminants de la souffrance au travail issues des résultats de l'étude préliminaire. Les critères observables distincts de chaque catégorie avaient été définis en contexte de travail, par les participants en entretien collectif. Ces grilles communes proposaient d'observer le type de relation des participant avec leurs patients (antipathie, indifférence, neutre, sympathie, empathie, compassion), la qualité perçue du travail des collègues (perfectionniste, consciencieux, neutre, négligent, laxiste) et le mode de gestion du personnel par les supérieurs (anarchique, socialiste, démocratique, libéral, autocratique). La construction de ces grilles communes propose un classement des critères observables, élaboré en entretien collectif et discuté avec les comités de suivi de la recherche et les assistantes de recherche. Les chiffres et les lettres associés aux observables ont facilité la prise de note par la chercheuse sur le terrain puis l'analyse des données.

Ces trois grilles communes d'observation ont été testées avec trois soignants en activité de travail, dans une maison de retraite privée. Elles ont été remplies par la chercheuse et les assistantes de recherche, selon leurs observations communes. Ces observations (vues extérieures) ont été auto-confrontées avec les évaluations des soignants, selon leur vécu au travail (ressenti intérieur). Faute de concordance satisfaisante (83 %), les définitions des observables ont été améliorées et la priorité a été donnée aux évaluations des soignants, puisque c'est leurs perceptions qui déterminent leur souffrance au travail et non l'observation de la chercheuse. Le contenu de ces grilles communes d'évaluation a été vérifié et corrigé par la professeure de l'UQTR (Dufresne), dans le cadre d'un cours doctoral sur les grilles d'observation.

2.3.2 Le déroulement de la recherche sur le terrain

Le jour du terrain était fixé par l'assistante de recherche en accord avec chaque participant et avec les supérieurs ciblés par le contrat social de recherche. C'était un dernier jour de cycle de travail (jour, soir ou nuit), au moment où la souffrance avait été dite maximum par les soignants en étude exploratoire préliminaire. Chaque participant était accompagné dans son activité de travail par la chercheuse pendant 8 heures consécutives, soit plus de 250 heures pour l'ensemble des participants sur le terrain (en immersion).

2.3.2.1 *Au départ de la journée de travail.* Le jour du terrain, une fois les informations et les consignes professionnelles transmises oralement par l'équipe

précédente et les supérieurs immédiats, chaque soignant participant prenait note des tâches particulières à réaliser en plus des tâches habituelles. Alors, la chercheuse rappelait les consignes de cette recherche participative : signaler et évaluer toutes manifestations de la souffrance au travail, ses déterminants et les stratégies éventuelles développées face à cette souffrance.

Au départ de chaque journée de travail (t 0), en introduction à la chronique de l'activité, les manifestations initiales de la souffrance étaient relevées, avec les commentaires du soignant participant. En effet, la douleur était évaluée subjectivement par l'EVA entre 0 et 10 (présentée en entretien individuel et mis en évidence sur le terrain), le stress du travail était chiffré en pourcentage (comme testé en entretien individuel avec le MSP), la présence de la colère (oui/non) à la base de la violence (selon les résultats de l'entretien individuel) et la fatigue initiale était appréciée selon une méthode habituelle chez les soignants (+, ++, +++). De plus, un podomètre était fixé à la ceinture et étalonné à la longueur du pas moyen du participant, afin de compléter l'approche de la fatigue en évaluant la distance parcourue en 8 h, dans les couloirs, les chambres et les escaliers (compter aussi le nombre de marches). Enfin, les déterminants éventuels de la douleur par troubles musculo-squelettiques étaient évalués à partir des angles articulaires (rapporteur d'angles en référence pour la chercheuse) et du niveau de l'effort (échelle de Borg en évidence pour chaque participant), en fréquence et en durée (montre et chronomètre). Quant aux effets possibles de la souffrance au travail sur la santé des soignants, ils ont été évalués par la montre Polar enregistrant les pulsations

cardiaques sur 8 h consécutives de travail, car sensibles à l'effort, la douleur et le stress (selon les résultats de l'exploration préliminaire).

2.3.2.2 *Au cours de la journée de travail.* Au cours de la journée de travail, la doctorante a intégré trois plans d'observation sur le terrain : l'activité de travail, l'individu et le collectif au travail. L'activité de travail était observée par la chercheure, selon le déroulement temporel des différentes tâches effectuées par le participant, ses particularités et ses difficultés commentées en aparté par le participant (à noter sur la chronique d'activité). Le participant était observé au travail et écouté au sujet des manifestations, des déterminants et des stratégies individuelles développées face à leur souffrance (à noter sur les grilles d'observation ou la chronique de l'activité). De plus, l'environnement psychosocial auquel la personne au travail participe était observé et écouté, au sujet des manifestations, des déterminants et des stratégies collectives développées face à la souffrance au travail (à noter sur le journal de bord). Les données recueillies validées en aparté auprès des participants, par une auto-confrontation systématique entre les observations de la chercheure et le vécu du soignant. Cette auto-confrontation était réalisée au fur et à mesure, entre deux chambres de patients, au poste de soins ou au moment des pauses, afin d'améliorer la compréhension des données et leurs interactions éventuelles.

Plus précisément, l'observation de la chercheure sur le terrain était complétée par le calcul du temps à partir d'une montre : temps pour chaque tâche, temps de marche et des

positions debout/assise (d'où douleur et fatigue éventuelles, à noter sur la chronique de l'activité), moment des évènements et des incidents déterminant de la souffrance au travail (d'où douleur, stress, fatigue et violence éventuels, à noter sur les grilles d'observation). Elle était également focalisée sur les risques de blessures musculo-squelettiques (d'où douleur éventuelle, à noter sur la chronique de l'activité) en observant l'application des techniques codifiées de manutention de patients (PDSB). La doctorante évaluait les angles articulaires de confort (rapporteur d'angle en référence) et le participant évaluait son niveau d'effort (échelle de Borg), alors que la chercheure comptait la fréquence et chronométrait la durée de la répétitivité des postures ou des mouvements contraignants, des efforts excessifs de la manutention de patients ou sur les chariots. Elle observait également les déterminants psychosociaux de la souffrance au travail, pour remplir provisoirement les trois grilles communes d'observation, à auto-confronter avec le vécu des soignants en fin de journée de travail.

Plus précisément, la personne observée en activité de travail participait activement à la collecte des données (à noter sur la chronique de l'activité), en signalant son vécu au sujet du plaisir et surtout de la souffrance au travail : manifestations observables ou ressenties, déterminants organisationnels et psychosociaux, stratégies individuelles et collectives. Elle informait la chercheure de tout évènement ou imprévu modifiant les manifestations initiales de sa souffrance au travail (temps 0 du terrain), à décrire et à évaluer subjectivement en fonction de l'intensité de sa douleur éventuelle (EVA), du niveau de son stress (%) au travail et de l'importance de sa fatigue (+, ++, +++) du

moment, voire de sa colère imprimée (oui/non) c'est-à-dire intériorisée. De plus, la personne observée expliquait à la chercheuse les déterminants de sa souffrance en contexte réel de travail et évaluait les stratégies individuelles et collectives, en termes d'efficacité à court terme et à long terme sur sa souffrance au travail.

2.3.2.3 À la fin de la journée de travail. Après 8 heures d'activité de travail ($t = 8$), la chercheuse demandait au participant d'évaluer à nouveau les éléments de sa souffrance au travail et de les commenter : douleur (EVA), stress (%), fatigue (+, ++, +++), colère (oui/non). Le questionnaire de mesure de stress psychologique (MSP, Lemyre & Tessier, 1988) était rempli à nouveau par le participant, à fin de comparaison avec les résultats du MSP passé en entretien individuel et avec l'évaluation subjective du stress réalisée en fin de journée de travail. Le podomètre était retiré et la distance parcourue calculée en fonction de l'étalonnage et du nombre de pas, comparé au ressenti éventuel de fatigue et de douleur des soignants. Toutes ces données étaient notées sur la chronique de l'activité.

Les grilles communes ont été remplies par les soignants en fin de journée de travail, évaluant les déterminants de leur souffrance en termes de type de relation avec chaque patient, de qualité perçue du travail de chaque collègue direct et du mode de gestion du personnel par les supérieurs en relation avec le participant ce jour-là. Une auto-confrontation de ces évaluations en différé avec les observations en direct de la doctorante a donné lieu à des commentaires, venant enrichir les données de la recherche.

Elle complétait l'auto-confrontation finale des données relevées sur le terrain par la chercheure et notées sur les grilles individuelles d'observation et sur la chronique de l'activité. Ce temps de synthèse d'une heure environ revenait sur le vécu du participant au cours de la journée de travail et a donné lieu à des précisions sur les interactions, signalées spontanément dans la journée, entre les éléments, les déterminants et les stratégies face à la souffrance.

Après cette étape terrain, les derniers comités de suivi de la recherche se sont réunis, comme prévu à l'étape d'introduction, pour commenter les données générales recueillies lors de l'observation des soignants en activité de travail. L'analyse éclairée des données pouvait alors avoir lieu, en vue des résultats à retourner aux CHSLD et aux participants.

3 Analyse des données et retour des résultats

Toutes les données de cette étude ont été compilées par les deux assistantes de recherche, en collaboration avec la doctorante. Au besoin de croiser les approches et les méthodes d'investigation de la souffrance des soignants, pour mieux comprendre sa complexité, s'ajoutait le besoin de croiser les données issues des différents outils, c'est-à-dire de croiser les perspectives et les expériences vécues, pour produire des résultats individuels et généraux, au plus près de la réalité des soignants et capables de suggérer un modèle de la souffrance au travail ayant un sens collectif dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

3.1 L'analyse des données de la recherche : logiciels N-Vivo et SPSS

Le logiciel N-Vivo a été utile pour transcrire et coder les nombreuses données qualitatives des entretiens et du terrain, suite à une première lecture du matériel recueilli donnant une vue d'ensemble de l'analyse à effectuer. En fait, les données qualitatives ont été distribuées entre des catégories programmées selon le cadre théorique de l'étude et le déroulement de l'entretien individuel : manifestations de la souffrance, déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels, stratégies individuelles et collectives. La répartition des données qualitatives issues de la verbalisation des participants en entretien collectif et sur le terrain, de l'observation des participants en activité de travail, a été réalisée de la même façon. De plus, des catégories ont émergé des données transcrites telles que : déterminants professionnels, stratégies associatives et dissociatives. Le contenu de chaque catégorie a été ensuite segmenté en sous-catégories,

prévues ou créées, jusqu'à épuisement des données et affichage de la fréquence de chaque thème. Les interactions entre les catégories et entre les sous-catégories mises en évidence individuellement par les participants ont été codifiées et d'autres « nœuds » se répétant collectivement ont été identifiés par le logiciel N-Vivo, répondant ainsi aux objectifs de cette étude.

Le logiciel SPSS complétait l'analyse qualitative, grâce à une compilation des données nominales ou catégorielles des entretiens individuels, des scores des questionnaires et des grilles d'observation du terrain. Comme les règles d'échantillonnage des études quantitatives en statistique ne pouvaient être respectées (aléatoire et grand, avec groupe témoin), les analyses des données quantitatives ont été seulement descriptives sur les conseils de statisticiens, c'est-à-dire en termes de fréquences (maxima et minima, moyenne, mode ...).

L'analyse des données de la recherche ont permis de dégager le sens de données complexes recueillies par des méthodes variées, dans un contexte particulier, de confirmer des résultats préliminaires et de rendre visible l'invisible, à valider en auto-confrontation finale avec les participants et les partenaires.

3.2 La validation des résultats lors du retour dans le milieu de travail

Une présentation audio-vidéo finale des résultats généraux a été réalisée dans les CHSLD participant et dans trois des pôles universitaires de la région Abitibi-

Témiscamingue. Elle s'adressait aux partenaires et aux participants, à leurs collègues et à toute personne intéressée par le sujet. À la fin de la présentation, les résultats généraux ont été discutés entre les personnes présentes en termes d'actions prioritaires et de solutions à implanter, afin de garder les soignants en santé au travail. Un suivi était programmé à l'interne par les partenaires et le contact maintenu avec la chercheure, chargée de diffuser ces résultats dans les médias et par la publication d'articles scientifiques.

Une enveloppe scellée contenant les résultats individuels (respect de la confidentialité) était remise à chaque participant le jour de la présentation générale des résultats de la recherche. La parole leur était donnée, à la suite ou ultérieurement, pour une auto-confrontation finale entre leurs résultats individuels et leur vécu au travail. Il s'agissait de mieux comprendre leur réalité personnelle au sujet de la souffrance au travail et de les aider à se situer dans les résultats généraux, de recevoir leurs critiques sur la forme et le contenu de cette étude, sur le rôle de la chercheure et de ses assistantes.

Un rapport final de synthèse des résultats par CHSLD était rédigé et accompagné du modèle contextuel de la souffrance des soignants, bonifié par les résultats généraux de cette étude et supportant la prise de décisions immédiates et les plans d'action à suivre. Il était transmis aux partenaires concernés, dans les semaines suivant la présentation audio-vidéo, avec une proposition d'accompagnement par la chercheure à la mise en

place de changements à court terme et à long terme, favorables au *rester au travail en santé* des soignants.

Résultats de recherche

Les principaux résultats présentés dans ce chapitre sont introduits par une description de l'échantillon des soignants et par leur perception générale de leur situation de travail, « entre plaisir et souffrance au travail ». Après la description de l'activité de travail des soignants, son analyse partielle est présentée en suivant les objectifs de la recherche sur la souffrance au travail (manifestations, déterminants, stratégies), par variable et par étape de la recherche. Enfin, le modèle contextuel de la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue est décrit et proposé aux milieux de travail, comme support à la recherche de solutions durables et aux plans d'actions concrètes à implanter par le milieu de travail.

Selon les objectifs visés et la méthodologie choisie, ces résultats à dominance qualitative sont appuyés par des chiffres à la demande des partenaires, validés individuellement et collectivement. La validité des résultats généraux repose sur la compréhension des données soumises à la réflexion du comité de suivi de chacun des CHSLD participants, réuni entre chaque étape de la recherche. L'ensemble de ces comités de suivi était constitué de 19 personnes : cadres intermédiaires (8) et représentants syndicaux (4), professionnels de la santé (5) employés en CHSLD et des soignants non participants à la collecte des données (2). Les trois CHSLD participants étaient situés dans trois villes différentes de la région Abitibi-Témiscamingue, hébergeant 411 patients en 2011, répartis en unités de soins, pouvant compter une à quatre ailes ou secteurs de travail. Ils employaient 245 soignants en équivalent temps plein : infirmières, infirmières-auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. La validité des

résultats individuels repose sur les auto-confrontations des données (au fur et à mesure puis à la fin de l'étape terrain, en final à la remise des résultats individuels), avec les 35 soignants de l'échantillon issus de trois CHLD participants.

1 Les caractéristiques de l'échantillon

Les résultats sur les caractéristiques de l'échantillon sont ceux des participants à l'entretien individuel. Il s'agit des caractéristiques générales (métier, sexe, âge), personnelles (scolarité, vie de famille), professionnelles (ancienneté, emploi du temps) et particulières (hygiène de vie, état de santé générale).

1.1 Caractéristiques générales : nombre de participants, métier, sexe et âge

Suite à l'appel à participation, 35 soignants volontaires ont répondu en signant le formulaire de consentement. Ils représentaient 14 % des soignants (équivalents temps complet) des trois CHSLD participants en Abitibi-Témiscamingue. Dans cet échantillon, sept personnes exerçaient le métier d'infirmière, 12 celui d'infirmière-auxiliaire et 16 celui de préposé aux bénéficiaires (voir Tableau 3). Le personnel des Agences de remplacement n'a pas participé à cette étude, bien que non exclu d'emblée par l'échantillonnage. La répartition des participants par métier était comparable à celle des effectifs des soignants dans les CHSLD régionaux. L'échantillon était composé de huit hommes et de 27 femmes (voir Tableau 3), soit une légère sur représentation des hommes en comparaison avec les effectifs des CHSLD participants (50/245). Ces 35 personnes ont été reçues en entretiens individuel et collectif.

Tableau 3

Échantillon des soignants participants de trois CHSLD en Abitibi-Témiscamingue

Échantillon de trois CHSLD en Abitibi-Témiscamingue (sur 245 soignants en équivalent temps plein)				
	Préposés aux bénéficiaires	Infirmières auxiliaires	Infirmières	Total
Entretiens	16	12	7	35
Femmes	10	10	7	27
Hommes	6	2	0	8
Terrain	15	10	5	30
Femmes	10	9	5	24
Hommes	5	1	0	6

L'échantillon s'est réduit à 30 personnes (6 hommes et 24 femmes) pour l'observation des soignants sur le terrain, soit 12 % de la population visée en équivalent temps complet (voir Tableau 3). Parmi les cinq personnes n'ayant pas participé à cette dernière étape de la collecte des données, un préposé aux bénéficiaires a changé de métier, un infirmier-auxiliaire a changé de lieu de travail et une autre se sentait mal à l'aise d'être observée sur le terrain, une infirmière était partie à la retraite et une autre était en arrêt maladie de longue durée.

Dans l'échantillon initial (entretien individuel), l'âge des soignants variait entre 21 et 80 ans : trois personnes entre 18 et 29 ans, 16 personnes entre 30 et 44 ans, 15 personnes entre 45 et 60 ans et une personne de plus de 60 ans. En effet, une infirmière âgée de 80 ans continuait à travailler à temps partiel, pour encadrer les nouveaux

embauchés et pour aider les infirmières-auxiliaires dans leur activité de travail. Elle n'a pas participé aux entretiens collectifs et à l'observation sur le terrain. En l'excluant de l'échantillonnage, la moyenne d'âge lors des entretiens était de 46 ans et à l'étape terrain de 47 ans.

1.2 Caractéristiques personnelles : scolarité et vie de famille

Dans l'échantillon initial, les infirmières ont un niveau de scolarité collégial (4) ou universitaire (3) et les infirmières-auxiliaires un niveau universitaire (1), collégial (3) ou secondaire (8). Les préposés aux bénéficiaires ont généralement un diplôme d'étude professionnelle (11), mais certaines n'ayant qu'un niveau primaire (5) la méthodologie de la recherche a été adaptée pour tous, tel que mentionné précédemment. La conciliation entre le travail et les études touchait 17 % des participants : deux infirmières à l'université (devenir praticienne) et une infirmière-auxiliaire au collège (légaliser sa fonction), une infirmière-auxiliaire à l'université et deux préposées aux bénéficiaires dans un programme de formation aux adultes (en vue de changer de métier).

Dans l'échantillon, quatre personnes sont célibataires, 25 en couple, deux divorcés, deux veuves et deux monoparentales. Parmi les soignants vivant en famille, treize ont des enfants mineurs vivant à la maison : quatre avec des jeunes enfants (moins de cinq ans), deux avec des enfants entre cinq et onze ans (maternelle ou école primaire) et sept avec des adolescents (école secondaire). Les deux familles les plus nombreuses sont représentées par une infirmière-auxiliaire vivant en couple avec six enfants et par une

préposée aux bénéficiaires étant mère monoparentale avec quatre enfants. La conciliation entre le travail et la vie de famille était une préoccupation chez le tiers des participants, par incompatibilité des horaires de travail avec ceux des garderies et des écoles, le manque de temps pour cuisiner et pour participer aux activités parascolaires des enfants.

1.3 Caractéristiques professionnelles : ancienneté et emploi du temps

Les soignants de l'échantillon avaient une ancienneté dans le métier qui s'échelonne entre un et 34 ans (14 ans en moyenne), sans lien avec l'âge des participants (retour au travail, changement de métier). Cette ancienneté a été catégorisée, selon la suggestion des comités de suivi de la recherche, en fonction des dates d'

application des politiques gouvernementales dans les CHSLD participants : embauchés avant 1995 (12/35 dont un homme n'a pas participé à l'étape terrain), entre 1995 et 2003 (8/35 dont une femme n'a pas participé à l'étape terrain) et depuis 2003 (15/35 dont trois personnes n'ont pas participé à l'étape terrain).

Dans cet échantillon, plus de la moitié des personnes a un poste de travail à temps plein (19/35) et les autres travaillent à temps partiel (16/35). Le tiers des participants n'avaient pas choisi leur temps de travail, surtout ceux embauchés à temps partiel. Parmi les 35 participants, dix-sept personnes travaillaient de jour, douze de soir, quatre de nuit et deux en horaires coupés jour/soir. De ce nombre, neuf soignants n'étaient pas satisfaits de leurs horaires. Cette répartition des soignants de l'échantillon en temps de

travail et sur 24 heures est comparable à l'ensemble des soignants des CHSLD participants. Par contre, les soignants de l'échantillon occupaient plutôt des postes permanents (28/35) que des postes de remplacement (7/35). Cette répartition n'est pas représentative de celle de l'ensemble des soignants dans les CHSLD participants, compte tenu de la présence de personnel provenant des Agences de remplacement dans certains d'entre eux.

Parmi les cycles variés de travail (horaires de l'emploi du temps), celui appelé 7/7 concernait à l'embauche les deux tiers des soignants des CHSLD participants, qui alignaient sept jours de travail de 8 h suivis de sept jours de repos. Toutefois, moins de la moitié des participants (14/35) à cette étude suivait ce cycle de travail 7/7. Les soignants à temps complet qui travaillent en cycle 7/7 devaient compléter leur temps de travail par trois jours de plus. Alors, ils travaillaient soit dix jours consécutifs suivis de quatre jours de repos, soit sept jours consécutifs avec trois jours supplémentaires répartis dans les sept jours de repos selon les besoins du service et la demande de l'employeur.

1.4 Caractéristiques particulières : IMC, hygiène de vie et état de santé générale

Parmi les caractéristiques particulières, l'indice de masse corporelle a été calculé en fonction du poids et de la taille des personnes ($IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$). Dans l'échantillon, huit personnes présentaient un IMC normal (entre 18,5 et 24,9) et huit personnes de l'embonpoint (entre 25 et 29,9). Les autres personnes présentaient un excès de poids : obésité de type 1 (entre 30 et 34,9) chez neuf soignants, de type 2 (entre 35 et 39,9) chez

sept soignants et de type 3 (plus de 40) chez trois soignants. Par conséquent, plus des trois quarts des participants étaient en excès de poids et en auto-confrontation refusaient le lien éventuel avec l'alimentation et le manque d'activités sportives. Ils parlaient plutôt d'hérédité, de stress et de gourmandise pour expliquer leur IMC élevé.

En entretien individuel, une mauvaise hygiène de vie de par le manque d'équilibre alimentaire était avouée par un quart des participants et les troubles du sommeil par la moitié des participants. Par contre une bonne hygiène de vie de par les activités sportives pratiquées hors du travail est reconnue par les soignants comme bénéfique à leur santé générale. En effet, un tiers des participants à cette étude avait pour seule activité physique la marche, aller et retour entre le domicile et le travail ou pour faire le tour du quartier de résidence tous les jours. Cette marche durant moins de vingt minutes par jour n'a pas été retenue comme activité sportive, car jugée insuffisante. Parmi les autres participants, des sports variés étaient pratiqués selon la saison : danse, ski, vélo, golf, conditionnement physique, boxe, arts martiaux. En fait, moins de la moitié des participants (15/35) font réellement du sport toutes les semaines, plus de vingt minutes consécutives : six personnes quatre fois par semaine ou plus, trois personnes trois fois par semaine, quatre personnes deux fois par semaine et deux personnes une fois par semaine. De plus, quatre personnes font du sport occasionnellement soit une à trois fois par mois.

De nombreux participants n'étaient pas convaincus que la consommation de certaines substances traitait de l'hygiène de vie et influençait la santé générale. En fait, un cinquième des soignants de l'échantillon fumait hors du lieu de travail et personne n'avouait consommer de drogues, bien que certains aient été dénoncés par d'autres. De plus, une personne buvait plusieurs bières par jour et quatre personnes plusieurs boissons gazeuses, onze personnes consommaient aussi quotidiennement des boissons contenant de la caféine (café, thé, chocolat). La plus importante dépendance à la caféine était celle de deux personnes buvant douze à seize cafés par jour pour « tenir le coup » disaient-elles. Quant à la consommation de médicaments, un tiers des participants estimait que c'était pour des raisons de santé liées au travail (douleur, stress, anxiété, dépression) et non pas pour des raisons personnelles (hypertension artérielle, diabète, hypothyroïdie, insomnie, anxiété, bipolarité).

L'état de santé générale était jugé bon ou excellent au plan physique par les participants (31/35), malgré la présence régulière de la douleur (21/35). De même, l'état de santé générale était dit bon ou excellent au plan psychologique par les participants (32/35), malgré la souffrance reconnue d'emblée par une partie d'entre eux (14/35). En abordant ainsi le sujet de la souffrance en entretien individuel, cinq soignants ont commencé à signaler leurs antécédents d'épuisement professionnel et même de stress post-traumatique ou de dépression. De plus, sept soignants ont attendu d'être interrogés sur les arrêts de travail en lien avec la souffrance au travail, pour parler de ces antécédents particuliers. En fait, plus d'un tiers des participants (12/35) en 2011 ont eu

des arrêts de travail prolongés à cause d'un épuisement professionnel, d'un stress post-traumatique ou d'une dépression diagnostiquée. Néanmoins, confrontés à ces résultats sur leur état de santé générale à la fin de cette étude, les soignants expliquaient que leur douleur et leur souffrance leur semblaient banales à côté de celles de leurs patients. Ils mentionnaient qu'ils sont au service des autres et doivent apprendre à s'oublier, à être aimables et souriants malgré tout, c'est-à-dire afficher une bonne santé physique et psychologique au travail.

2 L'activité de travail des soignants en CHSLD, entre plaisir et souffrance

La description de l'activité de travail est une prémisse à toute analyse ergonomique des situations de travail. Elle a été réalisée en observation sur le terrain au cours de l'étude préliminaire et actualisée pour cette étude en entretien individuel et sur le terrain. Les principaux résultats présentés soulignent à nouveau que l'activité de travail représente plus que les tâches prescrites par l'employeur, de par les tâches imprévues inhérentes au métier. La réalisation de l'activité de travail varie aussi selon les caractéristiques des soignants et leurs conditions de travail. Par précisement, les participants signalent que le temps de l'interaction sociale et de la communication, qui occupe une place dans chaque métier de relation d'aide, a été restreint par les réorganisations récentes du travail.

2.1 Activité de travail, plus que des tâches prescrites

La description des tâches des soignants fournie par l'employeur varie selon les CHSLD, de par leur choix particulier des tâches à déléguer entre les professions (loi 90). La principale différence signalée entre les CHSLD participants concerne l'autorisation ou non de faire des prises de sang pour les infirmières-auxiliaires et de changer les sacs urinaires pour les préposés aux bénéficiaires.

Les tâches des préposés aux bénéficiaires (voir Tableau 4) se répartissent entre celles demandant des efforts et des connaissances techniques (60 % du temps) et celles exigeant une habileté relationnelle et manuelle (30 % du temps). Elles se concentrent surtout sur la manutention de patients et la réfection des lits (plus d'un tiers du temps), les soins d'hygiène en termes de toilette et de changements des culottes d'incontinence (presque un tiers du temps) et l'alimentation des patients (un sixième du temps). À ces tâches répertoriées s'ajoutent parfois la distribution du linge propre et toujours quelques papiers à remplir et des réunions d'équipe pour recevoir les consignes du jour. En cas d'incidents d'hygiène (dégâts de selles ou d'urine) et de conflits entre patients, de demandes particulières des patients ou de leur famille, ils sont les premiers référents. Ils se réfèrent principalement aux infirmières-auxiliaires qu'ils peuvent interpeler pour avoir des conseils et de l'aide.

Les tâches des infirmières-auxiliaires (voir Tableau 4) demandent des connaissances médicales et techniques, de l'habileté manuelle et de la concentration. Elles consistent

surtout à distribuer des médicaments et à surveiller en même temps leur efficacité et les effets secondaires éventuels (60 % du temps), à écouter ou passer des consignes et à remplir des papiers (25 % du temps). À cela s'ajoute le temps consacré aux soins médicaux (soins buccaux, collyres, pansements simples, sondes urinaires, injections sous-cutanées ou intramusculaires) et aux informations d'équipe. En cas d'incidents médicaux des patients et de conflits entre préposés aux bénéficiaires, les infirmières-auxiliaires sont les premiers référents. Leur supérieure immédiate est l'infirmière, qu'elles peuvent interpeler pour avoir des conseils et de l'aide.

Les tâches des infirmières (voir Tableau 4) sont maintenant à visée administrative (planification, commandes, réunions) et surtout de gestion humaine de l'équipe (organisation et supervision, informations et consignes, responsabilités et décisions, gestion de conflits). En fait, la place de la communication écrite est prépondérante dans l'activité de l'infirmière qui remplit des dossiers et des papiers, fait des commandes et des changements de traitements (60 % du temps). La place de la communication orale est également importante puisque l'infirmière transmet des consignes et même parfois anime ou participe à des réunions d'informations et de discussions (27 % du temps). À ces tâches répertoriées s'ajoutent tous les jours des temps pour effectuer des soins médicaux non délégués et le suivi des patients aux pathologies complexes, en se déplaçant d'une unité de soins à une autre. Il lui revient aussi la responsabilité de suivre la visite médicale des patients avec les médecins et gérer les urgences, de répondre aux questions des soignants de l'équipe, et aussi de régler les conflits existants.

Tableau 4

Temps consacré par les soignants aux principales activités de travail

Soignants	Liste des activités de travail	Temps de travail : 7 h 25		
		Min.	Max.	Moy.
Préposés aux bénéficiaires				
Informations				
Manutention	Écouter les consignes	0 h 10	0 h 30	0 h 18
Soins d'hygiène	Lever / coucher – réfection lits	2 h 00	2 h 30	2 h 11
Alimentation / Relation	Faire toilettes et changes	2 h 00	2 h 15	2 h 07
Relations	Nourrir les patients	1 h 15	1 h 30	1 h 19
Lingerie	Aider les patients	0 h 10	1 h 00	0 h 52
Informations	Laver et distribuer le linge	0 h 15	0 h 40	0 h 23
	Remplir des papiers	0 h 10	0 h 15	0 h 11
Infirmières-auxiliaires :				
Informations	Écouter et donner des consignes	1 h 00	1 h 20	1 h 03
Médicaments	À distribuer et à surveiller	3 h 45	4 h 40	4 h 27
Soins médicaux	Faire pansements, piqûres etc	0 h 15	0 h 20	0 h 18
Informations	Remplir des dossiers, des papiers	0 h 45	1 h 20	1 h 08
Relations	Gérer des conflits	0 h 15	0 h 20	0 h 18
Infirmières :				
Informations	Écouter et donner consignes	0 h 50	1 h 15	1 h 10
Médicaments	Commander, changer traitements	0 h 27	1 h 20	1 h 08
Visite médicale	Noter et relever les changements	0 h 47	1 h 20	1 h 12
Soins médicaux	Faire pansements, prise de sang	0 h 14	0 h 23	0 h 19
Informations	Remplir des dossiers, des papiers	2 h 40	3 h 45	3 h 23
Relations	Gérer les conflits	0 h 20	1 h 10	1 h 03
Informations	Présider/participer aux réunions	0 h 30	0 h 45	0 h 41
Déplacements	Marcher entre les unités	0 h 00	0 h 33	0 h 27
Relations	Répondre à des questions, à des besoins ou des urgences	1 h 00	1 h 25	1 h 09

Par conséquent, à la tâche prescrite et aux tâches imprévues (urgences, conflits) de l'activité de travail s'ajoute un temps personnel variable de planification et

d'organisation de la tâche nécessaire à son bon déroulement et un temps collectif d'interactions psychosociales essentiel au travail en équipe dans les métiers de service.

2.2 Activité de travail modifiée par un temps d'interaction psychosociale réduit

De cette description de l'activité de travail se dégage une préoccupation majeure des soignants, souvent exprimée par le besoin de qualité du travail, qui amène de la satisfaction et du plaisir au travail. Selon les soignants, la qualité du travail dépend en priorité du temps réservé à l'interaction psychosociale de qualité avec les collègues et les patients. Or, l'activité de travail des soignants a été modifiée par le code des professions (loi 90) et le temps occupé à ces interactions est dit réduit. C'est « la chasse aux temps morts » explique une infirmière assistante.

Pourtant, l'activité de travail des soignants repose sur une équipe, d'où une demande d'interactions précises et de qualité avec les collègues et les subordonnés, les supérieurs et les professionnels de la santé (physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, psycho-éducateur, pharmacien, médecins). Le temps attribué à ces interactions est dit essentiel au bon déroulement des tâches centrées sur les patients et à l'organisation du travail collectif. Les préposés aux bénéficiaires précisent que ce temps d'interaction avec les collègues (non chiffré) favorise la planification et l'organisation de leur travail, permet de partager les astuces du métier et de transmettre des savoir-faire. Les infirmières-auxiliaires ajoutent que la communication avec leurs collègues, bien que ponctuelle, les soutiennent dans la prise de décision et dans

l'exécution de certaines tâches difficiles techniquement ou psychologiquement. Les infirmières évaluent en moyenne à un quart de leur temps de travail ces interactions avec l'équipe de travail : « ça fait partie de ma job ».

L'activité de travail des soignants bénéficie aussi de l'interaction avec les patients, qui ont besoin d'être écoutés et informés sur leurs soins, les actions et les décisions qui les concernent. Un temps de communication avec le patient (au cours de l'activité manuelle) est reconnu nécessaire pour influencer ses comportements et s'assurer de sa collaboration aux soins et à la manutention de patients. Les préposés aux bénéficiaires précisent que leur interaction avec les patients est quasi permanente, bien qu'à intensité variable. En fait, un temps d'informations et de communication avec les familles des patients est dit utile, de par l'influence possible sur les comportements des patients et leur besoin d'être rassurés. Les préposés aux bénéficiaires ajoutent que le nouveau rôle donné aux familles allège théoriquement les tâches de l'équipe : petit ménage de la chambre, entretien du linge personnel du patient. Ce temps libéré est employé par les soignants à effectuer plus de tâches prescrites, atténuant ainsi le manque de personnel. Depuis la redistribution des rôles et des tâches en 2003, les préposés aux bénéficiaires expliquent qu'ils ne sont plus aidés par les infirmières-auxiliaires à la manutention de patients et aux soins d'hygiène. De leur côté, les infirmières-auxiliaires sont dorénavant seules pour distribuer les médicaments et réalisent des soins médicaux délégués par les infirmières, qui sont occupées à des tâches administratives et de gestion du personnel. Les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires constatent n'avoir plus que

des interactions ponctuelles avec les patients et les infirmières regrettent de ne pas avoir le temps de tous les connaître.

2.3 Analyse de l'activité de travail par les caractéristiques des soignants et des conditions de travail

L'analyse de l'activité de travail (ergonomie) témoigne de la variabilité des caractéristiques individuelles des soignants et des conditions du travail offertes par l'employeur. Parmi les caractéristiques de l'échantillon, le genre, l'emploi du temps, l'état de santé, l'ancienneté et la morphologie influencent l'activité de travail des soignants qui sont à risque de souffrance au travail.

L'observation des activités de travail des soignants sur le terrain met en évidence une différence de genre. En effet, les hommes (6/30) dans leur travail visent l'essentiel, ce qui signifie pour eux de réaliser les tâches prescrites et de répondre aux besoins des patients. Les femmes (24/30) y ajoutent ce que les hommes appellent le facultatif, c'est-à-dire qu'elles accordent plus de temps au relationnel et effectuent des tâches annexes telles que : arroser les plantes, plier le linge, faire des tresses, masser les pieds. Les hommes sont souvent sollicités par les femmes pour s'occuper des patients les plus lourds ou les plus difficiles. À l'opposé, les hommes demandent parfois aux femmes de négocier à leur place la collaboration d'un patient ou d'exécuter des soins demandant de la dextérité. Ces observations ont été auto-confrontés à la perception et au vécu des participants, dans l'immédiat.

L'activité de travail observée sur le terrain semble dépendre du poste de travail, à l'avantage de ceux qui ont un poste fixe. En effet, les soignants en remplacement (7/35) ne travaillent pas toujours dans les mêmes unités de soins et aux mêmes horaires. Ils expliquent être dans des conditions moins favorables pour anticiper et organiser leurs tâches, pour s'ajuster aux difficultés et palier aux imprévus. De même, les soignants travaillant à temps partiel (16/35) sont conscients d'être désavantagés par le manque de continuité de leur activité de travail, en termes de suivi du patient et d'organisation de leurs tâches. Quant aux horaires de travail, les avis sont partagés entre ceux (19/35) qui considèrent que l'activité de travail est plus intense le jour (examens de laboratoire et visite médicale) et ceux (16/35) qui disent qu'elle est plus pénible le soir (patients moins coopérants et plus fatigués, moins de personnel).

L'activité de travail, observée sur le terrain et auto-confrontée au vécu des soignants, semble modulée par leur état de santé. En effet, des soignants avouent se ménager dans leurs efforts physiques en présence de douleurs intenses ou par peur d'aggraver leurs douleurs présentes (8/30). De même, des soignants disent chercher à éviter si possible de s'occuper des patients qui leur causent de la souffrance (13/30). Ils confient tourner « les coins ronds » ou être accusés par les autres « d'en faire moins que le minimum », lorsque leur état de santé n'est pas au mieux.

L'observation de l'activité de travail des soignants met aussi en évidence une différence en fonction de l'ancienneté, et non pas de l'âge. En effet, les soignants les

plus anciens (11/30) reconnaissent choisir les patients les plus faciles et les plus légers parmi ceux attribués à leur équipe, et même se dispenser de faire des tâches secondaires (nettoyage des rasoirs, distribution du linge). Ils considèrent tous que c'est un droit acquis et que c'est à leur tour d'en profiter. En général, ils préfèrent déléguer leurs tâches aux autres et se libérer ainsi du temps pour encadrer les nouveaux embauchés, à la demande de l'employeur. Ils transmettent ainsi leur savoir-faire et leur façon d'être.

L'observation de l'activité de travail montre enfin une différence en fonction de la morphologie des soignants. Par exemple, ceux de grande taille (5/30) sont sollicités pour attraper du matériel en hauteur et ceux minces et de petite taille (2/30) dans des espaces restreints. L'obésité de certains grands (10/30) est dite aussi faciliter la tâche auprès des patients les moins coopérants (troubles cognitifs) ou les plus caractériels (troubles de la personnalité). La minceur de certains petits (3/30) est dite favoriser la relation auprès des patients les plus fragiles et ayant le plus de douleur.

2.4 Activité de travail entre plaisir et souffrance au travail

L'activité de travail réalisée par les soignants leur procure à la fois du plaisir et de la souffrance, selon leur témoignage en entretien individuel. L'amour du travail et la passion du métier introduisaient le sentiment de plaisir au travail et l'état de santé psychologique général celui de souffrance au travail. La balance entre plaisir et souffrance au travail a dépassé son point d'équilibre personnel et subjectif des soignants, d'où une certaine fragilité possible de la santé psychologique.

Les participants affirmaient presque à l'unanimité leur amour du travail (31/35) et leur passion du métier (30/35) et même l'existence du plaisir au travail (31/35). Ce plaisir au travail était expliqué par les soignants en termes de satisfaction de leurs besoins de sécurité d'emploi et de salaire (30/35), d'appartenance à une équipe de travail (30/35), d'estime de soi (30/35) et de réalisation de soi (26/35). Toutefois, ce plaisir par satisfaction au travail coexistaient avec un sentiment de souffrance au travail qui touchait les deux tiers des participants (22/35). Cette souffrance au travail atteignait leur état de santé psychologique et les dérangeait dans leurs activités de travail, mais seulement quatre personnes ont eu réellement recours à un arrêt de travail en lien avec des troubles psychologiques diagnostiqués dans la dernière année.

Les soignants en entretien individuel ont évalué leur situation générale de travail en moyenne dans l'année, en termes de plaisir puis de souffrance au travail sur une réglette à double entrée. Une infirmière-auxiliaire s'interrogeait : « est-ce que le trop de souffrance peut masquer le pas assez de plaisir? » en déplaçant le curseur. Une infirmière affirmait que « le plaisir est comme l'antidote de la souffrance ... à croire qu'on n'a plus assez à c't heure ». Comme le pourcentage de souffrance vécue était plus élevé que celui de plaisir, la synthèse « entre plaisir et souffrance au travail » indiquait un résidu de souffrance non compensé par le plaisir au travail, chez tous les participants. En effet, les résidus de souffrance au travail se répartissaient entre 2 et 77 %, une question de : « dosage personnel, comme le sel et le poivre dans mon lunch » ; « tout le plaisir que j'ai au travail ... m'aide à supporter les petites choses, mais m'empêche pas

de souffrir des grosses ... ma limite est déjà dépassée ». La limite acceptable de la souffrance au travail était subjective et variable selon les conditions de travail et les soignants, le vécu dans l'année et la vulnérabilité psychologique de la période. Elle était comprise entre 9 et 53 % et semblait déterminer le *rester* ou non *au travail* des soignants en souffrance.

3 Comprendre la nature de la souffrance au travail (premier objectif)

Le premier objectif de cette étude était de mieux comprendre la nature de la souffrance des soignants, c'est-à-dire de connaître les éléments constituant cette souffrance, les manifestations et les signes qui la révèlent. À travers les étapes de cette étude, ces éléments se dévoilent et s'ordonnent, selon l'importance que les participants leur accordent dans leur vécu de la souffrance au travail.

3.1 L'approche initiale des éléments constituant la souffrance au travail

En entretien individuel, les soignants ont décrit leur souffrance au travail, en nommant les éléments à travers lesquels elle se manifestait et en les expliquant selon leur vécu. Parmi ces éléments exprimés initialement, certains étaient attendus (stress, douleur, fatigue) ou supposés (anxiété, dépression), d'autres imprévus (colère, peur) et même intrus (mal-être). Chaque participant a cité d'emblée un à cinq éléments constituant sa souffrance au travail, parfois avec plusieurs mots synonymes ou dérivés.

La répartition initiale des soignants, entre les éléments constitutifs de leur souffrance au travail, est présentée en Figure 7. Le principal élément imprévu décrit par les soignants en souffrance était la colère, reconnue comme une émotion primaire et caractérisant un état passager. En effet, un tiers des participants (13/35) plaçaient l'élément colère et ses dérivés (agressivité, frustration, contrariété, impatience, irritabilité) dans leur souffrance au travail. Les participants concernés affirmaient que la colère est à la base de la violence. Par contre, la peur est une émotion primaire signalée par une seule soignante à cette étape, dite à la base de son anxiété.

Parmi les éléments constitutifs de la souffrance des soignants, le mot mal-être vécu comme étant « plus qu'un malaise » est cité par les participants (6/35), qui n'ont pas de mots pour exprimer la nature de leur souffrance. En effet, le mot mal-être est présent dans la définition des troubles de la santé mentale et caractérise une souffrance indifférenciée, qui demanderait ultérieurement à être approfondie et identifiée.

Comme attendu, un quart des participants (9/35) décrit la souffrance au travail par l'élément stress et ses dérivés (sur le qui-vive, sous tension). Ce stress est associé d'emblée par les soignants à un état de nervosité excessive. De même, la douleur dite chronique et ses dérivés (inconfort permanent, gêne lancinante) ont été ciblés par un cinquième des participants (7/35), comme élément de leur souffrance au travail. L'élément fatigue dite nerveuse et ses dérivés (manque d'énergie, lassitude) ressentis par quelques participants (6/35) expriment aussi leur souffrance au travail.

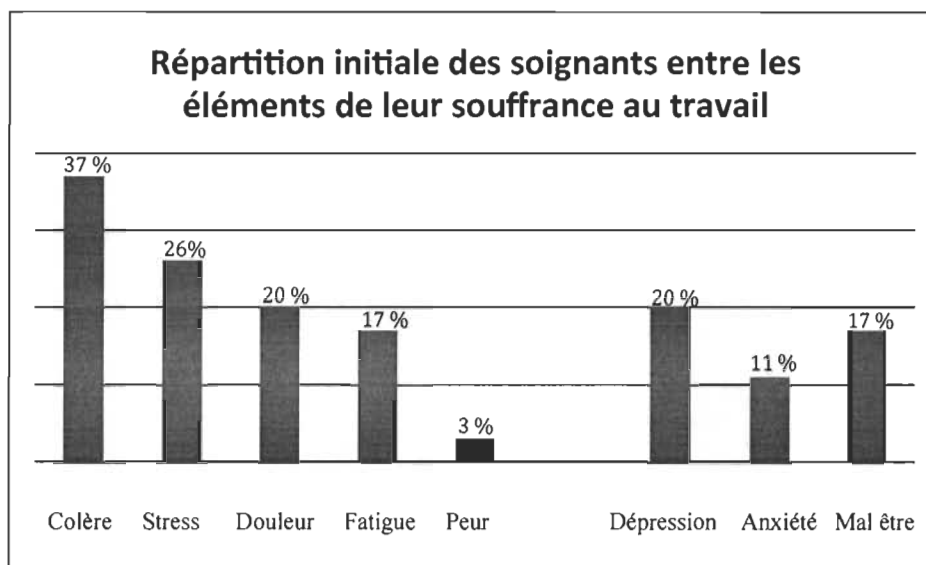


Figure 7. Répartition initiale des soignants, entre les éléments constitutifs de leur souffrance au travail, dans des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue (entretien individuel)

Comme supposé, des signes de dépression (tristesse, découragement, grande peine, isolement, se sentir diminué et non motivé, vide intérieurement) sont cités par un cinquième des participants (7/35), vivant de la souffrance au travail. De même, des signes d'anxiété (inquiétude intense, manger ses ongles) sont dits présents dans la souffrance au travail par quelques participants (4/35).

3.2 La violence s'enracine sur la colère, au cœur de la souffrance des soignants

En entretien individuel, l'investigation systématique de la violence au travail amène les participants à parler spontanément de leur colère (chaude ou froide) à la base de la violence. Les soignants expliquent que lorsqu'ils se sentent hors d'eux-mêmes (colère chaude), ils extériorisent leur souffrance et de fait deviennent violents envers les autres. Alors que lorsqu'ils se contiennent (colère froide), ils intériorisent leur souffrance et se

font plutôt violence à eux-mêmes. Un tiers des participants (12/35) avouent être violents au travail (34 %), sous forme de colère exprimée (8) ou imprimée (6), mais aussi sous d'autres formes (non précisées à ce moment-là). Les 23 % des participants concernés par la colère chaude décrivent spontanément les signes observables (visage rouge ou crispé, ailes du nez frémissantes, poings serrés), audibles (gros mots, voix élevée ou ton sec, paroles précipitées ou virulentes, sans finesse de langage) ou kinesthésiques (gestes brusques, altercations physiques, casse du matériel). Les 17 % des participants concernés par la colère froide décrivent aussi les signes observables (visage fermé et froid, lèvres ou dents serrés, ailes du nez pincées et yeux rétrécis) et audibles (voix dure ou ton froid, se taire en serrant les lèvres, parler en dedans, marmonner ou bougonner, dire les choses durement en aparté, médire sur le dos des autres). Ces derniers ajoutent que cette colère froide aggrave leur stress (11,5 % de l'échantillon) et exacerbe leur douleur (14 % de l'échantillon).

En entretien collectif, la violence est le principal sujet discuté, en temps et en nombre de données recueillies. La parole des soignants, libérée dans une dynamique collective, justifie le « bitchage en groupe » par le besoin de se faire accepter, protéger et armer contre les autres, mais accuse la violence qui se pratique parfois « derrière les portes closes » ou insidieusement au fil du temps. Il est dit que cette « violence invisible » est souvent niée par les auteurs, faute de témoins ou par « banalisation de la violence en région éloignée ». Certaines personnes présentes se sont senties interpellées par ces propos, au point d'expliquer immédiatement leurs comportements violents

physiquement et psychologiquement, en lien avec leur tempérament dit colérique ou plus globalement leur souffrance au travail.

Sur le terrain, l'observation de la violence individuelle s'appuie sur les signes observables, audibles et kinesthésiques répertoriés en entretiens individuels et reportés sur les grilles d'observations des dix soignants concernés. Cependant, les deux tiers des participants (19/30) ont été violents ponctuellement au cours de leur journée de travail, c'est-à-dire les dix personnes ciblées par l'entretien individuel, auxquelles s'ajoutent neuf personnes (3 le reconnaissent et 6 le nient) ayant sous-évalué l'expression de leur violence. En fait, les participants ont exercé 112 violences individuelles : 39 colères froides (7), 36 colères chaudes (9), 19 médisances (5), six dénonciations (4), mais aussi cinq maltraitances, trois traits d'humour sarcastique (dit ironie par désespoir) et un geste violent. De plus, l'observation fait état d'une violence continue exercée par trois participantes non conscientes d'être violentes : critique systématiquement sa collègue, intimide en permanence ses collègues et épie presque constamment sa collègue.

Ces observations ont été validées au fur et à mesure et en auto-confrontation finale auprès de la moitié des participants (15/30), qui reconnaissait avoir exercé de la violence au cours de leur activité de travail. Cette violence était dite alimentée par la nervosité (23 % des participants), le stress (20 %) et la douleur (17 %) et aggravée par la fatigue (17 %), comme si les soignants tournaient en rond au centre de leur souffrance au travail (voir tableau 5).

Tableau 5

Manifestations et signes de violence des soignants en souffrance

L'élément violence participe à la souffrance des soignants *			
(2/35 antécédents de harcèlement au travail)			
Entretiens	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Entretien individuel	12/35	Violence souffrante	
Signes de souffrance : par la colère chaude (extériorisée)	8/12	<ul style="list-style-type: none"> - Visage rouge ou crispé, ailes du nez frémissantes, poings serrés - Gros mots, voix élevée ou ton sec, paroles précipitées ou virulentes, sans finesse - Gestes brusques, altercations physiques, casse du matériel 	Colère
et			
par la colère froide (intériorisée)	6/12	<ul style="list-style-type: none"> - Visage fermé et froid, lèvres ou dents serrés, nez pincé et yeux rétrécis - Voix dure ou ton sec et froid, se taire en serrant les lèvres, parler en dedans, marmonner ou bougonner, dire les choses durement en aparté, médire sur le dos des autres. 	
Entretien collectif			
Manifestations de violence souffrante	12/34	<ul style="list-style-type: none"> - Derrière les portes closes - Violence insidieuse et cachée - Violence banalisée en région éloignée 	Colère

Tableau 5 (suite)

Manifestations et signes de violence des soignants en souffrance (suite)

L'élément violence participe à la souffrance des soignants *			
(2/35 antécédents de harcèlement au travail)			
Terrain	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Signes observables violence souffrante	10/30	- Grilles d'observations individuelles (voir Appendice E)	Colère
Observations individuelles	16/30	112 manifestations	Nervosité, douleur, stress et fatigue
et		- Colères chaudes ou froides ... - Gestes violents, maltraitance - Médisances, dénonciation, humour sarcastique - Critique systématiquement, intimidation en permanence, épie presque constamment	
Observations collectives		13 manifestations	
		- Tutrices imposant des comportements violents à des novices, 'mégères' régentant leur clan et faisant la guerre aux autres - Équipes ou clans orchestrant harcèlement psychologique ou isolant des personnes ciblées - Confrontation inefficace des pommes pourries par leurs supérieurs, unité psychiatrique imposée par la direction sans concertation et formation.	

* toute violence est souffrance selon les soignants

L'observation de la violence exercée collectivement sur le terrain s'appuie sur les données de l'entretien collectif. En fait, 13 situations de violence organisées collectivement ont été observées sur le terrain : trois participantes désignées comme tutrices par l'employeur imposent à des soignantes novices des comportements violents envers des collègues, trois « mégères régentent » leur clan et font la guerre aux autres, un clan et deux équipes orchestrent du harcèlement psychologique, deux équipes isolent des personnes ciblées, une réunion de confrontation avec « des pommes pourries, tombe à plat », une direction organise une unité psychiatrique clandestine et l'impose aux soignants sans concertation et sans formation. Ces observations sur le terrain ont été auto-confrontées au vécu des participants et confirmées par leurs collègues, au moment des pauses sur le terrain.

Selon le comité de suivi de la recherche réuni entre les étapes de la collecte de données, le décalage entre le nombre de soignants se reconnaissant violents au travail (12/35) et le nombre de soignants observés violents le jour du terrain (19/30) s'expliquerait notamment par « la banalisation de la violence » dans le milieu : la violence entre personnes s'enracine sur la violence contre les personnes. Des exemples sont donnés, où la violence est généralement niée par les soignants : bousculer ou repousser physiquement une personne, se mettre en colère ou se moquer d'elle avec des mots durs, raconter de fausses histoires sur elle. Ces réflexions des comités de suivi viennent compléter les résultats issus de l'entretien collectif.

3.3 Le stress s'enracine sur la nervosité, au cœur de la souffrance des soignants

L'investigation systématique du stress au travail était introduite en entretien individuel par trois questionnaires, mesurant le niveau de stress psychologique au travail (MSP) et évaluant le stress intense et souffrant à travers ses manifestations physiques et émotionnels (ERPI et EREI). Ensuite, les signes observables du stress étaient documentés, pour guider l'observation des soignants en activité de travail.

Les résultats du questionnaire MSP situent le pourcentage de stress au travail entre 7 et 47 % (moyenne à 27 %, médiane à 25 %) en moyenne dans la dernière année, précédés d'une auto-évaluation du stress similaire à 10 % près par les deux tiers des participants. Comme la limite de stress dit acceptable au travail est de 30 % (Lacharme, 2010), le stress est jugé excessif chez presque la moitié des participants (16/35). Parmi eux, dix personnes seulement affirment que leur stress est un élément de souffrance au travail, soit 28,5 % de l'échantillon (voir Tableau 6). Les signes observables de stress proposés par le MSP étaient le fait de marcher vite, de manger vite, de regarder l'heure sans cesse, de soupirer, de trembler, de serrer les dents, de sursauter et d'avoir tendance à lâcher des choses.

Les résultats des questionnaires ERPI et EREI portent sur les manifestations de stress vécues au travail, lors d'évènements ou de situations stressantes intenses et souffrantes. Un tiers des participants (12/35) se reconnaissent dans les signes énumérés (voir Tableau 6). Les manifestations émotionnelles du stress sont cotées moyennes à

maximales chez cinq personnes et les manifestations physiques du stress sont cotées moyennes chez dix personnes.

En entretien individuel, l'investigation des signes observables de stress au travail amène les participants à parler spontanément de leur nervosité. Les soignants expliquent que lorsqu'ils se sentent nerveux, « le stress n'est pas loin » et « le trop de stress, c'est comme de l'électricité sur les nerfs ». En fait, plus d'un quart des participants énumèrent les manifestations de leur stress souffrant au travail (10/35) (voir Tableau 6), soit 28,5 % de l'échantillon. Les manifestations nerveuses se caractérisent par le fait de se sentir fébrile ou tendu, d'être excité ou énervé (4). Les manifestations cognitives sont visées en termes de perte de concentration, de manque d'attention et de rumination mentale (3). Les manifestations émotionnelles ou psychologiques sont exprimées par de l'impatience ou de la colère, de l'inquiétude ou de l'anxiété (4). Les manifestations comportementales sont décrites par le fait d'avoir des réflexes incontrôlables, des gestes rapides, des paroles précipitées, un regard sautant ou un clignement des yeux (9). Les manifestations physiques sont expliquées par de la douleur à l'estomac, au cœur ou dans le ventre, des tensions musculaires, le visage crispé, des plaques rouges sur la peau et un tremblement des mains (8). Les participants ajoutaient que ce stress souffrant au travail pouvait exacerber leur douleur (estomac, cœur, ventre) (14 % de l'échantillon), déclencher leur colère (visage rouge, ton sec) et la violence (11,5 % de l'échantillon) et même favoriser leurs crises d'anxiété (ronger ses ongles, triturer ses doigts) (8,5 % de l'échantillon).

Parmi ces manifestations de stress souffrant au travail, certaines sont des signes observables sur le terrain, répertoriés sur des grilles individuelles adaptées à chaque participant (9/30), et d'autres des ressentis à commenter par les participants sur le terrain. Les résultats s'appuient sur l'observation des participants sur le terrain (250 h) faisant état de 270 situations de stress dit excessif, dont 203 sont jugées souffrantes à l'unanimité. La fréquence de ces situations de stress souffrant varie entre une et 28 par jour : neuf en moyenne par soignant en 8 h de présence au travail. L'expression du stress souffrant dure généralement de trois secondes à six minutes de suite, exceptionnellement 1 h 30 et chez trois personnes est dite presque en permanente. À la fin de la journée sur le terrain, les sept participants vivant un stress chronique (fréquence, durée) disaient craindre pour leur santé mentale (sans précision). Les autres expliquaient que le stress au travail, quel que soit son niveau, déclenche ou exacerbe leur douleur (10 % de l'échantillon), alimente leur colère (13 % de l'échantillon) ou nourrit leur anxiété (20 % de l'échantillon), les fatigue généralement (20 % de l'échantillon). De plus, les soignants affirmaient ne plus se sentir nerveux au travail, mais plutôt stressé ou en colère, éléments de leur souffrance au travail (voir Tableau 6).

Tableau 6

Manifestations et signes de stress des soignants en souffrance

Questionnaires / entretien individuel	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Mesure de stress psychologique au travail (MSP)	10/35	En moyenne la dernière année et souffrant : - Marche vite, mange vite, regarde l'heure, soupire, tremble, serre les dents, sursaute, lâche des choses	Fatigue Douleur Anxiété
Manifestations physiques et émotionnelles du stress	12/35	Lors d'événements ou de situations très stressantes (voir ERPI et EREI en Appendice D)	Douleur
Signes de stress souffrant : - manifestations nerveuses - manifestation cognitive - manifesta. comportementale - manifestation psychologique - manifestations physiques	10/35	Observables et ressentis - Fébrilité et tension, excitation et énervement - Perte de concentration, rumination mentale, manque d'attention - Réflexes incontrôlables, gestes et paroles rapides, cligne des yeux, tripote les cheveux - Impatience, colère, inquiétude, anxiété - Plaques rouges sur peau, douleur ventre/ estomac/cœur, mains tremblent, visage crispé et tensions musculaires	Nervosité Douleur, colère, anxiété
Terrain	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Observations du stress souffrant	30/30 7/30	- 203 situations de stress dit excessif et souffrant (9 en moyenne sur 8 h) - Stress chronique (fréquence, durée)	Douleur, fatigue, colère, anxiété
Mesure de stress psychologique (MSP)	9/30	En moyenne le jour du terrain et souffrant :	Douleur, fatigue, anxiété, nervosité

À la fin de l'étape terrain, le questionnaire MSP rempli à nouveau par les participants donne un panorama général de la mesure du stress au travail le jour de l'observation de l'activité de travail. Le stress moyen du jour était évalué excessif ($\geq 30\%$, MSP) par un tiers des participants (12/30) et même souffrant par neuf personnes (30 % des participants). Les résultats du MSP du jour s'échelonnent entre 8 et 65 % (moyenne et médiane à 26 %) de stress vécu sur le terrain, similaires à ceux du stress au travail en moyenne dans la dernière année (à $\pm 10\%$). En effet, seulement quatre soignants ont vécu le jour du terrain plus de stress que la moyenne de l'année et deux soignants moins de stress. Quant à l'évaluation subjective du stress réalisée avant de remplir le questionnaire, elle est encore comparable à 10 % près des résultats du MSP, chez les deux tiers des participants (20/30). En auto-confrontation finale, les autres participants attribuent leur surévaluation du stress du jour à la nervosité excessive et aux émotions exacerbées, leur sous-évaluation du stress du jour à la fatigue intense et aux émotions apaisées, après l'activité de travail.

3.4 La douleur chronique au cœur de la souffrance des soignants

En entretien individuel, presque tous les participants se plaignent de douleur (aiguë ou chronique) mais certains seulement d'une répercussion psychologique de celle-ci dans leur vie (souffrance). En effet, cette douleur perçue par les soignants coexiste avec de la souffrance ressentie chez plus d'un quart des participants (10/35) interrogés sur leur état de santé générale. Lors de l'investigation systématique de la douleur au travail, un sixième des participants (7/35) affirmait que c'était la douleur chronique qui était

souffrante et qui les avait dérangé dans leur activité de travail, au cours de la dernière année (20 % de l'échantillon). Cette douleur chronique, au cœur de la souffrance des soignants, durait depuis plus de deux ans chez quatre personnes, depuis un à deux ans chez deux personnes et depuis six mois à un an chez une personne. Cette douleur chronique, au cœur de la souffrance des soignants, était ressentie à une fréquence régulière chez cinq personnes et toujours chez deux personnes. En entretien individuel, les signes de la douleur chronique souffrante (voir Tableau 7) étaient également décrits par un sixième des participants (7/35). Les signes observables étaient : faire des grimaces, porter la main à l'endroit douloureux, se frictionner, s'étirer les bras, faire une rotation externe des épaules ou un roulement de la tête, appuyer le dos au mur, s'asseoir, claudiquer, avoir des gestes lents. Les signes audibles étaient : se taire en permanence ou dire des onomatopées ponctuellement.

Sur le terrain, ces signes répertoriés sur des grilles individuelles adaptées à chaque participant (6/30) ont été observés ce jour-là seulement chez quatre personnes. En plus, une autre personne a signalé ressentir de la douleur en voie de chronicité, car souvent présente (fréquence) depuis trois à six mois (durée). Elle n'en avait pas parlé au cours de l'entretien individuel, car pas encore au cœur de sa souffrance au travail. Les résultats s'appuient sur les observations de cinq situations de travail, qui concernent cinq participants (5/30) ayant eu des antécédents de blessures musculo-squelettiques au travail et ayant ressenti le jour du terrain de la douleur chronique, élément de leur souffrance au travail. Il s'agit de deux préposées aux bénéficiaires en manutention de

patients, de deux infirmières-auxiliaires en distribuant les médicaments et d'une infirmière au téléphone et à l'ordinateur. La douleur était localisée en bas du dos chez trois personnes, à la fois au cou et à la tête chez deux personnes, à la hanche chez une personne et à l'épaule chez une autre personne. L'évaluation de l'intensité de la douleur se situait entre 3 et 7/10 (EVA). Cette douleur se manifestait lors d'un effort excessif des préposées aux bénéficiaires et d'une infirmière-auxiliaire (échelle de Borg entre 4 et 7/10), d'une flexion sagittale contraignante du dos ($\geq 35^\circ$ d'angle) d'une préposée aux bénéficiaires et d'une infirmière-auxiliaire (entre 7 et 30 fois par jour), d'un mouvement limite du bras en flexion-abduction ($\geq 60^\circ$) d'une infirmière-auxiliaire (80 fois par jour), d'une posture exigeante de flexion latérale complète de la tête avec l'épaule haussée (18 fois, entre 4 s à 8 min, 20 min en tout) et de torsion du dos et de la tête devant l'ordinateur (1 h 30) chez l'infirmière. En auto-confrontation sur le terrain, les cinq soignants ayant eu de la douleur chronique expliquaient que la fatigue (13 % de l'échantillon), le stress (10 % de l'échantillon) et même l'anxiété amplifiaient leur douleur et que la violence (17 % de l'échantillon) était exacerbée par leur douleur (voir Tableau 7).

Tableau 7

Manifestations et signes de douleur des soignants en souffrance

L'élément douleur chronique participe à la souffrance des soignants (5 antécédents de blessures musculo-squelettiques au travail)			
Entretien individuel	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Manifestations de douleur chronique souffrante	7/35	- Dure depuis plus de 2 ans (4)*, un à 2 ans (2)* et de 6 mois à un an (1)* - Fréquence régulière (5)*, toujours (2)*	
Signes observables de douleur chronique souffrante	7/35	- Faire grimaces, appuyer dos au mur, porter main sur, frictionner - S'asseoir, claudiquer - Onomatopées, se taire	
Terrain	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Situations de travail avec douleur chronique souffrante	5/30	5 situations chroniques - Localisation dos (3)*, hanche (1)*, épaule (1)*, cou et tête (2)* - Intensité 3 à 7/10 (EVA) - Effort excessif, flexion contraignante, en fréquence et en durée (PERR) - Torsion du dos et de la tête	Stress, fatigue, violence, anxiété

*nombre de soignants concernés

3.5 De la fatigue à l'épuisement professionnel des soignants en souffrance

En entretien individuel, l'investigation de l'élément fatigue au cœur de la souffrance des soignants s'est concentrée sur les signes observables ou ressentis de la fatigue. Un cinquième des participants (7/35) citait entre une et quatre manifestations de leur fatigue souffrante au travail (20 %). Les manifestations physiques de cette fatigue étaient le bâillement et le soupir chez cinq personnes. Les manifestations comportementales de

cette fatigue visées par quatre personnes étaient le fait d'être moins rapide et de trainer les pieds de lassitude. Les manifestations cognitives de la fatigue souffrante étaient une baisse de concentration et de vigilance chez trois personnes. Les manifestations nerveuses ou émotionnelles de la fatigue excessive de trois personnes étaient le fait d'être moins patient et plus irritable, voire colérique (voir Tableau 8).

La fatigue émotionnelle est l'un des facteurs documenté dans le questionnaire sur l'épuisement professionnel (MBI), à côté de la dépersonnalisation et du manque d'accomplissement de soi. Le facteur fatigue émotionnelle (9 énoncés) concernait presque la moitié des participants (16/35), soit cinq personnes à un niveau élevé (score $\geq 30/54$) et onze personnes à un niveau modérée (score entre 18 et 29/54). Parmi les onze personnes vivant une fatigue émotionnelle modérée au travail, six avaient décrit les signes de leur fatigue souffrante au travail et les cinq autres en auto-confrontation finale se disaient être épuisés, comme les cinq personnes ayant un niveau élevé de fatigue émotionnelle. Le facteur dépersonnalisation (5 énoncés) touchait plus d'un quart des participants (8/35), soit deux personnes à un niveau élevé (score $\geq 12/30$) et six personnes à un niveau modéré (score 6 à 11/30). Le facteur manque d'accomplissement de soi (8 énoncés) rejoignait le tiers des participants (12/35), soit deux personnes à un niveau élevé (score ≤ 35) et dix personnes à un niveau modéré (entre 34 et 39/45). Les résultats généraux au questionnaire MBI montrent que plus des deux tiers des participants sont concernés par l'épuisement professionnel (23/35), avec deux facteurs ciblés pour chacun. Confrontés à leurs résultats, plus de la moitié des participants

(18/35) confirmaient que cet épuisement professionnel est un élément de leur souffrance au travail et cinq participants parlaient d'autres pathologies associées (hypothyroïdie, anémie, fibromyalgie, mononucléose). Ces personnes en souffrance au travail par épuisement professionnel (18/35), soit 51,5 % de l'échantillon, ont atteint un niveau modéré (15) ou élevé (3). Parmi elles, deux personnes semblent plus à risque pour leur santé avec une cote élevée à la fois en fatigue émotionnelle et en dépersonnalisation. En auto-confrontation finale, elles affirmaient ne pas avoir d'antécédent d'épuisement professionnel et être conscientes de leur état d'épuisement, cherchant seulement à durer au travail pour des raisons personnelles. Parmi les participants n'étant pas en épuisement professionnel (12/35), trois personnes avaient déjà vécu un épuisement professionnel antérieurement.

En entretien collectif, l'interaction entre les éléments fatigue et violence au cœur de la souffrance des soignants sont illustrés en situation de travail. En effet, la fatigue (manque d'énergie, grande lassitude) se manifeste parfois sous forme de violence : les uns « font la tête » ou sont « marabout » et les autres ont « la mèche courte » ou « se déchainent », expliquent spontanément les participants.

Tableau 8

Manifestations et signes de fatigue et d'épuisement des soignants en souffrance

Élément fatigue dans la souffrance des soignants, jusqu'à l'épuisement (3/35 antécédents d'épuisement professionnel)			
Entretien individuel	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Signes de fatigue souffrante :	7/35	*	
- manifestation physique		- Soupirs et bâillements	
- manifestation comportementale		- Être moins rapide, trainer les pieds	
- manifestation cognitive		- Être moins concentré et moins vigilant	
- manifestation émotionnelle		- Être moins patient et plus irritable	Colère
Évaluation de l'épuisement professionnel (MBI) :	18/35	Épuisement souffrant	
- fatigue émotionnelle	6/18	Fatigue souffrante	
	10/18	Épuisement souffrant	
Terrain	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Signes de fatigue souffrante	6/30	*	
Signes d'épuisement professionnel souffrant :	7/30		
- manifestation physique		- Yeux fermés seuls, cligne des yeux	
- manifestation émotionnelle		- Pleure	
- manifestation comportementale		- Tourne en rond, traîne des pieds, se raidit, regarde en l'air, marmonne et se tait	
Niveau fatigue fin de journée (+ 3/30, ++10/30)	7/30	Fatigue souffrante	Douleur par effort, stress, violence, anxiété
Niveau d'épuisement (+++14/30, ++++1/30)	10/30	Épuisement souffrant	

* mêmes signes observables

Sur le terrain, les signes de fatigue souffrante répertoriés sur les grilles individuelles des soignants concernés (6/30) ont été observés au cours de leur activité de travail. De plus, d'autres signes ont été mis en évidence chez d'autres participants (7/30) n'ayant pas décrits de signes visibles ou ressentis de fatigue en entretien individuel, mais ayant cotés +++ à leur fatigue sur le terrain parce qu'ils se sentaient épuisés ce jour-là. Ces signes d'épuisement dit professionnel touchaient quatre personnes ayant les yeux qui se fermaient tout seul en luttant contre le sommeil, quatre personnes clignant des yeux ou regardant en l'air pour maintenir leurs yeux ouverts, quatre personnes marmonnant puis se taisant, deux personnes pleurant de fatigue, deux personnes se raidissant pour ne pas tomber de fatigue, deux personnes tournant en rond et une personne traînant des pieds (voir Tableau 8). Un à trois signes d'épuisement a été observé chez chacune de ces personnes, dont cinq travaillaient de jour, quatre de soir, trois de nuit et une en horaire coupé.

L'ensemble des résultats sur le terrain, de la fatigue (cotée + et ++) à l'épuisement professionnel (coté +++ et ++++), proviennent des trois quarts des participants (21/30), au début de l'activité de travail, faute de récupération et de repos suffisant disent-ils : + (17), ++ (3), +++ (1). La fatigue en commençant le travail est donc déjà de l'épuisement pour une personne (+++). Au cours de la journée de travail, les deux personnes qui boivent beaucoup de café (12 et 16 par jour) disent ne pas ressentir de fatigue. Les autres (28/30) se fatiguent en travaillant et évaluent leur fatigue en fin de la journée : + (3), ++ (10), +++ (14) et ++++ (1). Parmi eux, cette fatigue est dite un élément de la souffrance

au travail par un quart des participants (7/30) et être de l'épuisement souffrant par un tiers des participants (10/30) (33 % de l'échantillon). En fait, la fatigue au travail apparait ou s'amplifie dès 3 h 30 en moyenne de travail (entre 1 h et 6 h 30 selon le travail et la capacité du travailleur). La fatigue émotionnelle, nerveuse et même physique est associée spontanément par les soignants concernés (28/30) à l'effort observé 112 fois (8) et dit en interaction avec les éléments stress, douleur, violence et anxiété de la souffrance au travail. Cette fatigue a été observée 37 fois en lien avec le stress de 6 personnes (20 % de l'échantillon), 8 fois avec la douleur à l'effort de quatre personnes (13 % de l'échantillon), 5 fois avec la violence de cinq personnes (17 % de l'échantillon) et 7 fois avec l'anxiété (voir Tableau 8).

3.6 L'élément anxiété s'enracine sur la peur, au cœur de la souffrance des soignants

En entretien individuel, la peur a été exprimée par une seule personne de par sa situation de travail et son vécu personnel, élément de sa souffrance au travail. La peur se nourrit de sa nervosité et alimente son anxiété, explique-t-elle. Sur le terrain, la peur est une émotion souvent invisible, vraisemblablement sous-évaluée. Elle a été observée chez trois personnes qui confirmaient se cacher dans les toilettes à l'approche d'une collègue ou d'une supérieure, avoir attendu dans une chambre la fin d'une altercation verbale de collègues la mettant en cause.

Au cours de l'entretien individuel, l'élément anxiété est décrit au cœur de la souffrance au travail par presque un quart des participants (8/35), à travers plusieurs signes observables possibles (23 % de l'échantillon). Les manifestations comportementales observables de l'anxiété de cinq personnes sont surtout le fait de se ronger les ongles ou de manger la peau autour des ongles, mais aussi de se gratter les avant-bras ou de se triturer les doigts. Les manifestations psychologiques observables de l'anxiété touchent quatre personnes qui se sentent inquiètes et même parfois angoissées (voir Tableau 9).

L'anxiété a été évaluée par le questionnaire (ASTA) dont les résultats sur l'anxiété générale se distribuent entre 20 et 55/80 (moyenne à 37 et médiane à 36) et l'anxiété du moment entre 20 et 52/80 (moyenne à 35 et médiane à 37). L'interprétation habituelle de ce questionnaire indique que les deux cinquième des participants ont dépassé le seuil critique de l'anxiété (14/35) : niveau 1 (12) et niveau 2 (2). En fait, quatre personnes reconnaissent leur tendance à l'anxiété (ASTA, énoncé 9) et affirment qu'elle est un élément amplifiant leur souffrance au travail, mais elles n'ont pas de mots pour décrire les signes de leur anxiété.

Les signes observables de l'anxiété ont été reportés sur les grilles individuelles d'observation des personnes ciblées en entretien individuel et de celles dont le seuil critique de l'anxiété était dépassé selon l'ASTA, à observer sur le terrain (11/30). Au cours de leur travail, elles reliaient leur anxiété à la nervosité et au stress (13% des gens)

Tableau 9

Manifestations et signes d'anxiété des soignants en souffrance

Entretien individuel	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	Manifestations
Signes d'anxiété souffrante :	8/35	*	
- manifestation psychologique		- Se sentir inquiet, angoissé	
- manifestation comportementale		- Se ronger les ongles ou manger la peau autour, se triturer les doigts, se gratter les avant-bras	
Évaluation anxiété générale et du moment au travail (ASTA) :			Stress Fatigue
- seuil critique dépassé 14/35	4/14	Anxiété souffrante	
Terrain	<i>n</i>	Signes dits observables ou ressentis	car
Signes observables d'anxiété souffrante	11/30	* 2 situations	Nervosité / stress Peur / fatigue

*mêmes signes

à l'inquiétude et aux craintes (dérivées de la peur) (13 % de l'échantillon), mais aussi à la fatigue et l'isolement. En fait, deux participants ont manifesté le jour du terrain des signes visibles d'anxiété dits liés à la peur et à l'inquiétude de la situation de travail, au tempérament anxieux.

3.7 La détresse psychologique et la dépression participent à la souffrance au travail

En entretien individuel, la souffrance au travail en termes de détresse psychologique a été évaluée dans le regroupement des questionnaires. Les scores de la détresse

psychologique au travail (PSI), s'échelonnent entre 15 et 32/56 (moyenne 24,6, médiane 25, mode 25). La détresse psychologique au travail touche « de temps en temps » dix personnes, mais aussi « assez souvent » deux personnes, soit un tiers des participants (12/35) qui en souffrent en moyenne dans l'année (34 % de l'échantillon). En auto-confrontation finale, onze personnes relient leur détresse psychologique à leur stress excessif (31,5 % de l'échantillon) et cinq personnes à la dépression (14 % de l'échantillon).

Au cours de l'entretien individuel, des signes de dépression sont décrits au cœur de la souffrance au travail par un cinquième des participants (7/35) : pleurs (2), isolement (3) et regard triste (3) (voir Tableau 10). Quant aux risques de dépression dans la vie évalués par l'inventaire de Beck (BDI), les scores se situent entre 0 et 19/63 (moyenne de 7,8 et médiane 7). Les résultats font état de pathologies potentiellement à risque de souffrance au travail chez un tiers des participants (11/35) : quatre personnes aux limites de la dépression et sept personnes présentant des troubles de l'humeur. Toutefois en auto-confrontation finale, seulement sept participants considèrent que leur risque de dépression est professionnel (20 % de l'échantillon), signée par une grande tristesse chez cinq personnes et liée à un stress excessif chez six personnes (17 % de l'échantillon).

Sur le terrain, les participants ayant décrit en entretien individuel des signes observables de dépression (6/30) ne montrent aucun signe ce jour-là et ne font aucun commentaire sur leur état présent. Par contre, trois soignants ont été observés en pleurs

Tableau 10

Manifestations et signes de dépression des soignants en souffrance

Détresse psychologique et risque de dépression des soignants en souffrance * (3/35 antécédents de dépression liée au travail)			
Entretien individuel	<i>n</i>	Signes dits observables et ressentis	Manifestations
Évaluation de la détresse psychologique au travail (PSI)	12/35		Stress Dépression
Signes de dépression au travail	7/35	** Pleurs, regard triste, s'isole	
Évaluation du risque de dépression (BDI) : limite dépression 4/11 troubles de l'humeur 7/11	11/35		
Dépression vécue au travail	7/35	Grande tristesse	Stress
Terrain	<i>n</i>	Signes dits observables et ressentis	car
Risque de dépression :			
signes observables	6/30	**	
signes observés	3/30	Pleurs	
	5/30	Humeurs changeantes	Stress, douleur épuisement
signes ressentis	2/30	Humeurs changeantes	

* la détresse psychologique et la dépression sont toujours signées par de la souffrance

** mêmes signes

et cinq soignants ont manifesté des humeurs changeantes au cours de l'activité de travail. En auto-confrontation finale, ils expliquent leurs comportements du jour par de la douleur (1), du stress (2) ou de l'épuisement professionnel (5).

De plus, trois soignants signalent leurs antécédents de dépression diagnostiquée au travail, deux autres craignent d'être actuellement en dépression professionnelle à cause de leurs humeurs changeantes (pas en âge de ménopause) et un autre relate les phases dépressives de sa bipolarité connue.

3.8 Répartition des éléments de la souffrance des soignants : interactions principales et pistes de solutions

Pour répondre au premier objectif qui était de mieux comprendre la nature de la souffrance des soignants, les résultats de l'entretien individuel sur l'investigation systématique de la souffrance ordonnent les principaux éléments la constituant. La Figure 8 résume la répartition globale des soignants entre les éléments constitutifs de leur souffrance au travail, dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, en moyenne au cours de la dernière année (2010). Elle est plus précise et plus détaillée que la Figure 6 qui porte sur l'approche initiale de la souffrance par les soignants.

La fréquence chez les participants des éléments au coeur de la souffrance au travail a été calculée à partir des données de l'entretien individuel : violence (34 %), stress (28,5 %), douleur chronique (20 %) et fatigue (20 %). Celle des autres éléments participant à la souffrance des soignants est issue des résultats des questionnaires : troubles anxieux (23 %), risque de dépression (20 %), détresse psychologique (34 %) et épuisement professionnel (51,5 %). Ils ne peuvent donc être comparés entre eux.

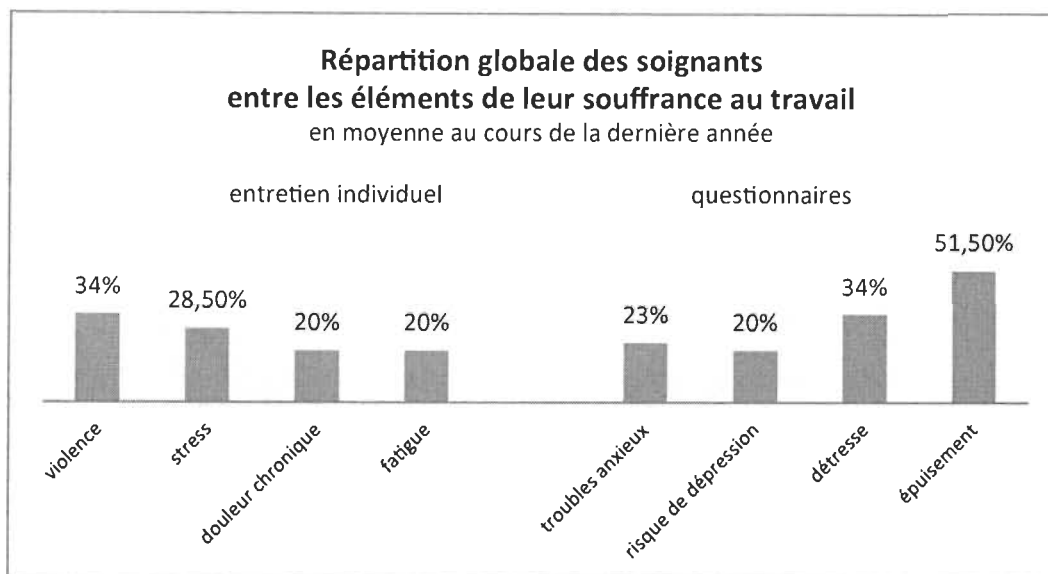


Figure 8. Répartition globale des soignants entre les éléments de leur souffrance au travail (entretien individuel / questionnaires, en moyenne dans la dernière année).

Comme nous l'avons vu, la nature de la souffrance des soignants s'exprime par les éléments violence, stress, douleur chronique et fatigue, qui s'enracinent sur la colère, la nervosité et même la peur. Cette souffrance au travail peut aussi se manifester avec le temps par de l'anxiété, des signes de dépression, de la détresse psychologique et de l'épuisement professionnel. La figure 9 illustre la représentation de la souffrance des soignants au travail, telle qu'elle se manifeste selon leur ressenti et leur vécu et telle qu'elle se construit pour eux avec le temps. Elle représente une construction à trois niveaux de la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

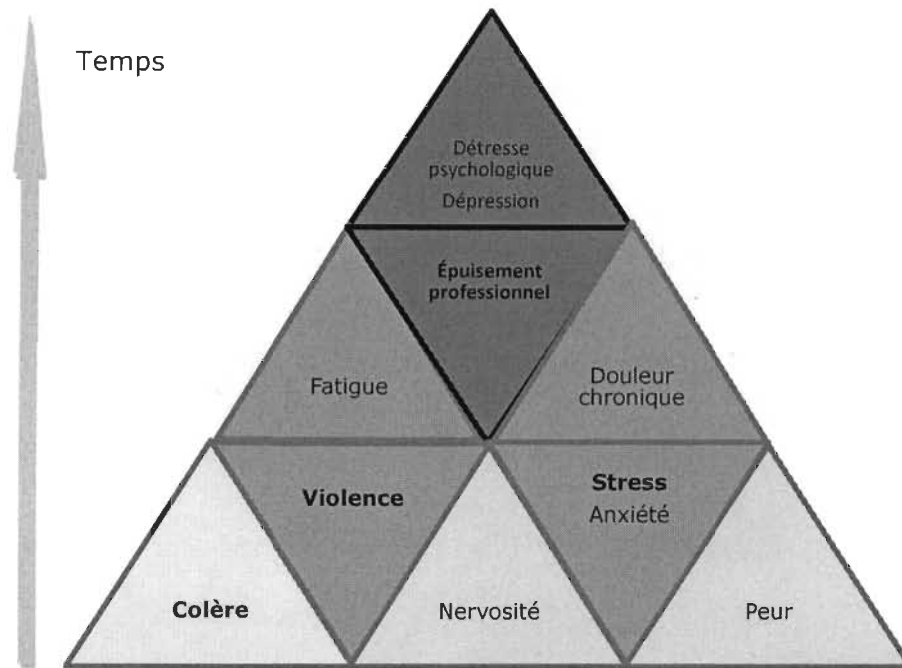


Figure 9. Représentation de la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue : 3 niveaux d'éléments constitutifs ordonnés dans le temps

Comme nous l'avons vu, les relations perçues par les participants entre certains de ces éléments constitutifs de leur souffrance au travail ont été soulignées en entretien individuel par les participants en 2011 et le jour du terrain en 2012. En entretien individuel, ces relations sont dites linéaires entre la colère à la violence par le quart des participants et entre le stress et la détresse psychologique par le tiers des participants. Sur le terrain, la relation est dite linéaire entre la fatigue et l'épuisement professionnel par le tiers des participants. Par contre, il s'agit plutôt d'une interaction entre cinq éléments interdépendants au cœur de leur souffrance au travail, selon le témoignage des soignants en activité de travail. La figure 10 illustre ces interdépendances centrées sur le stress et la fatigue. Elle respecte l'échelle des valeurs (nombre de soignants concernés) et propose une représentation sous forme de bulles.

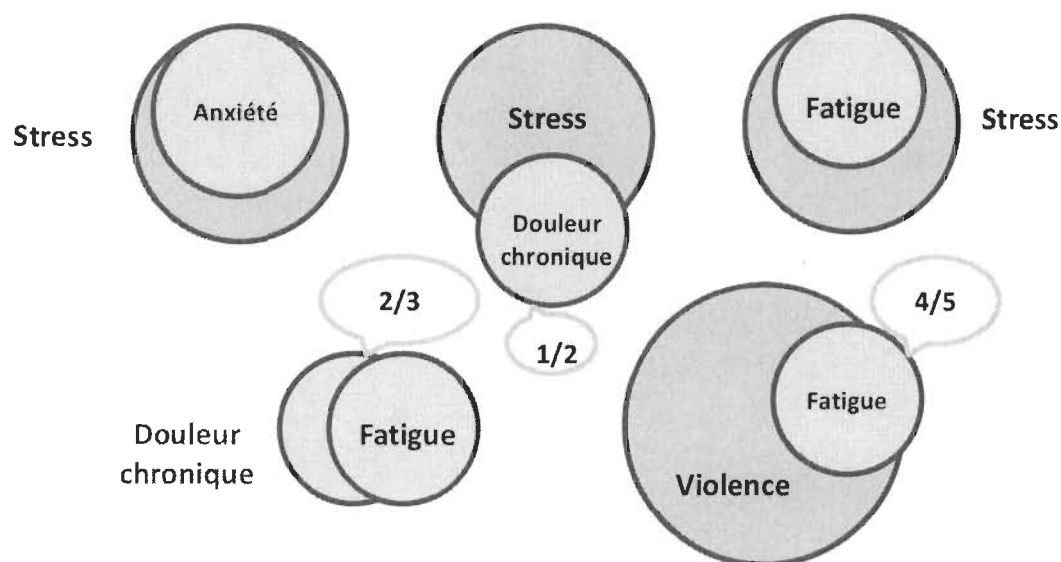


Figure 10. Représentation de l'interaction entre les éléments de la souffrance au travail selon la fréquence de soignants de CHSLD concernés en Abitibi-Témiscamingue (entretien individuel, 2011).

En fait : (1) tous les participants souffrant d'anxiété et de fatigue vivent du stress au travail, (2) la moitié des participants souffrant de douleur chronique vivent du stress au travail, (3) les quatre cinquième des participants qui souffrent de fatigue sont violents au travail, (4) les deux tiers des participants qui souffrent de fatigue ont de la douleur chronique.

En résumé, le premier objectif de cette étude a été atteint en décrivant le cœur de la souffrance des soignants en termes de violence chez plus d'un tiers des participants, de stress chez plus d'un quart des participants, de douleur chronique et de fatigue chez un cinquième des participants chacun. Avec le temps, le risque d'épuisement professionnel touche plus d'un participant sur deux et la détresse psychologique plus d'un sur trois. De nombreuses relations linéaires et quelques interactions entre les éléments au cœur de la

souffrance des soignants au travail ont été mises en évidence par les participants en activité de travail, confirmant ainsi les tendances extraites des données d'entretien individuel.

Les comités de suivi de la recherche ont réfléchi à la façon de déconstruire le cœur de la souffrance au travail (voir Figure 9). Ils ont proposé trois pistes d'action ciblant les éléments constitutifs de cette souffrance des soignants. L'action primaire viserait les éléments précurseurs que sont la colère et la nervosité (premier niveau), en prévention de la violence, du stress et de la douleur. L'action secondaire toucherait directement les interdépendances centrée sur le stress et la fatigue (voir Figure 10) au cœur de la souffrance des soignants (deuxième niveau), en prévention de la détresse psychologique et de l'épuisement professionnel. L'action tertiaire se concentrerait sur l'épuisement professionnel et la détresse psychologique (troisième niveau), pour réduire la violence et le stress et permettre de durer au travail. Néanmoins, la prévention durable de la santé psychologique au travail demande plutôt d'agir en priorité sur les déterminants de cette souffrance au travail.

4 Les déterminants de la souffrance des soignants (deuxième objectif)

Le second objectif de cette étude visait l'investigation des déterminants de la souffrance des soignants, à travers les étapes de la recherche. Aux déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels s'est ajoutée la catégorie « déterminants professionnels » à la demande des participants au cours de l'entretien individuel. Les résultats ont été regroupés par thèmes dans chaque catégorie de déterminants et présentés sous forme de tableaux, signalant également les liens faits par les soignants entre ces déterminants de leur souffrance au travail.

4.1 Les déterminants professionnels de la souffrance, dits inhérents au métier

Les déterminants professionnels de la souffrance au travail sont les premiers mentionnés par les participants, décrivant leur activité de travail en entretien individuel. En effet, les soignants évoquaient spontanément les risques du métier : infections, blessures musculo-squelettiques et violence subie de la part des patients. Ces risques du métier sont généralement acceptés sans condition, c'est-à-dire « achetés avec le métier » car « il faut bien faire avec » au quotidien. Les résultats sur les déterminants professionnels sont regroupés en termes de demandes émotionnelle, physique et psychologique, dites inhérentes au métier et sous la rubrique violence, de la part des patients ou de leur famille.

4.1.1 Demande émotionnelle du métier. La forte demande émotionnelle du métier a été introduite d'emblée par un quart des participants (9/35) décrivant leur activité de

travail. Ils expliquaient leur incapacité à communiquer, à comprendre et à soigner des patients « de plus en plus lourds » psychologiquement et médicalement. Ils associaient cette incapacité à la pénibilité de se sentir impuissants à soulager la douleur et la souffrance des patients, surtout en fin de vie. Enfin, ils insistaient sur le fait que la clientèle étant de plus en plus âgée et malades leur charge de travail devenait excessive et cause de souffrance pour eux, surtout faute d'ajout de personnel (déterminants organisationnels de souffrance).

La demande émotionnelle du métier, documentée dans le regroupement des questionnaires (Bourbonnais et al., 2005), est ciblée par les deux tiers des participants (23/35). En effet, la demande émotionnelle est reconnue élevée face à la douleur et à la souffrance des patients, à la dégradation de leur santé et à la mort inévitable. En auto-confrontation finale, quinze de ces personnes en souffrance au travail disaient accepter cette forte demande émotionnelle du métier : « cela va de soi », même si elles en souffraient.

La demande émotionnelle des patients et de leur famille a été ciblée sur le terrain par les participants qui disaient ressentir de la tristesse ou exprimer de la colère (manifestations de souffrance). Cette demande émotionnelle affecte psychologiquement la moitié des participants (15/30) en termes de perte d'autonomie et de manque de coopération des patients à leur mobilisation ; d'incapacité à communiquer avec des patients dont la dégradation cognitive est manifeste ; de douleur et de souffrance non

soulagées chez certains patients. Le quart des participants (7/30) se plaignent aussi de l'inquiétude des familles qui « ne veulent pas comprendre ... l'état de leur parent ». Ces déterminants professionnels de la souffrance des soignants s'avèrent avoir une résonance particulière dans un « petit milieu » où les participants connaissaient souvent les patients avant leurs maladies et leur vieillissement. En auto-confrontation finale, ces participants insistent sur le fait qu'ils se sentent « impuissants à les soigner » ou à répondre à leur « désir de mourir ».

4.1.2 Violence subie par les soignants de la part des patients. La violence des patients est le déterminant professionnel de la souffrance au travail jugé le plus important par les soignants, en entretien individuel. En effet, la moitié des participants affirment avoir été victime d'agression physique de la part des patients (18/35) et les trois quarts des participants de violence émotionnelle ou psychologique (24/35), au cours de la dernière année. Les agressions physiques des patients semblent toucher proportionnellement plus d'infirmières et d'infirmières-auxiliaires que de préposés aux bénéficiaires, comme le confirment les comités de suivi de la recherche. Ces derniers l'expliquent par le fait que les infirmières pratiquent des « soins plus invasifs » que les infirmières-auxiliaires, sans soulagement suffisant de la douleur des patients et qu'elles manquent de « formation en relation de soins » (déterminant organisationnel de souffrance).

Dans le regroupement des questionnaires, la violence des patients était évaluée par leurs comportements agressifs et l'existence d'agressions physiques et d'intimidation exercées contre les soignants. Le comportement agressif des résidents, dans la dernière année, était ciblé par plus des deux tiers des participants (25/35), bien que pas systématiquement souffrant pour les soignants. La violence physique (17/35) et l'intimidation (16/35) des patients subies par les soignants étaient reconnues responsables de souffrance au travail. Plus précisément, les cinq personnes qui souffrent « souvent » de violence physique de la part des patients sont les plus jeunes femmes de l'échantillon, qui en arrivent à avoir peur de certains patients et à vivre beaucoup de stress au travail (manifestations de la souffrance). Comme l'intimidation des soignants par les patients est dite particulièrement souffrante, « rarement peut être souffrant » et « il suffit d'une fois », les cotes *rarement* (3), *quelques fois* (11) et *souvent* (2) ont été retenues. Ces seize personnes en souffrance par intimidation des patients expliquaient avoir vécu des états de choc post-traumatique suite à la violence de patients, dont seulement sept d'entre elles disent en souffrir encore. Quant aux personnes qui ne souffrent pas de la violence subie de la part des patients, elles acceptent les agressions physiques et l'intimidation comme étant inévitable dans leur métier, voire banales.

Les jours d'observation sur le terrain, la violence physique de la part des patients a été subie par les trois quarts des participants (22/30). Toutefois, seulement la moitié des participants disaient vivre de la souffrance au travail suite à cette violence physique de la part des patients (14/22), comme si le fait de se faire frapper ou cracher à la figure,

glisser la main entre les cuisses ou les seins, pincer, mordre ou griffer (3 à 21 fois par jour) étaient des pratiques professionnellement acceptables. Parmi eux, trois personnes se plaignaient de douleur (manifestation de souffrance) sur le moment ou après leur travail, et sept personnes commentaient les événements violents physiquement en disant « il n'y a rien là ». Plus précisément, toutes les personnes de grande taille et en excès de poids ne subissaient pas de violence physique de la part des patients : « ils en imposent, mêmes s'ils sont doux comme des agneaux » résumait une infirmière sur le terrain.

Les jours d'observation sur le terrain, la violence psychologique de la part de patients a été subie par un tiers des participants (10/30), en tenant compte uniquement de l'observable au cours de l'activité de travail et des commentaires des participants. Ces personnes avouaient souvent se retenir de « ne pas répondre à la violence par la violence », à risque d'ajouter de la souffrance à la souffrance. Cinq soignants se disaient « manipuler par une patiente qui demande » des faveurs à tous, insulter par des patients en souffrance ou qui « manquent d'éducation ou de retenue », menacer de représailles et de fausse dénonciation par « des patients qui s'ennuient ». Quatre soignants se font harceler par des « patients psychiatriques », réclamant à fumer ou à boire de la bière au-delà de la quantité acceptée par leur plan de soins : « le sevrage en Milieu de vie est impossible » souligne amèrement une infirmière. De plus, une soignante a subi la vengeance d'un patient mécontent qu'elle n'ait pas répondu à ses multiples demandes, en inventant un événement pour l'accuser d'insuffisance et déposer une plainte à la direction contre elle.

4.1.3 Violence subie par les soignants de la part des familles de patient. La violence subie de la part de famille de patients n'est pas abordée spontanément en entretien individuel par les participants. Pourtant dans le regroupement des questionnaires, cette violence des familles est reconnue par les soignants en termes de violence physique subie par un quart des participants (9/35) et d'intimidation subie par les deux cinquièmes des participants (14/35). Cette violence physique subie de la part des familles par les neuf soignants concernés était dite intolérable, qu'elle soit vécue *souvent* (1), *quelques fois* (4) et même *rarement* (4). L'une des soignantes ajoute que « le harcèlement, ils ne savent pas faire autre chose, je les connais bien ».

Sur le terrain, les soignants se plaignent généralement « des familles agressives qui n'acceptent pas l'état de leurs parents ». La violence physique de la part des familles a été observée sur un dixième des participants (3/30). Elle a touché trois infirmières-auxiliaires : l'une fut poussée violemment sur un mur, l'autre a été pincée sur les bras à plusieurs reprises, la troisième a été frappée au visage par un membre de sa famille en visite. La violence psychologique de la part des familles a été observée sur un quart des participants (7/30). Il s'agissait d'insultes ou de menaces des familles (4), de gestes suspendus ou de comportements retenus (3) : lèvres serrées brusquement avec les dents mettant fin à des échanges de paroles avec une infirmière-auxiliaire; départ précipité d'une chambre de quelques personnes d'une famille en désaccord avec une préposée aux bénéficiaires; dos tournés volontairement à une infirmière donnant des informations sur le patient. Lors de l'auto-confrontation finale, les soignants participants affirmaient avoir

subi moins de violence de la part des familles le jour de l'observation sur le terrain que d'habitude.

En comité de suivi de la recherche, une professionnelle de la santé résume en avançant que « la violence des patients fait partie de la demande émotionnelle du métier, alors que celle des familles de la demande émotionnelle de la société ». À la présentation des résultats généraux, les participants témoignent encore au sujet de la demande émotionnelle du métier, dite plus facile à vivre que celle provenant des familles, bien que beaucoup plus fréquente.

4.1.4 Demandes physiques du métier : être debout et faire de la manutention.

La demande physique du métier est ciblée spontanément par les participants interrogés en entretien individuel, sur les difficultés de leurs activités professionnelles, à l'origine de la souffrance au travail. La demande physique commune était le fait de devoir travailler debout mais seulement ceux ayant de la douleur aux pieds et aux jambes en parlent d'emblée (11/35). Les préposés aux bénéficiaires se plaignent aussi de la manutention des patients (16/35) et les infirmières-auxiliaires de la difficulté à manœuvrer les grands chariots de soins (12/35) dans les espaces restreints (déterminants organisationnels de souffrance).

Sur le terrain, presque tous les soignants déplorent de devoir travailler debout, surtout en période de grosses chaleurs dans des bâtiments non climatisés (déterminant

organisationnel de la souffrance), d'où douleur et fatigue contribuant à leur souffrance au travail. L'observation initiale de la marche des soignants a confirmé que cinq personnes qui ont à la fois de la douleur dans le dos et dans les jambes (ou les pieds) ne posent pas à chaque pas leurs talons au sol, diminuant ainsi le nombre d'enregistrements du podomètre. En activité de travail, le podomètre étalonné et ajusté à cette observation précédente a permis d'évaluer approximativement la distance parcourue en 8 heures de travail à 2,3 km en moyenne (entre 0,5 et 5,4 km). Cette distance a été parcourue par les soignants marchant dans les couloirs et les escaliers pendant 1 h 30 en moyenne (0 h 35 à 3 h 17) et piétinant dans les pièces pendant 3 h 40 en moyenne (entre 1 h 30 et 4 h 57). Elle varie selon le bâtiment et son nombre d'étages, le métier et le nombre de patients en charge (déterminants organisationnels de souffrance). En comparant les résultats entre les soignants, deux constats sont faits : les infirmières marchent plus (couloirs, escaliers) et piétinent moins (chambres, poste de soins) que les autres soignants, les infirmières-auxiliaires marchent et piétinent deux fois moins que les préposés aux bénéficiaires, mais se tiennent debout immobile plus longtemps. Les infirmières-auxiliaires expliquent sur le terrain qu'il est aussi fatigant pour elles d'être debout immobile devant le chariot de soins (vérification des médicaments préparés par le robot de l'hôpital), que pour les préposés de piétiner sur place dans les chambres (réfection des lits, toilettes des patients). Les infirmières sur le terrain commentent en disant que marcher ou rester assis est moins fatigant pour elles que de piétiner ou de rester immobile comme les autres soignants.

Sur le terrain, plus d'un tiers des participants sont concernés par une demande physique de manutention (patients, chariots) leur occasionnant de la souffrance au travail (11/30). Les sept préposés aux bénéficiaires mentionnent les efforts excessifs et les postures contraignantes dans des lieux restreints, encombrés ou mal agencés (déterminants organisationnels de la souffrance), à l'origine de douleur au dos, de fatigue et de stress (manifestations de la souffrance). Ils parlent de leurs antécédents de blessures musculo-squelettiques et expliquent la pénibilité physique des transferts de patients le jour et de leurs changements de position la nuit, surtout en laissant le niveau du lit au minimum (consigne de sécurité des patients allant à l'encontre des règles du PDSB). Les quatre infirmières-auxiliaires montrent leurs difficultés à pousser ou à tirer le chariot de soins dans des espaces étroits, à le tourner d'un quart de tour ou d'un demi-tour, à le déplacer dans des couloirs encombrés ou en légère pente, à l'origine de douleur aux épaules et au dos (manifestation de la souffrance).

4.1.5 Demande psychologique : capacité/pénibilité, interruptions de tâches et tâches imprévues. La pénibilité psychologique de la tâche est décrite spontanément par les soignants en termes de violence des patients et de conflits avec les collègues, de perte d'autonomie des patients en fin de vie et de l'activité de travail centrée sur les soins d'hygiène et sur le service aux autres. Les soignants en entretien individuel évaluent leurs capacités psychologiques face à la pénibilité de la tâche entre excellentes et bonnes (29/35), alors qu'ils sont presque les deux tiers à se déclarer en souffrance au travail (22/35). En auto-confrontation finale, une sur évaluation des capacités psychologiques

face à la pénibilité de la tâche est reconnue par sept personnes, qui expliquent que les conditions de travail (déterminants organisationnels) diminuent leurs capacités psychologiques innées ou acquises, à risque de souffrance au travail.

Les interruptions de tâches et les tâches supplémentaires ne sont pas citées d'emblée par les participants en entretien individuel. Sur le terrain, les interruptions de tâches sont dénoncées comme souffrantes par les infirmières et une partie des infirmières-auxiliaires (9/30) qui ont besoin d'une concentration intense dans leur activité de travail (dossier des patients, distribution des médicaments). Ces interruptions de tâches étaient observées pour répondre au téléphone, aux besoins ou aux exigences des patients, des collègues ou des subordonnés, et aux demandes des supérieurs ou des professionnels de la santé. L'importance de ces interruptions de tâche observées était évaluée en fréquence et en durée : jusqu'à 35 fois par soignant en 8 h de travail, d'une durée allant de quelques secondes à plus de 2 h. Les soignants concernés expliquaient sur le terrain que ces interruptions de tâche déterminent de la colère, de la fatigue et du stress (manifestations de souffrance).

Le jour du terrain, les participants soulignent les tâches imprévues qui s'ajoutent à leurs tâches prescrites. Ces tâches supplémentaires, inhérentes au métier et à l'organisation du travail, sont dites responsables d'interruptions de tâches, faute de pouvoir anticiper et organiser. Elles déterminent de la souffrance au travail chez les deux tiers des participants (19/30), de quelques minutes à plus de deux heures réparties dans

la journée de travail. Il s'agissait de chutes de patients (7), de protocoles de fin de vie (5), de conflits entre patients (4), de sortie exceptionnelle de patients (4), de crises d'épilepsie (3), de matériel cassé par des patients violents (2), de convocation au tribunal (2), de décès (2) et de changement de chambre décidé à l'improviste (1). Ces tâches imprévues supplémentaires sont dites sources de stress par les deux cinquièmes des participants (13/30) qui en souffrent à cause du « manque de temps pour gérer ces imprévus », c'est-à-dire de marge de manœuvre en terme de temps (déterminant organisationnel de souffrance).

Au moment d'une pause, des soignants discutaient librement et s'accordaient pour dire que les déterminants professionnels de leur souffrance au travail dépendent souvent de déterminants organisationnels liés à des politiques en matière de santé. Ils citaient trois exemples ayant des répercussions sur les conditions d'exercice de leur métier et sur la douleur et la souffrance des patients : manque de ressources médicales et paramédicales en région éloignée pour répondre aux besoins de la population (interventions chirurgicales, rencontres de spécialistes), prescription dite frileuse de narcotiques par les médecins et aussi insuffisance de soins palliatifs pour les patients en fin de vie en CHSLD (déterminants organisationnels de souffrance).

Les principaux déterminants professionnels de la souffrance des soignants sont regroupés dans un tableau et reliés par les participants aux éléments au cœur de la

souffrance (manifestations de souffrance) et aux autres déterminants de souffrance au travail (voir Tableau 11). Néanmoins, les participants refusent d'en tenir compte.

Tableau 11

Déterminants professionnels de la souffrance des soignants, entre déterminants organisationnels et manifestations de cette souffrance au travail (Q = questionnaire)

Déterminants professionnels de la souffrance des soignants		
Facteurs déterminants		Éléments de la souffrance
Demande émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'incapacité à communiquer et à comprendre (9/35) - Impuissance de soulager les patients - Clientèle de plus en plus âgée et malade, dégradation santé et mort inévitable (Q 23/35 – 15/35 en souffre) - Perte d'autonomie et manque de coopération des clients (15/30) - Inquiétude des familles et processus de deuil (7/30) 	Colère, tristesse
Violence subie de la part des patients	<ul style="list-style-type: none"> Demande émotionnelle du métier - Violence physique subie en 2010 par les soignants (18/35) - Violence psychologique et émotionnelle subie en 2010 par les soignants (24/35) - Violence physique subie en 2010, surtout par les jeunes femmes (17/35) - Intimidation subie en 2010 par les soignants (16/35) - Violence physique : pincer, griffer, mordre, frapper sauf les soignants ayant un IMC élevé (14/30) - Intimidation : manipuler, menacer, fabuler, harceler, dénoncer à tort (10/30) 	Peur et stress Stress et douleur Violence
Violence subie de la part des familles	<ul style="list-style-type: none"> Demande émotionnelle de la société - Violence physique subie en 2010 par les soignants (Q 9/35) - Intimidation subie en 2010 par les soignants (14/35) - Violence physique : pousser, pincer, gifler (3/30) - Violence psychologique : insultes, menaces, gestes (7/30) 	
Demande physique	<ul style="list-style-type: none"> - Être debout (11/35) - Manutention de patients (16/35) et de chariots de soins (12/35) - Être debout, surtout immobile + marcher, surtout piétiner (11/30) - Effort et posture des transferts et changement de position des patients + pousser/tirer dans espaces restreints ou encombrés 	Douleur Douleur, fatigue, stress Douleur
Demande psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Capacités psychologiques / pénibilité de la tâche sur évaluée (7/30) - Interruptions de tâches: répondre aux urgences et au téléphone, aux demandes et aux besoins de tous (9/30) - Tâches imprévues : changement de chambre, conflits de patients, chutes de patients, protocole fin de vie, décès (13/30) 	Colère, stress, fatigue
↑		
Déterminants organisationnels de la souffrance au travail des soignants		
<ul style="list-style-type: none"> - Bâtiments non climatisés et mal agencés, espaces restreints et encombrés, équipements vétustes ou trop lourds - Manque de personnel et surcharge de travail, travail sur plusieurs étages à la fois, trop de patients à s'occuper à la fois - Manque de formations en relation de soins et d'application du PDSB - Manque de temps pour gérer les imprévus, manque de marge de manœuvre en termes de temps - Manque de ressources pour répondre aux besoins en santé, insuffisance de prise en soins palliatifs en CHSLD 		

4.2 Les déterminants organisationnels de la souffrance des soignants

Les déterminants organisationnels de la souffrance se réfèrent aux conditions de travail mises en place par l'employeur. En entretien individuel, ils sont visés d'emblée par la moitié des participants (16/35) qui les distinguent des déterminants professionnels inhérents au métier. Bien que les trois quarts des participants considèrent que leur situation de travail s'est aggravée, suite aux changements d'organisation de travail ces dernières années, tous n'en souffrent pas. Les résultats sur les déterminants organisationnels de la souffrance décrivent le vécu des soignants suites de la pénurie financière et humaine, ses conséquences (perte de lits psycho-gériatriques, redistribution des tâches) et ses effets (surcharge de travail et baisse de la qualité du travail). Ils traitent aussi du mode de gestion du personnel et de son influence sur la demande psychologique et l'imprévisibilité du travail faute d'informations, sur le manque de reconnaissance et de latitude décisionnelle. Ils montrent enfin les difficultés d'appliquer le Milieu de vie et le concept d'*Humanitude*, de concilier le travail, la famille et la vie privée.

4.2.1 Pénurie financière et humaine, source importante de souffrance organisationnelle. La pénurie financière et humaine est dite source importante de souffrance des soignants à travers les étapes de la recherche. Les participants visent en priorité le gouvernement, la presse et la gestion des ressources humaines pour expliquer les principaux déterminants organisationnels de leur souffrance au travail.

En entretien individuel, la plupart des soignants précisent que les restrictions financières imposées aux CHSLD par le gouvernement sont responsables du manque d'embauche et de personnel, mais moins de la moitié des participants en souffre (15/35). En entretien collectif, ils s'entendent pour dire que le manque de personnel par pénurie financière est la principale source de souffrance au travail. Les participants en colère accusent l'employeur de « faire des économies sur le dos des gens, en retardant les embauches », car « le temps qu'il embauche un remplaçant, il y en a trois autres qui sont tombés » et « ma chum attend des heures, mais il ne l'appelle pas... y a pas d'argent ». Sur le terrain, les soignants insistent spontanément sur « le manque endémique de personnel » (10/30), différenciant le fait de « ne pas embaucher » par soucis d'économie (pénurie financière) et le fait de « ne pouvoir embaucher » faute de candidats (pénurie humaine). « Il manque de candidats, à ce qu'ils disent? ». Par exemple, au sujet d'une infirmière-auxiliaire, « cela fait un an qu'elle est en maladie et toujours personne pour la remplacer » et au sujet de deux infirmières, la direction leur a demandé de « retarder leur retraite, parce qu'il n'y a personne pour les remplacer ». Cette pénurie humaine détermine de la colère ou de la peur, de la fatigue et du stress (manifestations de souffrance) selon le ressenti exprimé des soignants en auto-confrontation finale sur le terrain.

En entretien collectif, la pénurie humaine est attribuée à la mauvaise presse des soignants, suite à des scandales médiatisés. En effet, tous les groupes commencent spontanément la discussion au sujet de leur souffrance collective en parlant des médias

qui semblent ignorer « les conditions de travail désastreuses » des soignants et la pénibilité de leurs tâches au quotidien. Ils préfèrent « des titres à sensation ...sur des cas isolés de maltraitance ». Les participants enragent à entendre les médias qui donnent ainsi « une fausse image de leur profession » et ne rendent pas compte de leur réalité. Alors, disent-ils « comment voulez-vous attirer du monde dans notre métier ? », « les classes sont vides et ceux qui arrivent à finir sont vite découragés des conditions de travail ». En fait, le manque d'étudiants à la formation des soignants induit un manque de candidats à l'embauche dans les CHSLD, constatent amèrement les participants.

Sur le terrain, des participants visent la gestion du personnel dite responsable du manque de personnel (7/30), à l'origine de souffrance au travail, par les verbalisations suivantes. « Ils sont incapables de garder le personnel compétent » et de « mettre leurs culottes devant les têtes-fortes ». « Ils embauchent des personnes incompetentes ou asociales, à croire qu'ils font exprès », alors que « des personnes jugées indésirables sont congédiées », « les bons s'en vont et les mauvais restent ». « Ils retardent les embauches » en ayant recours aux Agences de remplacement, au risque de détériorer les conditions de travail des soignants.

4.2.2 Fermeture de lits en psycho-gériatrie et redistribution des tâches et des rôles entre les soignants, suite à la pénurie financière et humaine. L'ensemble des participants explique au cours de la recherche que la pénurie financière et humaine a d'abord amené le gouvernement à supprimer des lits dans des unités spécialisées en

psycho-gériatrie puis à modifier la distribution des tâches entre les métiers. Cette perception des soignants est à l'origine de la souffrance au travail.

4.2.2.1 Fermeture des lits en psycho-gériatrie, source de souffrance organisationnelle. Au moment d'une pause sur le terrain, une dizaine de soignants débattaient spontanément sur le manque de lits psycho-gériatriques en lien avec la santé et la sécurité des patients et avec leur souffrance organisationnelle au travail. Ils expliquaient concrètement que le fait de supprimer ces lits a limité le nombre de transferts possibles des patients de CHSLD vers les unités spécialisées en psycho-gériatrie (à Macamic en région). Ils témoignaient de leur sentiment d'impuissance à assurer la cohabitation des personnes « ayant besoin de prise en charge en psycho-gériatrie » avec celles ayant seulement des troubles cognitifs ou étant en perte d'autonomie. Ils donnaient des exemples de recrudescence de la violence vécue par les soignants de la part des patients (déterminants professionnels de souffrance), suite à cette suppression de lits en psycho-gériatrie. Face à cette situation, l'un des CHSLD participant a créé une aile psychiatrique fermée à l'interne pour améliorer la sécurité et les soins des patients. Toutefois, faute de candidats, les soignants désignés pour y travailler disent se sentir seuls, « isolés dans ce coin » et même « la peur au ventre ».

Sur le terrain, tous les participants observés en activité de travail dans cette aile psychiatrique se plaignaient spontanément de la violence des patients (déterminant professionnel de souffrance). Ils exprimaient leur peur (manifestation de souffrance) en

temps réel et relaient des évènements récents vécus par eux en tant qu'acteur ou témoin, avec blessures physiques et stress post-traumatique. Malgré l'introduction de bouton-panique pour appeler en urgence des gardiens du CSSS, ces soignants se sentaient toujours en insécurité et regrettaient leur insuffisance de compétences en psychiatrie. Néanmoins, « c'est mieux que rien » ajoutait une infirmière-auxiliaire qui avait déjà été sévèrement agressée par un patient diagnostiqué schizophrène. Une intervention d'urgence a été observée concrètement sur le terrain, suite à des menaces gestuelles et verbales d'un patient sur des soignants et à de la violence sur du matériel. Les participants obligés à travailler en aile psychiatrique ressentent donc de la peur, du stress et parfois de la douleur (manifestations de souffrance).

4.2.2.2 Redistribution des tâches et des rôles, source de souffrance organisationnelle. La redistribution des tâches entre le personnel des CHSLD en région n'est pas vue comme un ajustement aux nouvelles compétences des soignants, mais plutôt comme une répartition de la charge de travail suite à un manque de personnel. À cette redistribution des tâches s'ajoutent un changement majeur de rôles et une hiérarchisation des fonctions, sources de souffrance des soignants.

En entretien individuel, la redistribution des tâches entre les métiers est dénoncée par un tiers des participants (12/35) qui souffrent d'avoir eu à changer de rôles pour remédier au manque de personnel. « Ils ont pelleté la sale job dans notre cour » disent les infirmières, « on est des distributeurs de pilules à cette heure » regrettent les

infirmières-auxiliaires, « on a perdu les lavages d'oreilles et les tests d'urine » se plaignent les préposés aux bénéficiaires. Concrètement dans les CHSLD en région, une partie des tâches des cadres intermédiaires a été confiée aux infirmières : gestion des équipes de soins, responsabilités et décisions ciblées. Une partie des tâches des infirmières (variable selon les CHSLD) a été déléguée aux infirmières-auxiliaires, en termes de soins médicaux et de distribution de médicaments. Cette redistribution des tâches laisse seuls les préposés aux bénéficiaires pour assurer les soins d'hygiène aux patients, sans l'aide des infirmières-auxiliaires, comme auparavant. Elle est vécue par un quart des participants (9/35) comme une augmentation de leur charge de travail, quel que soit leur métier.

En entretien collectif, des soignants commentent un article du journal local intitulé « Tout tombe du haut en bas de l'échelle, pressant les préposés aux bénéficiaires à n'en plus pouvoir ». En fait, presque tous les soignants dénoncent la surcharge de travail en disant « trop c'est trop ». Ils se sentent « pressés comme un citron », « poussés à bout » et même « arrivés à un point de non-retour », car « la limite de la tolérance est dépassée ». Non seulement, les préposés aux bénéficiaires se sentent « les grands perdants » de ces changements, « justes bonnes à torcher le cul maintenant ». Mais les infirmières-auxiliaires stressent à devoir faire « une job d'infirmière, à cette heure », qui dépasse leurs compétences. De même, les infirmières devenues chef d'équipe ne se perçoivent pas « à leur place pour gérer du personnel », n'ayant pas « autorité naturelle

et reconnue » sur le personnel. Elles sont en colère du fait de se partager entre « un rôle de chef d'équipe et les soins » aux patients, contre leur volonté.

Sur le terrain, la redistribution des tâches et des rôles est associée à l'excès de responsabilités dit souffrant par plus du quart des participants (8/30). Parmi eux, des infirmières en colère accusent leurs supérieurs de « s'être débarrassés sur leur dos » du rôle d'autorité sur le personnel : « personne nous a formé pour ça », « si j'avais su, je n'aurais pas fait infirmière », « ils ne sont même pas là pour nous épauler ». Des infirmières-auxiliaires sont inquiètes de porter la responsabilité de la surveillance des patients, au sujet des effets secondaires des médicaments et de l'évolution des pathologies, faute de formation suffisante et en l'absence fréquente de l'infirmière partagée entre plusieurs unités de soins. Elles disent aussi ne pas être à l'aise de commander les préposés aux bénéficiaires c'est-à-dire leurs anciens coéquipiers auprès des patients. De plus, les infirmières et les infirmières-auxiliaires se sentent généralement stressées par « l'excès de paperasse » qui enlève du temps aux soins. Quant aux préposés aux bénéficiaires, ils se disent « en panique » lorsqu'ils sont seuls auprès des patients, notamment lors des pauses des collègues : « de cette responsabilité-là, on n'en veut pas », « seule avec un patient en crise, je fais comment? ». Par conséquent, la redistribution des tâches et des rôles amène les soignants à vivre de la colère et de la peur, du stress et éventuellement de la douleur (manifestations de souffrance).

4.2.3 Surcharge de travail et baisse de qualité du travail, par manque de personnel. Malgré la redistribution des tâches, la surcharge de travail par manque de personnel se fait sentir dans les CHSLD en région et entraîne une baisse de la qualité du travail soumise à diverses contraintes.

4.2.3.1 Surcharge de travail par manque de personnel, source de souffrance organisationnelle. La surcharge de travail est désignée d'emblée par le quart des participants (9/35) en entretien individuel comme étant un déterminant organisationnel de leur souffrance au travail. Elle permet de justifier, selon les infirmières et les infirmières-auxiliaires, des heures supplémentaires pour terminer la tâche après la relève ou faute de relève.

En entretien individuel, la surcharge de travail par manque de personnel est visée par les deux tiers des participants, en lien avec l'aggravation des conditions de travail ces dernières années. Ces soignants confirment qu'en raison de cette charge de travail et des contraintes de temps, ils doivent effectuer des heures supplémentaires et même sauter ou écourter des pauses. Cette surcharge de travail par manque de personnel détermine de la souffrance au travail chez moins de la moitié des participants (15/35), qui disent ressentir alors de la fatigue, du stress et de la douleur (manifestations de souffrance), surtout en cas de difficile conciliation entre le travail et la famille.

Au moment des pauses sur le terrain, une dizaine de soignants échangent entre collègues au sujet de la surcharge de travail par manque de personnel, dite responsable de l'allongement des cycles de travail au-delà des disponibilités du rappel, de l'alternance épuisante du travail jour/soir/nuit, de la recrudescence des heures supplémentaires et de la fréquence des pauses écourtée. Ils confirment les données recueillies en entretien individuel auprès des participants, par les commentaires suivants. « Un chiffre double et une nuit supplémentaire en trois jours, je suis à bout », « aligner 16 h de travail ou 10 jours de suite, c'est invivable » et « comme je refuse de faire plus de 12 h de suite, ils m'obligent à faire 14 jours de suite, ils vont avoir ma peau ». En fait, l'un des participants s'est blessé au dos et un autre s'est suicidé quelques mois plus tard. Le temps d'observation sur le terrain a été prolongé au-delà des 8 h consécutives prévues avec les deux cinquièmes des participants : de 0 h 30 à 4 h avec trois infirmières-auxiliaires et toutes les infirmières, de 4 h à 8 h avec deux préposées aux bénéficiaires.

4.2.3.2 Baisse de qualité du travail, source de souffrance organisationnelle. La baisse de la qualité du travail par surcharge de travail est dénoncée d'emblée par un quart des soignants (8/35) en entretien individuel, à l'origine de souffrance au travail. Ce sont des préposés aux bénéficiaires qui expliquent que la nouvelle consigne sur les soins d'hygiène aux patients est de laver « la face, les mains et le dessous des bras » le matin et « les fesses, les pieds et les aines » le soir. De plus, la douche ou le bain est donné au maximum une fois par semaine à chaque patient, « celui qui en veut plus, doit payer en

plus ». Il s'agit d'une baisse de qualité du travail par diminution de la quantité des soins d'hygiène donnés aux patients.

En entretien individuel, les deux cinquièmes des participants (14/35) visent la baisse de la qualité du travail des préposés aux bénéficiaires comme source de souffrance au travail. Les uns (8) l'associent au manque de personnel (déterminant organisationnel de souffrance) et les autres (6) au manque de conscience professionnelle à effectuer des soins d'hygiène (déterminant psychosocial de souffrance). Pourtant, les participants à une exception près affirment effectuer un travail de qualité, bien qu'en raison de la charge de travail et des contraintes de temps, ils regrettent de devoir traiter trop vite une activité qui demanderait plus de soins.

En entretien collectif, les participants échangent sur la baisse de la qualité des soins et décrivent « l'impossible qualité des soins » dans le contexte présent. Ce sont des infirmières-auxiliaires qui suivent les nouveaux protocoles de soins dits moins coûteux et aussi moins efficaces : « mettre un pansement X sur une plaie infectée, ne guérit pas ». Ce sont des infirmières qui signalent le retard ou l'absence de pose de prothèse de genou ou de hanche qui, accélère la perte d'autonomie et détermine de la douleur et de la violence chez des patients (déterminants psychosocial et professionnel de souffrance). Il s'agit donc d'une baisse de qualité du travail par diminution de la qualité ou de la quantité des soins médicaux donnés aux patients, suite à la pénurie financière et humaine.

Sur le terrain, la baisse de qualité des soins d'hygiène aux patients est attribuée au manque de personnel et de temps, par les soignants en souffrance (12/30) : « vite fait, ne peut être bien fait ». Ce sont des préposés aux bénéficiaires qui soulèvent le fait d'avoir besoin de plus en plus de temps pour les soins d'hygiène aux patients dits « de plus en plus lourds » (perte d'autonomie et troubles cognitifs ou comportementaux). De plus, ils expliquent que le linge et la literie sont devenus une problématique qui empêche des soins d'hygiène de qualité : « avec seulement trois débarbouillettes, comment veux-tu laver correctement après une selle? », « les draps sont devenus si fins qu'ils font toujours des plis sous les fesses », donc gare aux escarres, même « avec l'ajout de piqué ». L'observation sur le terrain confirme la piètre qualité des soins d'hygiène donnés aux patients, ponctuellement ou régulièrement, les restrictions de linge et les plis inévitables des draps et des alèzes favorisent les escarres au niveau du sacrum ou des talons. Alors, les patients en douleur ont tendance à être plus agressifs envers les soignants (déterminant professionnel de souffrance) et le manque de linge crée des conflits entre les soignants (déterminants psychosociaux de souffrance). Le temps d'observation sur le terrain a connu également deux périodes d'épidémies touchant des patients et des soignants (influenza), sans que les règles d'hygiène élémentaires soient mises en place ou appliquées rigoureusement.

Sur le terrain, la baisse de la qualité de la manutention de patients a été ciblée par les référents en PDSB (principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) et expliquée par les soignants (10/30) en souffrance au travail. Des préposés aux

bénéficiaires critiquent une partie des équipements mis à leur disposition par l'employeur, considérant que certains auraient besoin d'être renouvelés (lits, fauteuils roulants) et d'autres mieux entretenus (lève-personnes sur rail). « Ce vieux lift, ça fait du bruit et c'est dur à bouger, ça fait peur une chute de patient et une blessure au dos, ça m'est déjà arrivée ». L'observation réalisée le jour du terrain confirme les dires des soignants au sujet de certains équipements d'aide à la manutention de patients, qui semblaient vétustes et difficiles à manœuvrer.

Sur le terrain, la baisse de la qualité des soins médicaux est dénoncée spontanément par les soignants en souffrance au travail (9/30). Ce sont des infirmières en colère qui regrettent que « la quantité de médicaments en dépannage dans la réserve des unités de soins a fondu comme peau de chagrin ». Ce sont des infirmières-auxiliaires qui s'interrogent sur la qualité des médicaments depuis l'utilisation récente de génériques à meilleur prix. Elles vivent du stress par manque de compétentes pour assurer des soins médicaux de qualité, faute de formations suffisantes et de soutien possible des infirmières.

Par conséquent, la baisse de la qualité du travail par diverses contraintes organisationnelles engendre de la souffrance au travail chez plus de la moitié des participants sur le terrain (17/30), sous forme de colère et de peur, de douleur et de stress (manifestations de souffrance).

4.2.4 Liste de rappel et mobilité / polyvalence des soignants, par manque de personnel. Le manque de personnel amène la gestion des ressources humaines des CSSS à avoir recours à l'interne à la liste de rappel du personnel à temps partiel et aussi à la mobilité et à la polyvalence des soignants en remplacement.

En entretien collectif, les participants critiquent la mauvaise gestion de la liste de rappel, commune à l'hôpital et au CHSLD depuis 2004. En fait, les agents administratifs qui s'en occupent « font souvent des erreurs ou des oublis » et même parfois « envoient du personnel incapable de travailler en CHSLD », faute de « comprendre les besoins particuliers » de ce milieu de travail. Sur le terrain, les observations confirment les difficultés de gestion de la liste de rappel : plusieurs remplacements de préposés aux bénéficiaires n'ont pas été pourvus, une infirmière rappelée s'est présentée en retard suite à une erreur de lieu de travail, deux infirmières ont été demandées à un même poste de travail, une infirmière-auxiliaire se disant « ignorante en psychiatrie » a dû travailler dans l'aile psychiatrique. Ces événements ont induit de la souffrance au travail à un quart des participants (7/30) et à leurs collègues.

Face au manque de personnel, la mobilité et la polyvalence des soignants sont utilisées par la gestion des ressources humaines. Le jour du terrain, elles concernaient un sixième des participants (5/30) : nouvelle infirmière-auxiliaire amenée à « faire encore quelque fois la préposée », infirmières-auxiliaires ou infirmier cadre remplaçant une infirmière absente. Tantôt infirmière-auxiliaire, tantôt infirmière, « ils m'utilisent au

point que je ne sais plus qui je suis ». En effet, les participants témoignent sur le terrain que la mobilité et la polyvalence, qui leur sont imposées, s'ajoutent aux problèmes de gestion de la liste de rappel (11/30), à l'origine de colère, de stress et même de détresse au travail (manifestations de souffrance).

4.2.5 Mode de gestion du personnel, source de souffrance organisationnelle. Le mode de gestion du personnel est un sujet important de controverse, qui divise les partenaires et les participants. En entretien individuel, un tiers des participants (12/35) considère d'emblée quel mode de gestion du personnel détermine de la souffrance au travail. Ils parlent d'abord du manque de démocratie : « ils prescrivent des tâches sans bon sens ...imposent des décisions sans nous consulter », « ils nous empêchent d'organiser notre travail à notre façon ...n'écoutent pas notre avis » et « ils ignorent nos demandes » faites dans le but de répondre aux besoins des patients. Ces mêmes personnes se plaignent ensuite de l'aggravation de leurs conditions de travail ces dernières années à cause du mode de gestion du personnel dit autoritaire (7), anarchique (3) ou néo libéral (2).

Le jour du terrain, au cours de la journée de travail, les deux tiers des participants (19/30) se plaignent du mode de gestion du personnel fait d'obligations et de sanctions, de plaintes ou de dénonciations, à l'origine de leur souffrance au travail. Il s'agit de l'obligation de suivre les valeurs de l'institution, au risque de perdre le sens de leur métier et leurs valeurs personnelles (déterminants personnels de souffrance). Les cadres

de terrain leur rappellent que « les priorités passent avant l'important » « faute de temps pour tout faire », et que « l'excès de médicaments pour prolonger une vie est non discutable ». Il s'agit aussi de l'obligation de travailler dans l'aile psychiatrique ou avec des collègues dits difficiles à vivre, quitte à « gâcher l'ambiance de travail » (déterminant psychosocial de souffrance). Il s'agit enfin de l'obligation pour tous de faire des heures supplémentaires et « gare à ceux qui font la sourde oreille » en ne répondant pas à un rappel par téléphone, ils risquent de ne plus être rappelés dans leurs disponibilités et de ne pas être accommodés pour obtenir des jours de congé. Quant aux sanctions reçues par les soignants, celles observées le jour du terrain font suite à des dénonciations de collègues, encouragées par la direction : oublis d'un repas et d'une toilette par des préposés aux bénéficiaires. Par contre, les oublis de médicaments par des infirmières-auxiliaires et le refus des préposés aux bénéficiaires à répondre aux appels des patients au moment de la sieste, bien que régulièrement dénoncés ne sont pas sanctionnés par la direction. En comité de suivi de la recherche, cette « culture de la plainte et de la dénonciation » est reconnue nécessaire pour compenser l'absence des cadres de terrain, suite à leur changement de rôles.

Sur le terrain, les participants en souffrance (19/30) s'opposent en permanence, dans un climat de suspicion (déterminant psychosocial de souffrance), de par ce mode de gestion du personnel par obligations et sanctions, appelé « diviser pour mieux régner ». Les uns (9) sont témoins muets et complices des exactions des autres, au point de vivre de la peur et du stress (manifestations de souffrance). Les autres (10) sont ceux qui

déposent des plaintes ou font des dénonciations, utilisent même parfois la fabulation ou la vengeance (déterminants psychosociaux de souffrance). En fait, les participants sur le terrain expliquent que les cadres en ressources humaines ont plutôt tendance à tenir compte « des dénonciations des plus anciennes » et de celles de leurs amis, à avoir une écoute sélective appelée « favoritisme » par les soignants. De plus, faute d'enquêtes « pour démêler le vrai du faux », les sanctions sont dites « arbitraires et les grâces souvent injustes ». Sur le terrain, ce mode de gestion du personnel par obligations et sanctions heurte la sensibilité des infirmières, obligées de suivre les directives de gestion de leurs supérieurs en ressources humaines, quelles que soient leurs valeurs personnelles. Au moment d'une pause sur le terrain, une infirmière en discussion avec des collègues confirme que le manque d'écoute et de compréhension des cadres provient de leur éloignement de la réalité du terrain. Elle se démarque des autres en disant que les cadres sont actuellement dans l'impossibilité de répondre aux besoins du personnel, quelle que soit leur sensibilité politique ou économique de la gestion humaine. En auto-confrontation finale sur le terrain, les participants confirment que le mode de gestion du personnel, dit par obligations et sanctions, détermine de la colère ou de peur, de la violence ou de stress, contribuant ainsi à leur souffrance au travail.

Le jour du terrain à la fin de l'activité de travail, la grille catégorielle d'évaluation du mode de gestion du personnel précise les catégories, dites responsables de souffrance au travail. En fait, trois modes de gestion du personnel sont vécus comme souffrant par les participants (14/30) : autocratique dans 16 % des cas, anarchique dans 4 % des cas et

libéral dans 9 % des cas. Par contre, deux modes de gestion du personnel sont appréciés par tous les soignants : démocratique dans 36 % des cas et socialiste dans 35 % des cas. Cette évaluation du mode de gestion du personnel par les participants, à la fin de leur journée de travail, a été confrontée avec l'observation de la chercheuse des interactions et des évènements ayant contribué à cette appréciation. En fait, le mode de gestion des supérieurs varie selon la personne évaluée et l'évaluateur, indépendamment de l'observateur. Néanmoins, « l'iniquité règne, entre les privilèges des uns et l'impuissance des autres », conclut une personne représentante syndicale en comité de suivi de la recherche.

4.2.6 Demande psychologique et imprévisibilité du travail, manque de reconnaissance et de latitude décisionnelle, sources de souffrance organisationnelle. Selon les participants, le mode de gestion du personnel influence surtout la demande psychologique du travail et son imprévisibilité mais aussi sur le manque de reconnaissance et de latitude décisionnelle des soignants.

4.2.6.1 La demande psychologique élevée, par surcharge de travail et manque de temps. En entretien individuel, les deux tiers des participants (24/35) disent d'emblée que la demande psychologique de leur travail est élevée et responsable de leur souffrance au travail. Ils dénoncent le fait d'être « toujours pressés par le temps » et de « devoir faire vite » à cause de l'ampleur de la tâche demandée. Dans le regroupement

des questionnaires, la demande psychologique de la dernière année est aussi élevée chez les deux tiers des participants (24/35) au point d'en souffrir. Il s'agit surtout d'une surcharge de travail (24) et d'un manque de temps (17) mais aussi le fait d'être obligé de travailler très vite, trop en quantité et d'avoir des demandes contradictoires.

Le jour du terrain, la moitié des participants (15/30) se plaignent de la demande psychologique élevée en termes de surcharge de travail par manque de temps. Ce qui engendre du stress et de la fatigue (manifestations de souffrance), selon les soignants en auto-confrontation finale.

4.2.6.2 L'imprévisibilité du travail, faute d'informations des supérieurs. Dans le regroupement des questionnaires, l'imprévisibilité du travail au cours de la dernière année, faute d'informations, touche les deux tiers des participants (24/35). Les soignants souffrent du manque d'informations pour effectuer leurs tâches, c'est-à-dire qu'ils ignorent des décisions ou des changements importants.

Sur le terrain, un quart des participants (7/30) se plaignent du manque d'informations ce jour sur des sujets qui les concernent, au point d'en souffrir. Le fait d'être prévenus au dernier moment, de décisions prises par leurs supérieurs ou de changements prévus pour leurs patients, les empêche d'anticiper et de s'organiser dans leur travail. Ce fait engendre de la colère, du stress et de la fatigue (manifestations de souffrance) selon les soignants en auto-confrontation finale.

4.2.6.3 Le manque de reconnaissance, malgré les efforts des soignants. Dans le regroupement des questionnaires, presque la moitié des participants (17/35) note un manque de reconnaissance au travail. Il s'agit surtout du manque de promotion dans le métier, mais aussi de salaire insuffisant et de changements indésirables. Des infirmières et des infirmières-auxiliaires indiquent aussi que leurs nouvelles tâches ne correspondent pas à leurs formations. Des préposés aux bénéficiaires notent que le manque de sécurité d'emploi concerne uniquement « les nouveaux embauchés en période de probation ».

Le jour du terrain, le manque de reconnaissance organisationnelle a été mis en évidence par des mots : « pour ce qu'on me paie, j'en fais bien assez », « avec les changements qui s'en viennent, on n'a pas fini de souffrir ». En fait, le quart des participants (8/30) exprimaient de la colère (manifestation de souffrance) au sujet du manque de reconnaissance organisationnelle et avouaient avoir un besoin habituel ou ponctuel de reconnaissance de leur travail. Sur le terrain, le manque de reconnaissance a été observé dans des situations où des soignants ont dû faire face une accumulation d'imprévus ou de difficultés organisationnelles, ont dû gérer de multiples crises de patients (déterminant professionnel de souffrance) ou des conflits importants entre soignants (déterminant psychosocial de souffrance).

4.2.6.4 Le manque de latitude décisionnelle, faute de marge de manœuvre. En entretien individuel, un tiers des participants (9/35) signalent d'emblée que le manque de latitude détermine de la souffrance au travail. Ce sont surtout des préposés aux

bénéficiaires, qui n'ont plus de marge de temps pour effectuer les soins d'hygiène aux patients. Ils n'ont donc plus de marge de manœuvre pour faire face aux imprévus et plus le choix de la technique de manutention de patients appropriée au moment, en fonction du contexte et des personnes impliquées. Une préposée aux bénéficiaires explique spontanément que « différer ou annuler une manutention » jugée à risque pour la santé du soignant « est impensable ici ».

Dans le regroupement des questionnaires, le manque de latitude décisionnelle dans la dernière année concerne le quart des participants (9/35). Ce sont principalement des préposés aux bénéficiaires qui remarquent que trois énoncés ne sont pas appropriés à leur situation, car personne leur demande d'apprendre des choses nouvelles dans leur métier, qu'ils n'ont pas besoin d'être créatifs et d'avoir un niveau élevé de qualification. Par contre, ils disent souffrir du fait de devoir faire toujours la même chose, plusieurs choses en même temps, d'avoir peu d'influence sur le travail et d'être limités dans la prise de décisions.

Sur le terrain, la latitude décisionnelle et la marge de manœuvre des préposés aux bénéficiaires ont été observées et commentées. Ce jour-là, six d'entre eux ont suivi la prescription des méthodes de manutention prescrite pour chaque patient, selon le plan de soins, sans difficultés. Les neuf autres s'y sont conformés « à contrecœur » ou s'en sont éloignés, parce que « pas à jour » ou faute de révisions fréquentes par le comité décideur (médecin, infirmière chef, physiothérapeute). Une telle situation engendre de la colère et

du stress (manifestations de souffrance) chez la moitié des préposés aux bénéficiaires en auto-confrontation finale.

4.2.7 Applications de la politique de Milieu de vie et du concept d'*Humanitude*, sources de souffrance organisationnelle. La politique de Milieu de vie est une orientation ministérielle qui propose aux personnes âgées un milieu de substitut de leur domicile, répondant à leurs besoins et à la qualité d'un service continu et personnalisé. Le concept d'*Humanitude*, développé en France par des professionnels en réadaptation (Gineste & Marescotti, 1983), soutient la dignité et l'autonomie des patients : « vivre et mourir debout ». La politique de Milieu de vie et le concept d'*Humanitude* adapté au contexte québécois s'avèrent difficilement applicables dans les présentes conditions de travail en CHSLD.

4.2.7.1 L'application de la politique de Milieu de vie dans le contexte présent. À chaque étape de l'étude, des participants s'indignent au sujet de la politique de Milieu de vie supposée être instaurée pour « compenser la perte de qualité des soins et des services ». Cette perception des soignants au sujet de la politique de Milieu de vie s'applique à des patients, devenus des bénéficiaires puis appelés des clients, qui restent quand même avec des besoins en soins médicaux et d'hygiène, parce que malades et non autonomes. « Le Milieu de vie, quelle hypocrisie! » répètent les soignants en souffrance.

En entretien individuel, l'application ces dernières années de la politique de Milieu de vie divise les soignants selon leurs valeurs personnelles. Les uns (15/35) la trouvent trop permissive et les autres (16/35) trop rigide, au point d'en souffrir au travail. Sur le terrain, les difficultés de l'application de la politique de Milieu de vie sont mises en évidence spontanément par les participants (28/30). Elles sont présentées en quatre points où les soignants s'opposent et expriment de la souffrance au travail :

- 1- Les uns dénoncent le laisser faire en aménagement de la chambre en CHSLD par le patient ou sa famille, encombrant l'espace de grosses pièces (meubles, réfrigérateur, ventilateur) afin de créer un environnement personnel, au risque d'empêcher une manutention de qualité et sécuritaire pour tous. Les autres se plaignent des nouvelles obligations en CHSLD, de vouvoyer les patients même de leur famille ou des amis, d'avoir à insister pour que les patients mangent tout ce qui leur est servi, de ne plus connaître les diagnostics confidentiels à risque de contagion et de violence des patients;

- 2- Les uns critiquent le manque de frein « aux exigences et aux caprices » de certains patients, qui les obligent souvent à effectuer des tâches particulières, malgré leur surcharge de travail : jardiner dans des pots, « aligner des toutous », soigner des animaux domestiques, écrire des lettres, servir à manger comme au restaurant. Les autres regrettent le manque de temps qui les empêche de réaliser des tâches particulières avec les patients, les amenant à revenir hors de leur

temps de travail pour lire le journal, faire de la germination ou du tricot avec les patients;

3- Les uns sont exaspérés de l'excès de liberté donnée aux patients au sujet de leurs heures de lever et de coucher, de toilette et de repas, car cela complique l'organisation de leur travail, multiplie les pas et allonge le temps de travail, au risque d'occasionner des oublis. Les autres vivent difficilement les sanctions accompagnant leur respect du refus d'un patient de se lever ou de manger un repas, ou de prendre la douche le jour prévu;

4- Les uns condamnent la tolérance à l'addiction de certains patients, faute de respect du sens de leur travail : « des beignes bien sucrés pour les diabétiques », « des cigarettes pour les insuffisants respiratoires sous oxygène » et « une caisse de bière tous les soirs pour un alcoolique violent », donc « à quoi bon les soigner! » disent des infirmières et des infirmières-auxiliaires. Les autres se sentent gênés d'être complice de certains patients en les aidant à dépasser la prescription de substances autorisées par leur plan de soins : « en Milieu de vie, c'est comme à la maison », « en fin de vie, c'est trop tard pour les limiter », au risque de « se faire prendre ». De plus, certains patients étant dépendants aux drogues ou aux médicaments se procurent eux-mêmes leurs doses ou par l'intermédiaire de leur famille, et ce, sans intervention systématiquement de la direction et des médecins.

Sur le terrain en auto-confrontation finale, les participants affirment que l'application de la politique de Milieu de vie dans le contexte actuel, induit de la douleur, du stress et de la fatigue (manifestations de souffrance) et même des conflits entre soignants (déterminant psychosocial de souffrance).

4.2.7.2 L'application du concept d'Humanitude dans le contexte présent des CHSLD. En entretien individuel, un quart des participants (8/35) parlent d'emblée du concept d'*Humanitude* dont l'application est source de souffrance au travail. En fait, l'adaptation de ce concept à un contexte québécois a modifié la philosophie initiale des auteurs, transformant la relation spontanée des soignants avec leurs patients en une communication standardisée et répétitive. « La routine tue l'*Humanitude* », qui « nous transforme en perroquet ».

En entretien collectif, les trois instructeurs de ce concept d'*Humanitude* regrettent amèrement le manque de temps et de latitude pour l'appliquer collectivement, mais aussi le manque d'intérêt de leurs collègues à ce sujet (déterminant psychosocial de souffrance). Les autres participants affirment que l'application de ce concept est impossible dans les conditions de travail présentes, où le manque de personnel et la surcharge de travail laissent peu de marge de manœuvre aux soignants pour « prendre le temps (d'assurer les soins) ... au rythme du patient ».

Sur le terrain, les ex-instructeurs appliquent ce concept d'*Humanitude* qu'ils défendent, au profit de leurs patients et souvent au détriment de leurs collègues. En effet, leurs collègues directs (8/30) sont mécontents d'avoir à les aider pour terminer leurs tâches principales et d'assurer les tâches annexes sans leur concours. Cette qualité humaine du travail des ex-instructeurs peut donc ajouter une charge de travail aux autres, dite responsable de fatigue et de stress (manifestations de souffrance) en auto-confrontation finale.

4.2.8 Déséquilibre travail-famille-vie privée, source de souffrance organisationnelle selon les horaires de travail. Interrogés sur les conditions de leurs activités de travail en entretien individuel, la moitié des participants dénoncent spontanément le déséquilibre entre le travail et la famille : « concilier ta famille et ta job, tu n'y penses même pas ».

Sur le terrain, les contraintes des horaires atypiques (matinaux ou tardifs) sont critiquées par un tiers des participants (9/30), du fait d'avoir des enfants à la maison. « Être tous les jours en horaire coupé, m'épuise tellement que je n'ai plus de vie en famille » et « trouver une gardienne pour s'occuper des enfants dès 6 h du matin, c'est toujours à refaire ». De plus, les horaires coupés (8 h 30 à 12 h 30, 16 h 30 à 20 h 30) et les horaires décalés (6 h à 14 h, 14 h à 22 h, 16 h à 24 h), instaurés pour créer un lien entre les équipes, sont dits nuire au sentiment d'appartenance (à l'équipe de travail, à la famille) d'un quart des participants (7/30). Ces derniers se sentent isolés et non reconnus

dans leurs activités. Les uns ne supportent plus d'être « les éternels oubliés » par les équipes, les autres trouvent difficile « de vivre à l'envers » de la famille et même de « ne plus avoir le temps de vivre » en dehors du travail. Enfin, les heures supplémentaires imprévisibles ajoutent des difficultés de conciliation travail-famille selon un quart des participants (7/30), car l'allongement de la journée de travail leur demande de trouver des alternatives pour « récupérer un bébé à la garderie » ou amener un enfant au sport ou à la musique. Selon les participants en auto-confrontation finale sur le terrain (14/30), toutes ces difficultés à concilier le travail et la famille induisent de la fatigue, du stress et de la douleur (manifestations de souffrance).

4.2.8.1 Déséquilibre travail-vie privée, selon le cycle de travail 7/7. Interrogés sur leur vie au travail en entretien individuel, un quart des participants dénoncent spontanément le déséquilibre entre le travail et la vie privée (loisirs, études), en lien avec les cycles de travail 7/7. Cette alternance de sept jours de travail et de sept jours de repos (avec ou sans rappel), pour répondre aux besoins de continuité des soins de patients ayant des troubles cognitifs ou comportementaux, concerne les deux tiers des effectifs des CHSLD participants.

En entretien collectif, les participants expliquent plutôt que les cycles de travail 7/7 répondent aux besoins de l'employeur en matière de disponibilité et de mobilité des soignants dans un contexte de pénurie humaine. Les cycles 7/7 (sans rappel) sont dits appréciés pour la conciliation travail/vie privée, par les soignants qui travaillent à temps

partiel. Les cycles 7/7 (avec rappel), qui entretiennent une imprévisibilité de l'emploi du temps et une instabilité financière par précarisation de l'emploi, sont dits satisfaisants à court terme par les soignants sans charge familiale et insatisfaisants à long terme par tous pour organiser la vie privée.

Sur le terrain, les deux cinquième des participants suivaient un cycle 7/7. Ceux embauchés à temps partiel (sans rappel) refusaient souvent d'être appelés pour répondre au manque de personnel en effectuant des heures supplémentaires, afin de se préserver de la souffrance au travail. Ceux embauchés à temps complet (avec rappel) exprimaient leur souffrance en termes de fatigue ou de stress, voire d'épuisement professionnel et de dépression (8/30). En effet, les uns se disaient « à bout de fatigue », « je ne sais plus où j'habite », « après cinq jours au 4^e et deux nuits au 1^{er}, je suis à terre ». Les autres expliquaient que « trop de jours hors du travail et le stress embarque au retour », « être un pion sur l'échiquier, c'est stressant à la longue ».

Les principaux déterminants organisationnels de la souffrance des soignants sont regroupés dans le Tableau 12 en lien avec les éléments au cœur de la souffrance (manifestations de souffrance) et les autres déterminants de souffrance au travail.

Tableau 12

Déterminants organisationnels de la souffrance des soignants, en interactions avec les autres déterminants (G = grille d'évaluation, Q = questionnaire)

Déterminants organisationnels de la souffrance des soignants		
Facteurs déterminants de la souffrance au travail	⇒	Éléments au cœur de la souffrance
Restriction financière et pénurie humaine	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de personnel / manque d'embauche (15/35) - Manque de candidats à l'embauche / mauvaise presse et mauvaises conditions de travail - Manque de personnel / mauvaise gestion (7/30) 	Colère, peur, fatigue, stress Colère
Fermeture de lits en psychogériatrie-	<ul style="list-style-type: none"> - Mélange des pathologies ou aile psychiatrique - Manque de personnel et de formation - Lieu de travail désigné et non sécuritaire 	Violence Peur, stress, douleur
Redistribution des tâches et des rôles	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de personnel et surcharge de travail (9/35) - Excès de responsabilités et de « paperasse » (8/30) : imposés et manque formation 	Colère, stress Colère, peur, stress
Liste de rappel et mobilité / polyvalence	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de personnel et d'embauche (7/30) - Liste commune entre CH et CHSLD mal gérée 	Colère, stress et détresse (11/30)
Surcharge de travail et	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de personnel et contraintes de temps : heures sup., pauses sautées ou écourtées (15/35) - Manque de personnel et allongement des cycles de travail : plus de rappels, alternance jour/soir/nuit 	Colère
Baisse de la qualité du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Des soins d'hygiène / manque de personnel et de conscience professionnel (14/35) - Des soins médicaux / manque de personnel et de temps, de compétences (12/30) - Du linge et des médicaments, des équipements et du matériel, de l'application du PDSB (10/30) - Insuffisance des règles d'hygiène en cas d'épidémie 	Colère, peur, douleur, stress (17/30)
Mode gestion du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion / obligations et sanctions (12/35) : valeurs et décisions imposées - Gestion / culture de plaintes et dénonciations (19/30) - Gestion autocratique, anarchique, voire libérale (G 14/30) / manque d'écoute et de compréhension, favoritisme et injustices 	Colère, peur, violence, stress
Demande psychologique ↑ Imprévisibilité du travail Manque de reconnaissance Latitudo décisionnelle ↓	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de travail et manque de temps (Q 24/35) - Faute d'informations (Q 24/35) - Malgré les efforts (Q 17/35) - Manque de marge de manœuvre (Q 9/35) 	Stress et fatigue (15/30) Colère, fatigue, stress (7/30) Colère (8/30) Colère, stress (8/30)
Applications de la politique de Milieu de vie et du concept d' <i>Humanitude</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Encombrement des chambres, exigences des patients, addictions, choix des horaires patients (31/35) - Routine et répétition / abandon collective et application individuelle (8/35) 	Douleur, stress, fatigue (28/30) Dépression (25/30)
Déséquilibre entre travail-famille-vie privée	<ul style="list-style-type: none"> - Car cycles 7/7 avec rappel (8/30) - Car horaires (17/35) : atypiques (9/30), coupés et décalés (7/30), heures supplémentaires (7/30) 	Stress, fatigue, épuisement professionnel, dépression
Déterminants psychosociaux		Déterminants personnels
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de conscience professionnelle des autres, au sujet de la qualité des soins - Manque d'aide des supérieurs - Ambiance de travail : conflits, fabulation, vengeance, dénonciations 		<ul style="list-style-type: none"> - Perception individuelle et point de vue menant à la dénonciation - Dépendance à la reconnaissance - Perte de sens du métier et des valeurs personnelles - Manque de compétences, faute de formations
Déterminant professionnel		- Douleur et violence des patients / baisse qualité

4.3 Les déterminants psychosociaux de la souffrance des soignants

Les déterminants psychosociaux de la souffrance au travail sont visés d'emblée par un tiers des participants (12/35) en entretien individuel. Selon eux, l'ambiance de travail et les relations se sont aggravées ces dernières années. Les résultats sur les déterminants psychosociaux de la souffrance traitent de la mauvaise ambiance de travail qui repose sur le manque de respect et amène d'une part, à de la violence collective et individuelle de collègues ou de supérieurs et d'autre part, à un manque de soutien et d'entraide au travail.

4.3.1 Manque de respect, valeur blessée à la base de la souffrance psychosociale. Selon la moitié des participants en entretien individuel, la première valeur attendue au travail par les soignants est le respect. Selon les cadres rencontrés à l'étape d'introduction, les principales valeurs demandées par l'employeur aux soignants sont la qualité du travail et la conscience professionnelle. Pourtant, « toute activité de travail à partager demande un savoir-vivre ensemble, s'appuyant sur des valeurs communes ». Néanmoins, les deux tiers des participants ciblent en entretien individuel le manque de respect comme facteur aggravant leurs conditions de travail ces dernières années. Ce manque de respect signifie pour eux une atteinte à leur dignité et un manque de considération de la part des autres. Plus précisément, ce manque de respect est vécu par un tiers des participants (11/35), comme étant à la base de la souffrance psychosociale au travail, du fait qu'il « empoisonne la relation aux autres ».

Sur le terrain, le manque de respect des supérieurs est observé et signalé par des participants (8/30) en souffrance au travail : « elle ne dit jamais bonjour, celle-là », « elle ne me regarde pas, comme si j'étais un mur », « elle ne s'excuse jamais, même si elle nous rentre dedans ou nous pile sur les pieds » et « elle ne nous écoute pas, à croire qu'elle est sourde ». De même, le manque de respect des collègues est commenté par un tiers des participants (9/30) en souffrance au travail. Il est vécu par toutes les personnes de l'équipe volante, qui se sentent exclus des réunions d'équipe et conséquemment non consultées avant la prise de décisions (déterminants organisationnels). Le manque de respect est dit aussi provenir des « voleuses de place », c'est-à-dire des soignants de nuit obtenant un poste de jour (stratégie individuelle) en priorité sur les soignants ayant de l'ancienneté. De plus, le manque de respect n'est pas seulement subi par les soignants « venant d'ailleurs ou de nulle part », mais également par des soignants à l'intérieur des équipes. En effet, il est ressenti par les participants au sujet des personnes qui profitent systématiquement « des belles fins de semaines ou des jours fériés » et « de l'ouverture de la pêche ou de la chasse ». Ces personnes interpellées par les participants sur le terrain se justifient dans l'immédiat, en expliquant que le manque de conciliation travail-famille et le manque de personnel (déterminants organisationnels) les amènent à s'absenter du travail, tout en sachant qu'elles ne seront pas remplacées. Enfin, le manque de respect des « collègues âgés ou très souffrants » est observé et dénoncé par les participants : ils « s'économisent au travail » ou « font semblant de forcer » en manutention de patients, ils « en font moins que le minimum » ou sont souvent « assis au poste de soins à ne rien

faire », ils « évitent de s'occuper des patients les plus lourds ou les plus difficiles » ou « délèguent leurs tâches aux plus jeunes » (stratégies individuelles).

Sur le terrain au moment d'une pause, des soignants discutent spontanément sur le manque de respect des collègues, en lien avec le sentiment d'appartenance au milieu de travail (déterminant personnel de souffrance). En effet, ils affirment que les personnes ayant le plus d'ancienneté ou effectuant le plus d'heures supplémentaires (déterminants organisationnel de souffrance) leur manquent de respect, car elles « se sentent les reines au travail ... comme chez elles », elles « commandent et régendent tout » et « donnent leur avis au nom de tous », de par leur fort sentiment d'appartenance. Par contre, les personnes des équipes volantes avouent avoir un faible sentiment d'appartenance et subir à la fois un manque de respect et de reconnaissance des autres (déterminants organisationnels). À la suite de cette discussion, les plus jeunes participantes osent réagir sur le terrain au manque de respect des collègues, qui ont de l'ancienneté en disant haut et fort : « elles nous prennent pour leurs servantes », « elle peut toujours attendre, je ne ferais pas son travail à sa place ». À l'opposé, des participants effectuant souvent du temps supplémentaire répliquent vivement aux reproches de leurs collègues sur le terrain en dénonçant celles qui « sont toujours absentes les jours fériés, par manque de conscience professionnelle » et en constatant amèrement que « le manque des uns tombe sur le dos des autres ».

En auto-confrontation finale sur le terrain, le tiers des participants (10/30) considère que le manque de respect des supérieurs et des collègues, à la base de leur souffrance psychosociale au travail, induit de la colère ou favorise la dépression (manifestations de souffrance).

4.3.2 Mauvaise ambiance de travail par violence collective, déterminant psychosociaux de souffrance. Selon les participants, la mauvaise ambiance de travail s'alimente au manque de respect existant dans les relations de travail. En entretien individuel, la moitié des participants parlent d'emblée de la mauvaise ambiance de travail, de par les conflits de personnalité entre les soignants « petits chefs » et les cadres intermédiaires : « l'ambiance de travail est à tuer », « c'est pire ici qu'ailleurs ». Cette mauvaise ambiance de travail est placée au centre des déterminants psychosociaux de la souffrance par un tiers des participants (12/35). Selon eux, elle s'aggrave au fil des ans suite à des tensions générales persistantes et à des comportements déviants ou excessifs. Au cours de l'entretien individuel, les participants expliquent que l'ambiance de travail est perturbée globalement par les rumeurs, les « pommes pourries (qui) ... nous tombent sur la tête », les « têtes-fortes (qui) se multiplient comme des petits pains » et les « hypocrites à deux faces ». Plus précisément, le climat de travail est dit troublé par l'excitation des « paquets de nerfs », « la diarrhée verbale » des bavardes, « les enfantillages », la fabulation, les critiques acerbes ou les insultes, la médisance et les commérages, le dénigrement systématique et même de la violence physique, du harcèlement psychologique et de l'exclusion. Cette mauvaise ambiance générale décrite

par les participants (12/35) est reliée spontanément au stress et à la violence (manifestations de souffrance).

Dans un groupe d'entretien collectif, des infirmières expliquent que la mauvaise ambiance de travail repose sur la surcharge de travail et le manque de personnel (déterminants organisationnels de souffrance), sur le « manque de travail du personnel » et parfois même le manque de conscience professionnel. Quel que soit leur métier, les soignants expliquent que certains de leurs collègues ont tendance à déléguer une partie de leurs tâches et de « passer leur temps à commander et non à travailler » et, de donner à leur entourage immédiat la consigne de « ne pas forcer » au travail pour justifier l'embauche de personnel (stratégie collective). Dans un autre groupe d'entretien collectif, les participants dénoncent la mauvaise ambiance de travail par manque de reconnaissance de l'expérience des anciens et d'intégration des nouveaux embauchés, par les conflits de valeurs et de savoir-être/faire entre les générations au travail. Par exemple, des préposés aux bénéficiaires d'expérience chargés d'encadrer les nouveaux embauchés sont jugés être des « leaders négatifs », qui exercent leur pouvoir en imposant leurs points de vue et leurs façons de se comporter au travail. Dans un autre groupe d'entretien collectif, la mauvaise ambiance de travail est vue comme « une question à poser aux têtes-fortes » et « à se poser à soi-même », pour trouver des solutions durables. Les soignants débattent ensemble et s'accordent sur le fait que la mauvaise ambiance de travail est entretenue par les « leaders négatifs ». Ils dénoncent collectivement les personnes dites « langues de vipère », « critiqueuses gratuites »,

« menteuses ou fabulatrices », manipulatrices ou intimidantes, parce qu'elles ont une influence néfaste sur les autres. Parmi les participants en entretien collectif, certains se sentent visés et réagissent dans l'immédiat : « dites-le que j'ai mauvais caractère », « des mauvaises habitudes ... ça ne se changent plus à mon âge » et « moi aussi je suis en souffrance ». Une infirmière commente cette altercation en murmurant : « le serpent qui se mord la queue ». En conclusion sur la mauvaise ambiance de travail, le comité de suivi de la recherche affirme que « du comportement de chacun dépend le comportement de tous » et explique que « sur un arbre, des pommes pourries ou des pommes véreuses risquent de contaminer toutes les pommes ».

Sur le terrain, la mauvaise ambiance de travail par violence collective est dénoncée d'emblée par les deux tiers des participants. En effet au sein des équipes de travail, l'observateur entend des commérages, des dénigrements et des médisances, qui alimentent concrètement les conflits entre les clans, les unités de soins et même les CHSLD. Les commentaires désobligeants et les critiques systématiques semblent être le principal mode de communication entre les acteurs du travail, accompagnés régulièrement de gros mots et d'insultes. Suite à des altercations et à des querelles, les soignants reconnaissent spontanément qu'ils ne savent pas dire leurs émotions et leurs pensées (déterminants personnels de souffrance). Une jeune infirmière en souffrance explique aussi qu'à force de « se faire parler comme à un chien » par tout le monde, elle est prête « à mordre comme un chien ». Comme elle, un tiers des participants (10/30) sur le terrain place au centre de leur souffrance psychosociale la mauvaise ambiance du

travail, en raison des conflits de valeurs ou de personnalités entre les équipes ou entre les générations. En général, « c'est la guerre entre les anciennes préposées » qui entretiennent un climat de méfiance et de suspicion, et qui « passent leur temps à épier les autres et à les dénoncer ». C'est aussi le conflit avec les préposées aux bénéficiaires qui ont souvent « l'art et la manière de comprendre partiellement et de déformer les dires et la pensée des gens ». Les participants en souffrance insistent sur le manque de savoir-être et d'écoute des collègues « en gang », les jugements hâtifs faute de compréhension et de tolérance entre les équipes et les unités, la tendance à l'argumentation sans fin, à la fabulation et à l'hypocrisie, à la manipulation et à la vengeance entre soignants. Au moment d'une pause, une infirmière chef constate que les soignants sont habituellement plus à l'aise « à critiquer l'employeur ... qu'à se regarder la face », pour réfléchir sur les déterminants de leur souffrance au travail. En auto-confrontation finale sur le terrain, cette mauvaise ambiance de travail faite de violence collective est dite à l'origine de stress d'anticipation, d'anxiété et de violence (manifestations de souffrance) par des participants en souffrance (9/30).

4.3.3 Violence collective soutenue par un système de clans, déterminant psychosocial de souffrance. La mauvaise ambiance de travail déterminant de la souffrance chez les soignants est centrée sur l'existence de clans selon un quart des participants (9/35) en entretien individuel. Ils expliquent que ces clans « pourrissent l'ambiance de travail », de par des « petits chefs » qui s'imposent à l'interne en donnant

des ordres et « leur avis au nom de tous » et qui mènent à l'externe des exactions contre les autres clans et les gens isolés.

En entretien collectif, les participants dénoncent longuement les méfaits des clans qui sont dirigés par des « petits chefs », qui exercent un pouvoir autoritaire sur « leurs amis » et de la violence sur les autres : humour blessant, critiques systématiques, insultes et médisances, dénonciations et vengeance, ou encore des « conflits à n'en plus finir ». Il est dit que les clans se divisent entre « les résistants qui tournent le dos aux autres et ceux qui déclenchent la guerre », « ces cliques qui font des coups de chien » capables de faire souffrir les autres.

Sur le terrain, le système de clans est visé par un tiers des participants (9/30) comme déterminant psychosocial de souffrance au travail. Les soignants associent le système de clans aux conflits de pouvoir et désignent distinctement les « petits chefs », les « pommes pourries », les « mégères » et les « caractérielles ». En effet, les clans sont dirigés par des « femmes de pouvoir » et à la fois jouent un rôle protecteur et solidaire à l'interne et nourrissent des comportements excessifs et violents faisant souffrir les autres. Parmi ces chefs de clans, cinq d'entre eux étaient des participants, qui ont été interpellés par leurs collègues au sujet de leurs attitudes blessantes sur le terrain. Ils ont répondu dans l'immédiat : « j'ai mal au caractère », « quand on a affaire à des moutons, il faut bien un bélier ». Parmi leurs collègues, des participants expliquent qu'une seule personne peut être à l'origine des conflits dans une unité de soins, car « elle ne supporte

pas l'autorité ... n'accepte aucune consigne », « elle refuse les conseils et en fait à sa tête », « elle dénonce les autres sur des perceptions ou des mensonges », « elle se venge souvent, provoquant le départ de tous ceux qui ne se soumettent pas à ses règles ». De par ce système de clans, les personnes nouvellement embauchées ou ayant changé d'unité de soins sont dites mal accueillies, tant qu'elles n'intègrent pas un clan et ne participent pas à la « guerre des clans ». Ce portrait collectif du fonctionnement du système de clans commenté par les soignants sur le terrain était observable à tout moment.

Sur le terrain, l'observation des participants a fait état de treize interactions collectives vécues comme violentes et concernant presque la moitié des participants (14/30) : guerres de clans, conflits d'équipes, exactions collectives. Le premier exemple est celui d'une équipe élargie, qui isole une nouvelle infirmière « mal aimée », parce qu'elle a déposé une plainte contre une infirmière-auxiliaire (refus de son autorité et de ses consignes). En fait par sa présence, elle a « dépossédé l'infirmière-auxiliaire de son pouvoir » comme si elle « lui interdisait de régner sur son clan ». Le second exemple est celui d'une équipe élargie, qui isole une infirmière-auxiliaire mutée depuis peu, sa réputation l'ayant suivie. En effet, elle avait dénoncé son ex-infirmière qui recevait des hommes « pour activités sexuelles dans son bureau », aux heures de travail, avec l'accord tacite de son clan. Le troisième exemple est celui d'une équipe élargie, qui orchestre des interruptions de tâches à deux infirmières, respectivement 18 fois et 63 fois en 8 h de travail, soit disant « pour la faire chier avant son départ en vacances » et « pour

se venger de sa façon de commander ». Le quatrième exemple est celui d'une préposée aux bénéficiaires, chef de clan, qui isole du groupe et épie une jeune collègue en remplacement, dans l'espoir de la prendre en faute et de la faire renvoyer, pour retrouver sa coéquipière « bien-aimée » dont elle a été séparée volontairement par la direction. Avec elle, elle « tenait le fort » et faisait « la pluie et le beau temps » selon ses dires. Le cinquième exemple est celui d'une préposée aux bénéficiaires chef de clan, qui isole du groupe une infirmière-auxiliaire « qui a l'œil sur tout ». Elle demandait à tous de refuser leur aide, même à sa demande. Le dernier exemple est celui d'une préposée aux bénéficiaires chef de clan, qui bouscule violemment une infirmière-auxiliaire, tout en m'interpelant : « qu'est-ce que tu as à me regarder, comme cela », dit-elle avec agressivité, « tu n'as rien à faire ici ». Suite à une réponse détaillée prononcée calmement, elle s'est excusée deux heures plus tard de « son accueil musclé ». Un représentant syndical présent regrette alors que « le système de clans casse les collectifs de travail ... et tue l'esprit d'équipe ». En auto-confrontation finale sur le terrain, les participants (12/30) expliquent que les méfaits des clans, illustrés par les exemples précédents, déterminent de la peur ou de la colère, ainsi que de la violence (manifestations de souffrance).

4.3.4 Ambiance de travail aggravée par la violence individuelle, déterminant psychosocial de souffrance. À cette mauvaise ambiance de travail par violence collective s'ajoute une violence individuelle, qui « fait partie du paysage, on ne la voit

même plus ». Elle est physique et psychologique, exercée par des acteurs du terrain (supérieurs, collègues et subordonnés) et subit individuellement par les soignants.

4.3.4.1 Être témoin de violence entre acteurs du travail. Bien que plus de la moitié des soignants avouent, en entretien individuel, avoir été témoin de violence entre acteurs du terrain dans la dernière année, seulement un quart des participants disent en souffrir (9/35). Les uns s'empressent de préciser qu'ils ne sont pas intervenus, par peur (manifestation de souffrance) d'avoir à subir à leur tour de la violence de leurs supérieurs ou collègues. Les autres avouent se sentir mal à l'aise (manifestation de souffrance) d'avoir été témoin de cette violence : « j'aime pas ça ... ça fait mal quand même », « je préfère pas voir ça ... ça m'insupporte à un point » et « je me sens lâche ... de ne rien dire ».

Sur le terrain, l'observateur et les trois cinquièmes des participants sont témoins de la violence de supérieurs ou de collègues exercée sur des soignants. Aucun soignant n'intervient concrètement (comportement de lutte). Les uns se détournent ou se cachent dans une chambre (comportement de fuite). Les autres haussent les épaules en silence ou marmonnent entre leurs dents : « je n'ai rien vu ... rien entendu » et même « il n'y a rien là » ou « c'est de l'humour », banalisant ainsi la violence entre acteurs du travail. En auto-confrontation finale sur le terrain, seuls les participants (6/30) ayant à la fois été témoin de violence et subissant parfois de la violence au travail avouent en souffrir

indirectement : « je fais le dos rond », « j'attends les coups », et « à qui la prochaine fois ».

4.3.4.2 Subir de la violence de la part des acteurs du travail. Dans le regroupement des questionnaires, plus des trois quarts des participants (27/35) notent avoir subi de la violence de la part du personnel au cours de la dernière année. Il s'agit de violence physique subie de la part de supérieur (1), de subordonnés (2) et de collègues (5) et d'intimidation subie de la part de supérieur (8), de subordonnés (6) et de collègues (16). En fait, l'intimidation touche quatre fois plus de personnes que la violence physique, si on tient compte que « même si c'est rarement, ça fait mal ». De plus, l'intimidation d'une même personne peut toucher plusieurs soignants en même temps ou à des moments différents.

Sur le terrain, l'observation fait état de 61 interactions violentes individuelles de la part du personnel. Dans l'échantillon, le nombre de personnes violentes observées (19/30, manifestation de souffrance) était supérieur au nombre de personnes subissant la violence des autres (16/30, déterminant psychosocial de souffrance). Toutefois, une personne sur cinq étaient à la fois violentes et subissaient de la violence au travail, au cours de la journée de travail. Parmi les interactions individuelles violentes observées et dites souffrantes par les participants (11/30), la violence physique était moins fréquente que la violence psychologique de la part du personnel. Les violences psychologiques étaient vécues sous forme de commérages et de fabulations, de critiques et médisances,

de dénonciations, de traits d'humour sarcastique et de gestes menaçants. Trois exemples de violence psychologique à l'origine de souffrance psychosociale au travail : (1) Une nouvelle préposée aux bénéficiaires a été critiquée systématiquement tout au long de la journée par une infirmière; (2) Une préposée aux bénéficiaires a passé son temps à épier sa collègue et à l'isoler du groupe; (3) Une préposée aux bénéficiaires a fait de l'intimidation permanente envers plusieurs personnes, avec des menaces, et c'est « sa façon d'être habituelle » disent les autres. Le premier exemple de violence physique à l'origine de souffrance psychosociale au travail est celui d'une préposée aux bénéficiaires, se faisant pousser « épaule contre épaule » par deux collègues sur plusieurs mètres, puis immobilisée dans un coin de couloir. Ses collègues lui écrasent alors les orteils avec force à plusieurs reprises, tout en lui envoyant des postillons en exprimant leur colère. Le second exemple de violence physique est celui d'une infirmière-auxiliaire, se faisant frapper violemment sur l'épaule par une préposée, plusieurs fois dans la journée, avec des moqueries sur sa lenteur et sa concentration sur les médicaments à distribuer, sur le fait de « se parler tout haut » pour ne rien oublier. Le dernier exemple de violence physique est celui d'une jeune préposée aux bénéficiaires, trébuchant régulièrement dans le couloir sur les croche-pieds d'un collègue, qui rit et compte « chaque coup qui fait mouche ».

Un comité de suivi de la recherche a réfléchi aussi au fait de « subir par peur de dénoncer l'autre » ou de « ne rien dire parce qu'il n'y a rien là », d'où la banalisation de la violence dans le milieu de travail.

4.3.4.3 Être dénoncé par les acteurs du travail. La dénonciation est la forme de violence dite la plus souffrante par la moitié des participants, en entretien individuel. Ils expliquent que les dénonciations sont encouragées par la direction et influencent le climat de travail, surtout si elles sont fausses ou une question de perception de la situation de travail.

Sur le terrain, cette « culture de la dénonciation » (déterminant organisationnel de souffrance) est dite entretenir un climat de peur, qui influence l'ambiance de travail des deux cinquièmes des participants en souffrance (12/30). Les uns craignent de déposer une plainte et d'en subir les conséquences : violence accrue des collègues, ne pas être crue par la direction. Les autres s'alarment au moindre oubli par peur d'être dénoncés, puis convoqués par la direction, voire exclus et renvoyés. Au moment d'une pause, une infirmière chef encourage « la dénonciation », dite nécessaire pour palier à l'absence des cadres sur le terrain (redistribution des tâches et des rôles, déterminant organisationnel), bien que ce soit « une arme à double tranchant ». En effet, les soignants présents confirment que les dénonciations sont souvent fausses, par malveillance ou interprétation, différence de valeurs ou de points de vue. Des exemples observés sur le terrain illustrent cette souffrance psychosociale au travail. Le premier exemple est celui d'un préposé aux bénéficiaires, qui s'est fait accusé par une infirmière-auxiliaire d'avoir « laissé une patiente dans ses selles », alors qu'il s'apprêtait à lui donner son bain. Le deuxième exemple est celui d'une préposée aux bénéficiaires, qui a été convoquée par la direction suite à la plainte d'un patient « fabulateur qui cherche à se désennuyer ». Le

troisième exemple est celui d'une préposée aux bénéficiaires, qui a été dénoncée par une collègue d'avoir « mal fait son travail », alors qu'elle avait subi « un sabotage en règle » de son travail. Alors, les participants affirment que le jugement des cadres s'établit « entre la parole de l'un et la parole de l'autre », faute de temps et de compétences pour mener des enquêtes. Sur le terrain, il est aussi fréquent d'entendre des soignants avoir un jugement sévère face à des propos divergents ou à un avis différent du leur. Au sujet de collègues en arrêt de travail : « elle profite du beau temps » et « elle prend du bon temps ». Les fausses dénonciations et ses conséquences déterminent de la souffrance psychosociale au travail, sous forme de peur ou de colère, voire de violence (manifestations de souffrance) chez les soignants (12/30).

4.3.4.4 Être harcelé par les acteurs du travail. En entretien individuel parmi les déterminants psychosociaux de la souffrance au travail, le harcèlement psychologique était cité par un quart des participants (9/35). Ils faisaient écho à la prise en compte récente par les normes du travail au Québec de cette forme de violence, qui influence le climat de travail.

Sur le terrain, deux situations dites de harcèlement ont été observées. La première est celle d'une infirmière-auxiliaire qui se fait accuser plusieurs fois au cours de la journée de travail de harcèlement sexuel par une préposée aux bénéficiaires ayant vécu des antécédents à ce sujet (un regard sur ses cuisses, plusieurs traits d'humour noir sur son obésité). La seconde est celle d'une préposée aux bénéficiaires qui se plaint d'être

harcelée en ce moment par la direction qui tente d'agir pour l'empêcher de harceler sa collègue de travail : convocation suite à des plaintes répétées, deux rencontres dans la journée, décisions de changement d'unité et d'équipe.

En comité de suivi de la recherche, des responsables syndicaux trouvent difficile d'évaluer le harcèlement au travail, même encadré par une loi.

4.3.5 Manque de soutien psychosocial et entraide ciblée, déterminants de souffrance au travail. Bien que l'entraide soit une valeur sur laquelle la région s'est construite, les participants constatent un manque de plus en plus fréquent de soutien des collègues au travail. Pour expliquer cette évolution récente, ils accusent l'influence du système de clans et celle de la qualité du travail des autres, déterminants de souffrance au travail.

4.3.5.1 Le soutien psychosocial influencé par le système de clans. Dans le regroupement des questionnaires, le manque de soutien psychosocial dans la dernière année concernait le tiers des participants (9/35), surtout par un manque de reconnaissance et d'entraide. Alors qu'en fin d'entretien individuel, c'est presque la moitié des participants qui revient spontanément sur le manque de soutien psychosocial, à risque de souffrance au travail.

Sur le terrain, le manque de soutien des collègues est reconnu source de souffrance au travail, par le tiers des participants (10/30). En fait, l'observation fait état d'un certain soutien et même d'entraide entre les soignants faisant partie d'un même clan, bien que les hommes travaillent souvent seuls par ordre de leur chef de clan : « tu es fait fort, tu peux travailler seul ». En dehors des clans, des soignants travaillent seuls pour « ne dépendre de personne » et des soignants sont isolés par les clans et ne peuvent compter sur l'aide des autres. De plus, il n'est pas rare que les préposés aux bénéficiaires soient seuls avec les patients au moment de la pause repas de leurs collègues : « elles sont parties en gang au restaurant » et « elle n'est pas encore revenue ... elle a dû prolonger sa pause ». Ce manque de soutien et d'entraide des collègues amène aussi certains soignants à devoir faire plus que leurs tâches, à s'occuper de certains patients dont personne ne veut, à travailler seuls à certains moments, quitte à se blesser ou à s'épuiser, à faire des erreurs ou des oublis. D'une part, les soignants ont tendance à ignorer les demandes d'aide et de soutien des soignantes qui se sentent épuisées ou qui sont en fin de carrière. D'autre part, les soignants en travaux légers ont tendance à refuser les propositions d'aide et de soutien de collègues : « non, je peux faire seule », mais « tu es là pour ne rien faire! ». Ce manque de soutien et d'entraide des collègues est particulièrement observable entre les clans, entre les métiers et même parfois entre les générations. De plus, « les filles des Agences (jeunes) font de leur bord et nous (plus âgés) du nôtre » expliquent les participants.

4.3.5.2 L'entraide réservée aux collègues selon leur qualité de travail. Au soutien psychosocial existant à l'intérieur des clans s'ajoute une entraide réservée aux collègues appréciés selon la qualité de leur travail. Dès l'entretien individuel un préposé aux bénéficiaires rappelle que depuis quelques années le « perfectionnisme se perd », parce qu'il « faut renoncer à la qualité du travail » (déterminant organisationnel de souffrance). Comme lui, un sixième des participants (6/35) en entretien individuel, préposés aux bénéficiaires et infirmières-auxiliaires qui décrivent leur personnalité au travail par le mot « perfectionniste », semble dérangés par « la baisse de qualité du travail imposée par l'employeur », au point d'en souffrir collectivement. Pour eux, « c'est triste de devoir se partager le travail, pas fait correctement par les autres », « c'est pourtant pas difficile d'être consciencieux » au travail.

Sur le terrain, le tiers des participants (9/30) expliquent que l'entraide existe de préférence « entre personnes qui se ressemblent » et qu'il est habituellement absent avec les personnes ayant des comportements extrêmes. « Il est trop perfectionniste, pour que je travaille avec lui, ça m'énerve », « je veux pas l'aider à faire ses clients, elle n'est pas consciencieuse », « les perfectionnistes sont pénibles ... à être toujours focalisés sur les détails », alors que l'essentiel n'est pas assuré. Cette évaluation personnelle subjective de la qualité du travail des collègues est dite influencée la qualité des relations de travail et de l'ambiance du travail, à risque de souffrance des soignants.

En fin de journée de travail, les participants remplissent la grille d'évaluation des comportements des collègues face à leur travail du jour, selon leur vécu à confronter avec les observations. Les résultats de cette grille commune fait état d'un tiers des participants (9/30) qui visent des collègues jugés « perfectionniste » (6), « laxistes ou négligents » (3) et avec lesquels ils évitent généralement de travailler (stratégie individuelle face à la souffrance). Par contre, plus de la moitié des participants acceptent d'aider des collègues jugés « consciencieux » et une personne sur six considère que des collègues à tendance « neutre » peuvent parfois contribuer à leur souffrance au travail. Cette grille d'évaluation subjective des comportements des collègues a été appréciée par les participants sur le terrain, car elle souligne les affinités relationnelles des soignants orientant leur choix d'entraide et de soutien au travail.

Sur le terrain en auto-confrontation finale, les participants (9/30) expliquent que le manque d'entraide et de soutien des collègues détermine de la douleur et de la fatigue (manifestations de souffrance) chez ceux qui sont obligés de travailler seuls, de la colère et du stress (manifestations de souffrance) chez ceux qui n'arrivent pas à se faire aider et chez ceux qui refusent d'aider les collègues jugés perfectionnistes, laxistes ou négligentes dans leur travail.

Les principaux déterminants psychosociaux de la souffrance des soignants sont regroupés dans un tableau et reliés par les participants aux éléments au cœur de la

souffrance (manifestations de souffrance) et aux autres déterminants de souffrance au travail (voir Tableau 13).

Sur le terrain, un quart des participants (7/30) expliquent que les déterminants organisationnels et psychosociaux de leur souffrance au travail les amènent à perdre l'intérêt et le goût à exercer leur métier. Selon le vécu des soignants, ce sont les conditions de travail difficiles et l'ambiance du travail pénible qui les incitent à vouloir quitter leur travail, voire à changer de métier pour relever des défis ailleurs, pour « sauver ma peau » et « éviter de tomber malade ». Par contre, les déterminants personnels de la souffrance au travail sont dits moins à risque d'abandon des métiers de soignants.

Tableau 13

Déterminants psychosociaux de la souffrance des soignants, reposant sur des déterminants organisationnels et personnels (Q = questionnaire, G = grille de terrain)

Déterminants psychosociaux de la souffrance des soignants au travail		
Facteurs déterminant de la souffrance	⇒	Éléments de la souffrance
Manque de valeurs communes entre employeur et soignants * ↓	Manque de respect (11/35) - Subi par les équipes volantes, le personnel des Agences, les privilégiés et les absents - Par ceux ayant un fort sentiment d'appartenance (ancienneté, beaucoup d'heures supplémentaires)	(10/30) Colère Dépression
Mauvaise ambiance de travail par violence collective : tensions persistantes et comportements déviant / excessifs ** ↓	Conflits de valeurs et de personnalités (12/35) - Entre équipes de travail: rumeurs, jugements hâtifs, manque de reconnaissance de l'expérience des anciens et d'intégration des nouveaux, manque de compréhension et de tolérance - Entre générations : savoir-être-communiquer-faire - Autour de têtes fortes et de leaders-négatifs : fort sentiment d'appartenance des anciens et de ceux faisant beaucoup d'heures supplémentaires - Par les personnes ayant tendance à épier et à dénoncer, à être méfiant et suspicieux, à faire des commérages, de la fabulation, du harcèlement et de l'exclusion (12/35)	Stress, violence (12/35) Stress d'anticipation anxiété violence (9/30)
Système de clans et ses méfaits ↓	- Guerre des clans : humour noir, critiques, insultes, médisance, dénonciation, vengeance (9/35) - Conflits de pouvoir et comportements violents (14/30)	Peur, colère, violence (12/30)
Mauvaise ambiance de travail par violence individuelle : collègues, subordonnés, supérieurs ***	- Être témoin de violence (9/35)(6/30) - Subir violence physique ou intimidation (Q 27/35) - Subir violence physique ou psychologique (11/30) - Être dénoncé, par valeurs et points de vue différents, par vengeance ou fabulation (12/30) - Être harcelé (9/30)	Peur, colère, violence (12/30)
Manque de soutien et entraide ciblée : selon le système de clans et la qualité du travail des collègues	- Manque de soutien psychosocial (Q 9/35) - Entre équipes ou clans, métiers et générations - Par les plus âgés et les plus souffrants - Seul ou isolé (10/30), avec risque d'erreurs et d'oublis, même de blessures - Absence d'aide ou aide refusé (9/30) - Aide ciblée entre personnes se ressemblant (9/30) - Qualité du travail et de la relation aux collègues : perfectionniste, laxiste ou négligent (G 9/30)	Douleur, fatigue Colère, stress
↑		↑
Déterminants organisationnels - Manque personnel et embauche, surcharge de travail *,** - Heures supplémentaires sans limite * - Manque de conciliation travail-famille * - Manque d'intégration et de reconnaissance des équipes volantes et du personnel des Agences * - Absence des cadres sur le terrain, dénonciation encouragée et iniquité des sanctions ***		Déterminants personnels - Manque de conscience professionnelle ** - Pas savoir dire les émotions et la pensée ** - Perceptions ou points de vue différents, interprétations et valeurs personnelles amenant à des dénonciations ***
Stratégies collectives - Travailler doucement et ne pas forcer, pour justifier le besoin d'embauche **		Stratégies individuelles - Changer d'horaires de travail * - Éviter de s'occuper des patients difficiles * - Déléguer sa tâche aux autres, surtout à jeunes ** - Faire semblant de forcer pour s'économiser ** - Éviter de travailler avec les perfectionnistes ***

4.4 Les déterminants personnels de la souffrance des soignants

Les déterminants personnels de la souffrance des soignants étaient cités d'emblée par un cinquième des participants (7/35), en entretien individuel. Les résultats sur ces déterminants personnels de souffrance au travail traitent du manque d'assurance par insuffisance de l'éducation et présentent des traits de personnalité modulateurs de la souffrance au travail, des facteurs comportementaux, cognitifs et émotionnels à risque de souffrance chez les soignants.

4.4.1 Manque d'assurance par insuffisance d'éducation, à la base des déterminants personnels de la souffrance. Selon l'échelle de Rosenberg, le manque d'estime de soi en général affecte un quart des participants (9/35). Plus précisément, c'est le manque de respect de soi qui est mis en évidence par la moitié des participants, quel que soit leur niveau de scolarité et leur métier. En entretien individuel, le manque d'estime de soi sous la forme de manque d'assurance est associé par sept personnes à leurs difficultés à lire, à écrire ou à dire. Ils se sentent anxieux au travail de par ce handicap personnel et nient le manque d'adaptation aux changements, que leur reproche leur employeur. En effet, ces personnes font partie du tiers des participants vivant de l'anxiété situationnelle, selon les résultats du questionnaire ASTA, et aucune d'entre elles se reconnaissait avoir des difficultés à s'adapter aux changements (3) au cours de l'entretien individuel.

Sur le terrain, cinq personnes avancent spontanément que le manque de respect de soi pourrait influencer le manque de respect des autres (déterminant psychosocial de souffrance). De plus, en observant les personnes identifiées comme ayant des difficultés à lire, à écrire ou à trouver des mots pour dire, responsables de leur manque d'assurance, il apparaît qu'elles préfèrent se taire et s'isoler, ou se mettre sous la protection de « chefs de clan » qui écrivent et parlent à leur place (stratégies individuelle et collective).

En auto-confrontation finale sur le terrain, ces personnes manquant d'éducation affirment à une exception près (6/30) ne pas vivre de la souffrance au travail par manque d'estime de soi, sous forme de colère exprimée ou ressentie (manifestation de souffrance). Par contre, elles confirment se sentir anxieuses (manifestation de souffrance) par manque d'assurance, d'où le besoin de se rassurer en appartenant à « une gang » (stratégie individuelle).

4.4.2 Caractère et tempérament, modulateurs de la souffrance au travail. Dans le questionnaire sur le caractère et le tempérament (TCI), quatre variables codifiées ont été retenus à risque de souffrance au travail : détermination, dépendance aux autres, recherche de la nouveauté et persistance. Elles ont été commentées spontanément par les soignants sur le terrain.

La détermination est présente chez les deux tiers des participants (24/35), pour aller de l'avant et prendre des décisions, avoir du contrôle sur les situations et de l'influence

sur les choses, affronter les problèmes et trouver des solutions. Mais sur le terrain, cette qualité de chef qu'est la détermination est dite à risque de créer des conflits en position de subordonné (8/30), voire de la violence (manifestation de souffrance) générée à partir de clans par les « petits chefs ».

La dépendance aux autres, dans le sens de sociabilité excessive, existe chez près de la moitié des participants (17/35). Plusieurs d'entre eux expliquent cette dépendance aux autres : être sociables, « c'est être un livre ouvert » aux autres, exposant à la jalousie et à la vengeance, à risque de subir de la violence de la part des autres (déterminant psychosocial de souffrance). Sur le terrain, les participants (8/30) qui commentent sur la dépendance aux autres expriment leur souffrance en ces mots : « Tu donnes tout ce que tu es, sans méfiance, et tu reçois leur pas beau ... c'est décourageant d'être vraie » et « tu te confies à eux en amis, et ils utilisent tes mots contre toi ... je suis démotivée ». Le découragement et la démotivation sont des déterminants personnels secondaires à la souffrance des soignants au travail.

La recherche de la nouveauté concerne presque la moitié des participants (16/35), qui constatent qu'il faudrait plutôt y renoncer dans les métiers où la routine et les protocoles dominant, où réfléchir avant d'agir est recommandé. Sur le terrain, elles ajoutent : « ça m'énerve » ou « j'explose, sans créativité », « j'étouffe avec toutes ces règles » ou « sans initiative, je meurs tout doucement ». Lorsque la recherche de la

nouveauté est empêchée, des soignants (7/30) expriment de la nervosité, de la colère et même des signes de dépression (manifestations de souffrance).

La persistance est mise en évidence chez un quart des participants (9/35), qui favorisent *le rester au travail* à court terme et la fatigue jusqu'à l'épuisement professionnel à long terme (manifestation de souffrance). Certains précisent (6/30) sur le terrain qu'un excès de persistance peut devenir obstination et les faire souffrir, à force de trop travailler et de dépasser ses forces, de faire plus que le travail demandé et de vouloir faire mieux que les autres.

Par conséquent, selon un quart des participants (9/35), le caractère et le tempérament (TCI) peuvent moduler les manifestations de la souffrance des soignants en fonction de traits de personnalité et de leur intensité, du métier et du temps qui passe.

4.4.3 Traits de personnalité et comportements, déterminants de souffrance au travail. Quelques traits de personnalité et comportements des soignants à risque de souffrance au travail ont émergé des données qualitatives : manque d'autorité naturelle, comportements asociaux, perfectionnisme et laxisme au travail.

En entretien individuel, la description de la personnalité au travail réalisée par les participants faisait état de l'existence d'un manque de sociabilité de trois participants. À cela s'ajoutait sur le terrain, l'observation de cinq autres personnes se montrant

particulièrement associables ce jour-là (s'isolent et se taisent, repoussent les autres et ne participent pas aux activités collectives). En auto-confrontation finale sur le terrain, ces personnes confirmaient souffrir de leur associabilité habituelle, à une exception près (7/30), et reconnaissent le risque d'en faire souffrir les autres (déterminant psychosocial de souffrance).

Au cours de l'entretien individuel, presque un quart des participants se plaignent de leur manque d'autorité naturelle (8/35), comme déterminant personnel de leur souffrance au travail. Par contre, sept préposées aux bénéficiaires reconnaissent leurs difficultés à vivre sous l'autorité des autres, compensées par une place importante dans les clans où leur autoritarisme s'exerce sur les autres (déterminant psychosocial de souffrance). Sur le terrain, ces traits de personnalité des soignants sont facilement observables : les premiers sont isolés et non écoutés et les seconds sont entourés et commandent sans arrêt. En auto-confrontation finale, les premiers expriment de la souffrance par manque d'autorité naturelle et les seconds se disent sans souffrance de par leur autoritarisme.

Sur le terrain, le perfectionnisme excessif et le laxisme déterminent non seulement de la souffrance psychosociale au travail, mais aussi de la souffrance personnelle chez un quart des participants (7/30). Les uns effectuent un travail de qualité à l'observation et reconnaissent être perfectionnistes (4), au point d'en souffrir au travail. Les autres sont visiblement négligents dans leur travail et désignés « laxistes » (3) par leurs collègues. Toutefois en auto-confrontation finale, les personnes connaissant leur laxisme

disent ne pas en souffrir et les personnes ignorant leur laxisme préfèrent ne pas le savoir pour ne pas en souffrir (stratégie individuelle).

4.4.4 Facteurs cognitifs et comportementaux, à risque de souffrance personnelle. Des facteurs cognitifs et comportementaux induisant de la souffrance au travail, mis en évidence par les résultats de l'étude préliminaire, sont confirmés par cette étude : surévaluation des capacités psychologiques et sous-évaluation de la violence au travail. De plus, l'existence du stress d'anticipation et du stress post-traumatique (pressentie par les soignants en étude préliminaire) et la résistance aux changements par perte de sens du travail (supposée par l'employeur en rencontre initiale), sont décrites comme déterminants personnels éventuels de souffrance.

4.4.4.1 La surévaluation des capacités psychologiques par les soignants. En entretien individuel, presque tous les soignants évaluent leurs capacités psychologiques face à la pénibilité du travail « bonnes » ou « excellentes » (33/35), bien qu'un quart d'entre eux admettent être fragiles psychologiquement (9/33). Cette fragilité est dite issue d'évènements traumatisants ou d'épisodes dépressifs, suffisamment anciens pour ne pas être pris en compte dans l'évaluation des capacités psychologiques présentes.

Néanmoins, en auto-confrontation finale sur le terrain, ces personnes dites fragiles psychologiquement (8/30) reconnaissent être plus vulnérables que les autres en cas de

stress et de violence et plus à risque de dépression (manifestations de souffrance), par surévaluation de leurs capacités psychologiques face à la pénibilité du travail.

4.4.4.2 La banalisation de la violence et sa sous-évaluation par les soignants. En entretien individuel, la banalisation de la violence était pressentie dès l'approche de la violence subie dans l'enfance et dans les familles, qui concernait les deux cinquièmes des participants (14/35) et celle de la violence exercée ou subie hors du travail et au travail, qui touchait un tiers des participants (12/35). De plus, la colère exprimée face aux autres a été décrite d'emblée par les uns et exclue systématiquement par les autres, à risque de sous-évaluation de la violence au travail. En effet, l'expression de la colère par les soignants était plus facilement comprise comme manifestation de leur souffrance au travail, que comme un déterminant psychosocial possible de souffrance au travail. Alors, le regroupement des questionnaires a permis l'approche systématique des principales formes de violence subies au travail, incluant la colère exprimée face aux autres.

Sur le terrain, la banalisation de la violence était observée à travers la passivité de six personnes témoins de violence entre acteurs du terrain et le refus de déposer une plainte de neuf personnes ayant subi de la violence physique ou de fausses dénonciations (déterminants psychosociaux de souffrance). En auto-confrontation finale, les soignants concernés (14/30) reconnaissent être habitués à vivre dans un environnement violent, à risque de souffrance personnelle au travail.

4.4.4.3 Les antécédents de stress post-traumatique. En entretien individuel, un cinquième des participants (7/35) relatent les évènements à l'origine de leur stress d'anticipation et leur état de stress quasi permanent qui en découle. Depuis ces évènements traumatisants, ils disent vivre un stress d'anticipation et un stress au travail amplifiés par leur stress d'anticipation. « Depuis que j'ai été agressé, je suis plus stressée au travail qu'avant », « c'est comme si je me noyais dans un bain de stress, je n'étais pas comme cela avant » et « je ne suis plus capable d'en prendre autant ». En effet, l'évaluation subjective du stress d'anticipation en entretien individuel, la veille de la reprise d'un cycle de travail, est moins élevée chez ces personnes que celle du stress au travail en moyenne dans la dernière année, contrairement aux autres participants. De plus, le questionnaire sur le stress au travail (MSP) rempli au même moment (stress en moyenne dans la dernière année) donne des résultats plus élevés chez ces personnes que le même questionnaire rempli en fin de cycle de travail (stress du jour au travail). Pourtant, leur niveau de stress au travail n'est pas le plus élevé de l'échantillon, car c'est seulement leur limite acceptable personnelle de stress au travail qui semble avoir diminué, selon leurs témoignages.

Sur le terrain, les participants ayant vécu du stress post-traumatique (6/30) sont repérables à l'observation de réactions intenses face à des éléments leur rappelant l'évènement. Le premier exemple est celui d'une préposée aux bénéficiaires, qui retarde son entrée dans l'aile psychiatrique, en se grattant les avant-bras et en se pinçant les cuisses sans cesse. Le second exemple est celui d'une infirmière-auxiliaire, qui sursaute

et recule brusquement à l'approche du patient schizophrène, qui lui a cassé le nez quelques mois plus tôt. Le troisième exemple est celui d'une jeune infirmière, qui tremble en entrant dans la chambre d'un patient toujours violent à son endroit et dont elle garde des hématomes. Le dernier exemple est celui d'un préposé aux bénéficiaires, qui cherche désespérément un collègue pour répondre aux besoins d'un patient, qui lui a laissé une vilaine cicatrice sur le bras et des traces dans le cou. En auto-confrontation finale sur le terrain, ces personnes ayant eu des antécédents de stress post-traumatique au travail disent vivre de la peur et de se sentir par moment anxieuses et même en détresse psychologique (manifestations de souffrance).

4.4.4.4 La résistance aux changements « négatifs », par perte du sens initial du travail. En entretien individuel, seulement trois personnes ont parlé d'emblée de leurs difficultés, à s'adapter aux changements ou à une nouvelle équipe de travail. Par contre, au cours de l'entretien individuel, la plupart des participants (30/35) demandent des changements organisationnels « positifs » pour améliorer leurs conditions de travail et refusent les changements « négatifs » amenant à « une régression de leur acquis sociaux », à risque de souffrance au travail. De même dans le regroupement des questionnaires, la perte de sens du travail est associée par seulement deux personnes à la non-perception de l'importance de la tâche, au manque de motivation et d'implication au travail, depuis la mise en place des changements organisationnels récents. Par contre, les deux tiers des participants (23/35) trouvent encore un sens à leur travail dans leur relation d'aide aux patients et restent motivés « à passer au travers des changements ».

Sur le terrain, un tiers des participants (10/30) avoue préférer les habitudes et la routine dans leur activité de travail pour accommoder les patients selon la politique de Milieu de vie. La moitié des participants (16/30) n'apprécient pas la réorganisation des équipes de travail, qui ne tiennent pas compte des affinités entre les personnes et la mobilité des soignants imposée entre les unités de soins et entre les patients dans chaque unité (déterminants organisationnels de souffrance). Ils regrettent aussi la nouvelle répartition des tâches et des rôles entre les acteurs du terrain, dite responsable de la perte du sens initial de leur travail (déterminants organisationnels de souffrance).

Par conséquent, la résistance aux changements « négatifs » par la perte du sens initial du travail est un comportement trop peu fréquent pour être retenu, comme déterminant personnel de souffrance. Par contre, la sur évaluation des capacités psychologiques, la sous-évaluation de la violence, l'existence du stress d'anticipation et du stress post-traumatique sont des facteurs comportementaux et cognitifs reconnus par les soignants, à risque de souffrance au travail.

4.4.5 Facteurs émotionnels et cognitifs, à risque de souffrance personnelle.

Selon les participants, les facteurs émotionnels et cognitifs à risque de souffrance au travail, ciblés par l'étude préliminaire en maîtrise, donnaient du sens à leur ressenti personnel et à leur vécu au travail. Les trois premiers facteurs sont du domaine des émotions exprimées par des comportements (attachement, dépendance, violence) et les

trois autres sont du domaine de l'esprit ou de la pensée (dualité intérieure, ignorance, illusion).

En entretien individuel, ces facteurs émotionnels et cognitifs sont reconnus à risque de souffrance au travail par les participants. Il s'agit dans l'ordre de fréquence de l'attachement aux patients, aux collègues et aux habitudes (20/35), de la dépendance à l'équipe de travail, à la reconnaissance et au soutien (19/35), de la violence intérieure faite de non-respect de soi (19/35), de la dualité intérieure faisant suite à des pensées contradictoires, des ruminations mentales, des hésitations et des doutes (17/35), de l'ignorance faite de manque de connaissances, de compréhension et de conscience (12/35) et de l'illusion que les conditions de travail changent, que les patients guérissent, que les attentes soient satisfaites (9/35). La cote attribuée par les soignants à chacun de ces facteurs individuels variait en moyenne entre 4,7/10 (dépendance) et 3/10 (illusion). Par conséquent, les facteurs émotionnels et cognitifs retenus à risque de souffrance au travail sont l'attachement, la dépendance, la violence intérieure et la dualité intérieure (cotes moyennes $\geq 4/10$), qui concernent la moitié des participants.

Sur le terrain, ces facteurs émotionnels et cognitifs déterminant de la souffrance au travail étaient régulièrement observés. Un exemple par facteur est donné dans l'ordre d'importance de ces facteurs : « j'ai des larmes ce matin, j'étais trop attaché à lui ... il est parti cette nuit », « pour faire sa toilette, il faut attendre que l'infirmière lui fasse son pansement ... cela me stresse et désorganise ma routine », « je me fais violence pour

rester à la barre, avec ma douleur », « je me sens écartelée entre une partie de moi qui croit que la vie est précieuse et qu'il faut tout faire pour prolonger leur vie à eux ... et une autre qui pense à quoi bon tant de souffrances, pourquoi ne pas les laisser aller », « je ne connais pas sa maladie, je ne comprends pas ses réactions ... ça m'angoisse », « je ne me fais plus beaucoup d'illusions ... on est sacrifié sur l'autel des boss » et « c'est fini, je ne vis plus d'illusions, je déprime ». En auto-confrontation finale sur le terrain, la moitié des participants (14/30) admettent qu'ils entretiennent des liens trop forts (attachement) ou trop étroits (dépendance) au travail et qu'ils vivent de la violence et de la dualité intérieures, à risque de souffrance au travail.

4.4.6 Facteurs sentimentaux, à risque de souffrance personnelle au travail. Les grilles communes d'observation et d'évaluation des relations des soignants avec les patients (compassion, empathie, sympathie, neutre, indifférence, antipathie), donnaient aussi un sens au ressenti des participants et à leur vécu au travail.

Sur le terrain, les relations d'empathie et d'antipathie sont dites mobiliser souvent excessivement les émotions des soignants au service des patients, à risque de souffrance au travail. L'empathie (présente dans le sentiment d'attachement) ressentie envers les patients concernait plus des trois quart des participants (23/30) et était présente dans moins d'un quart des relations des soignants avec les patients. La relation d'antipathie des participants envers les patients était absente le jour du terrain. Les autres types de relations ciblées (indifférentes, compatissantes, neutres, sympathiques) concernaient

ensemble moins d'un quart des participants (7/30), pour plus des trois quart des relations des soignants avec les patients. Elles étaient jugées non souffrantes par les participants.

Les principaux résultats sur les déterminants personnels de la souffrance des soignants au travail sont rassemblés et reliés par les participants avec les éléments au cœur de la souffrance (manifestations de souffrance) et les autres déterminants de souffrance au travail (voir Tableau 14).

Pour conclure l'investigation en entretien individuel des déterminants de la souffrance au travail, les participants ont eu à relativiser leur importance les uns par rapport aux autres. En fait, les déterminants organisationnels de la souffrance des soignants occupent 41,5 % de l'ensemble de leur souffrance au travail, les déterminants psychosociaux 34,5 % et les déterminants personnels 21 %. Quant aux déterminants professionnels, les soignants les acceptent car inhérents au métier, même s'ils peuvent créer de la souffrance au travail.

Le deuxième objectif de cette étude a été atteint en documentant les divers déterminants de la souffrance au travail, résumés dans les Tableaux 10 à 13 et par la Figure 10. Une interaction a été soulignée entre des déterminants organisationnels et psychosociaux, entre des déterminants psychosociaux et personnels alors que les déterminants organisationnels influencent sans interaction les déterminants personnels.

Tous les déterminants de la souffrance au travail amènent les soignants à mettre en place des stratégies pour soulager ou éviter la souffrance afin de durer au travail.

Tableau 14

Déterminants personnels de la souffrance des soignants, entre déterminants organisationnels et déterminants psychosociaux (G = grille, Q = questionnaire)

Facteurs déterminants de la souffrance	⇒	Éléments de la souffrance
Manque d'assurance *	- Par insuffisance d'éducation (difficultés à lire, écrire, dire ses émotions et sa pensée (7/30))	Anxiété
Caractère-tempérament **	- Détermination (Q 24/35) → conflits en position de subordonnés - Dépendance (Q 17/35) → découragement, démotivation (8/30) - Persistance (Q 9/35) → obstination (6/30) - Renoncer à la recherche de la nouveauté (Q 16/35)	Violence (8/30) Fatigue, épuisement, colère, stress et dépression (7/30)
Traits de personnalité et comportements ***	- Excès ou manque de sociabilité (7/30) - Manque d'autorité naturelle (8/35) - Perfectionnisme excessif (7/30)	
Facteurs cognitifs et comportementaux ****	- Surévaluation capacités psychologiques face à la pénibilité du travail, si fragilité psychologique (9/35) et vulnérabilité (7/30) - Banalisation et sous-évaluation de la violence : passivité des témoins, refus de déposer plainte si violence subie (14/30) - Stress post-traumatique → stress d'anticipation et ↑ stress au travail (7/35) → limite acceptable de stress au travail ↓	Stress, violence Peur, anxiété et détresse (6/30)
Facteurs émotionnels et cognitifs	- Attachement : patients, collègues, habitudes (20/35, cote 4,5/10) - Dépendance : équipe, reconnaissance, soutien (19/35, cote 4,7/10) - Violence intérieure : pensée, ruminations, hésitations, doutes (19/35, cote 4,2/10) - Dualité intérieure : non-respect de soi (17/35, cote 4/10) (14/30)	Stress Douleur Stress
Facteurs sentimentaux	- Relations d'empathie des soignants avec leurs patients (23/30)	
↓		
Déterminants psychosociaux		
- Violence des collègues à subir ** - Comportements associables ou autoritaire des autres ***		
Stratégies collectives et individuelle		
- Se mettre sous la protection d'un chef de clan * - Ignorer le jugement des autres, si perfectionniste ou laxiste *** - Se taire et s'isoler, si témoin de violence ****		

5 Les stratégies développées face à la souffrance au travail

Le troisième objectif de cette étude proposait de décrire et d'évaluer les stratégies développées par les soignants face à leur souffrance au travail, en termes d'efficacité perçue sur leur santé.

5.1 Les stratégies dissociatives individuelles, face à la souffrance au travail

Les conséquences de la souffrance des soignants au travail que sont l'absentéisme et le présentéisme sont vues par les participants, comme étant des stratégies ultimes de dissociation du travail. Les autres stratégies dissociatives décrites par les soignants, telles que se montrer en colère ou se mettre en colère, renoncer à ses valeurs personnelles et vivre des expériences dissociatives, concernent plutôt la personne au travail qui tente de durer à son poste. Ces stratégies ont en commun un besoin de se protéger de la souffrance au travail, en se mettant hors du travail totalement (absentéisme) ou partiellement (présentéisme) ou hors de soi (colère), voir en laissant de côté une partie de soi (renoncer à ses valeurs, expériences dissociatives).

5.1.1 Absentéisme ou présentéisme au travail. L'absentéisme est présenté par les soignants comme la seule solution face à leur souffrance au travail, quand la limite personnelle du supportable a été dépassée. Le présentéisme apparaît plutôt comme une stratégie dissociative observable en cas de troubles de la santé, afin de durer au travail.

5.1.1.1 L'absentéisme des uns augmente la souffrance des autres. En entretien individuel, l'absence du travail au cours de la dernière année a été déclaré par plus de la moitié des participants (18/35). Il s'agissait soit d'accidents ou de maladies (11), avec douleur ou souffrance, soit dans l'objectif d'un retour aux études (3), d'une retraite anticipée (2), d'un accouchement (1) ou d'un congé parental (1). En fait, l'absentéisme des collègues dans l'objectif d'acquérir de nouvelles compétences semblaient mieux accepté par les participants, que celui visant à diminuer le temps de travail ou la disponibilité de rappel au travail en attente d'un changement d'unité ou de lieu de travail (conséquences de la souffrance).

Sur le terrain, un quart des participants (8/30) expliquent leur besoin stratégique de fuir, un moment où définitivement la situation de travail devenue invivable, par manque de plaisir et de par leur fatigue excessive (manifestation de souffrance), faute de changements dits « positifs » dans le milieu de travail (déterminants organisationnels de souffrance). Il s'agit ainsi pour eux de préserver leur intégrité ou de tenter de « recoller les morceaux épars de leur personnalité ». En leur absence, les collègues au travail doivent se répartir leurs tâches en attente de personnel de remplacement (déterminants organisationnels de souffrance), quitte à augmenter leur propre souffrance au travail.

5.1.1.2 Le présentéisme des uns alimente la souffrance des autres. En entretien individuel, un cinquième des participants (7/35) décrivent un état épisodique ou permanent de type présentéisme : « pas tout à fait là » et « pas vraiment présent

mentalement ». Le présentéisme est défini par les soignants comme un réflexe de protection lorsque « la souffrance envahi de partout » et que « c'est devenu insupportable ». Il s'agit par exemple de refuser de forcer physiquement à cause de la douleur persistante et de la fatigue importante ; de déléguer une grande partie de sa tâche aux autres pour se reposer et limiter le stress ; de laisser les tâches les plus difficiles et les patients les plus lourds aux plus jeunes, pour durer encore un peu au travail. Par conséquent, ces stratégies dissociatives dites de présentéisme semblent refléter à la fois un vécu intérieur observable à travers des comportements extérieurs, à risque de souffrance chez les collègues. Ce présentéisme stratégique des uns est dit source de souffrance des autres, car ils « s'économisent et en font moins que le minimum », s'isolent et communiquent peu, ne participent pas à l'effort collectif et « laissent les situations pourrir » sans intervenir (déterminants de souffrance).

Sur le terrain, un quart des participants (7/30) ont eu des comportements de fuite ou d'immobilisme, apparentés au présentéisme. Les uns (4) avaient tendance à s'isoler en se cachant dans les toilettes ou dans les chambres, à ignorer les besoins d'entraide des collègues. Les autres (3) restaient volontiers assis au poste de soins en silence, ignorant les besoins des patients dans leur chambre. Ces stratégies dissociatives observées soulignent l'existence chez les soignants d'un présentéisme réflexe (non conscient) et d'un présentéisme stratégique (conscient). En fait, les soignants en présentéisme réflexe (3) étaient visiblement capables de réagir aux urgences et aux imprévus du métier, bien qu'ils se disent généralement « vide en dedans » et « sans émotion » au travail. Ils

avaient les plus mauvais scores sur l'épuisement professionnel (MBI), sur la détresse psychologique (regroupement des questionnaires) et sur le risque de dépression (BDI) (manifestations de souffrance). Les soignants en présentéisme stratégique disaient couper volontairement leur corps des sensations « pour fonctionner même avec de la douleur », en créant des images mentales pour « s'absenter du présent », en mettant en scène dans leur tête « un merveilleux en dedans pour supporter l'enfer du dehors » ou en pensant à autres choses pour diminuer la « souffrance des choses du travail ». En auto-confrontation finale sur le terrain, ces sept personnes concernées par différents aspects du présentéisme affirmaient que c'est leur seul moyen de survivre au travail.

Sur le terrain, les comportements de présentéisme observés semblent mieux acceptés des autres, si des signes sont visibles : boiterie, toux et éternuements, attèle ou bandage, et même fièvre. « Ils feraient mieux de rentrer chez eux » s'accordent à dire leurs collègues. Par contre en absence de signes visibles, les comportements de présentéisme sont incompris des collègues : « celle-là, impossible de compter sur elle quand il y a un surplus de travail, elle reste introuvable et tout retombe sur mon dos » (épuisement professionnel), « lui, il est fort pour s'effacer dans le mur en cas de violence, au moment où l'on a le plus besoin de lui » (fibromyalgique) et « elle est du genre de la fille qui reste là, plantée comme un piquet, avec un regard vide à faire peur » (dépression diagnostiquée) et « la jeune a préféré se faire arracher la langue que de dire les choses (à la réunion), c'est pas normal » (migraine fréquente).

Par conséquent, une partie de l'absentéisme et du présentéisme s'avèrent être une stratégie efficace à court terme, adoptée par les soignants face à leur souffrance au travail, bien que déterminants de la souffrance des autres.

5.1.2 Se montrer en colère ou se mettre en colère. La stratégie individuelle la plus fréquente et la plus utilisée par les soignants ayant un rôle d'autorité consisterait à « se montrer en colère » ou à « se mettre en colère », c'est-à-dire à être hors de soi (dissocié). En effet, toutes les infirmières sont devenues chef d'équipe de par la loi 90 (autorité formelle) et quelques préposées aux bénéficiaires se sont improvisées chef de clan (autorité informelle) pour se protéger des changements jugés indésirables et de la souffrance au travail (stratégie associative). Par conséquent, la colère exprimée par les uns (manifestation de souffrance) et subie par les autres (déterminant de souffrance) s'avère être parfois une stratégie dissociative choisie par les soignants ayant un rôle d'autorité.

En effet, en entretien individuel, les deux cinquièmes des participants (14/35) décrivent d'emblée cette stratégie individuelle dite fréquente chez « les personnes en pouvoir », qui consiste à se « montrer en colère » ou à « se mettre en colère ». Selon eux, ils répondent ainsi à leur besoin de s'affirmer face aux autres et de se protéger de certains déterminants de la souffrance au travail : perte de qualité du travail par excès de quantité, laxisme ou perfectionnisme, changements « négatifs » imposés par l'employeur. Cette colère simulée, qui se nourrit d'insatisfactions, d'irritations et de

frustrations, est exprimée volontairement par ces participants : « il faut bien en rajouter pour se faire entendre, personne m'écoute ici ». Mais, « à force de se montrer en colère, on risque de se faire prendre par la colère ... de devenir colérique » et à force de « se montrer en colère » par stratégie de contrôle sur les autres, on pourrait avoir tendance à « se mettre en colère, pour de vrai » et à « vivre la colère » disent-elles (manifestation de souffrance).

Sur le terrain, un mélange entre la stratégie de « se montrer en colère » et celle de « se mettre en colère » volontairement semble observé chez les deux cinquièmes des participants (12/30), chefs d'équipe (infirmières ou infirmières-auxiliaires) ou chefs de clans (préposées aux bénéficiaires). Ces personnes confirment avoir simulé la colère en disant par exemple : « ça m'énerve de les voir assises à bitcher, alors qu'il y a des cloches allumées ... il faut que je crie un bon coup pour qu'elles y aillent » et « me pousser à la colère ... ça fait du bien et c'est utile ». Leurs collègues répliquent que « seules les jeunes s'y laissent prendre encore » par ces colères simulées, que « la colère à répétition est inutile » dans les rapports de pouvoir et que « supporter la colère des boss n'a rien à voir avec l'âge ». En fait, cette colère exprimée par stratégie face à la souffrance au travail est dite efficace pour apaiser le trop de souffrance des uns, quitte à créer de la souffrance chez les autres (déterminant psychosocial de souffrance).

Sur le terrain, cette stratégie individuelle qui consiste à « se montrer en colère » ou à « se mettre en colère » est commentée dans l'immédiat en terme de dissociation par un

tiers des participants (11/30). « Quand on est mal en dedans, il faut sortir au dehors », « la colère met hors de soi les émotions ... c'est mieux que de pleurer en les gardant en dedans » et « si c'est insupportable en dedans, les émotions débordent ... la colère remplace (alors) le rire ». En auto-confrontation finale sur le terrain, ces personnes simulant la colère précisent que cette stratégie permet de relâcher leurs tensions nerveuses et émotionnelles intérieures et ainsi d'éviter d'être encore plus stressées ou violentes (manifestations de souffrance). Elles pensent que « la colère, c'est un moindre mal », « une bonne hygiène de vie » et même « un bon outil pour se faire respecter ... et craindre », au risque encore de banaliser la violence au travail (déterminant personnel de souffrance).

Par conséquent, « se montrer en colère » ou « se mettre en colère » sont des stratégies dites efficaces à court terme par les participants ayant un rôle d'autorité, bien que ces stratégies face à la souffrance au travail des uns soient des déterminants de la souffrance des autres.

5.1.3 Renoncer à ses propres valeurs. Les principales valeurs humaines (respect, intégrité, autonomie) présentes dans la politique de Milieu de vie et dans le concept d'*Humanitude* font partie des valeurs personnelles au travail décrites par les soignants en entretien individuel. Mais, comme nous l'avons vu, les soignants ne peuvent respecter pleinement l'ensemble de ces valeurs dans un contexte de surcharge de travail (déterminants organisationnels de souffrance). La stratégie individuelle d'un quart des

participants (9/35), consiste alors à renoncer à suivre ses propres valeurs au travail, quitte à dissocier ce qu'ils sont (valeurs) de ce qu'ils font (travail), et à vivre un état de souffrance éthique au travail. Par exemple, ils ne peuvent plus prendre le temps de réaliser un soin au rythme du patient et se voient obligés de le « bousculer un peu » et même de « bâcler le travail », comme cela a été observé sur le terrain. Ils disent alors devoir fonctionner comme des travailleurs à la chaîne, « en alignant les patients », « comme des robots » dans un monde de travail « de plus en plus inhumain ». Sur le terrain, ces stratégies dissociatives développées par le tiers des participants (10/30) déterminent de la colère intérieure et même de la détresse (manifestations de souffrance), selon leurs témoignages.

La principale valeur attendue au travail par l'employeur est la qualité des services, non plus la qualité du travail. En effet, un tiers des participants (11/35) en entretien individuel affirment que « la qualité du travail est une valeur délaissée ces temps-ci », de par la surcharge de travail dans une époque où le temps relationnel est remplacé par « la chasse aux temps non productifs » (déterminants organisationnels de souffrance). Dans ces conditions de travail, les participants affirment devoir diminuer la qualité de leur travail par stratégie individuelle, en fonction de la charge de travail et du matériel à disposition, des imprévus du jour et des conflits du moment (déterminants de souffrance). « Tu coupes là où cela fait le moins mal » et tu « réponds seulement aux besoins de base des clients », car c'est en renonçant à la qualité du travail sans état d'âme que l'on « préserve au mieux notre santé mentale », disent les soignants. Sur le

terrain, l'observation met en évidence la tendance des hommes et des soignants dits perfectionnistes « à couper sur le relationnel » et celle des femmes et des soignants dits laxistes à « couper sur la technique ». En fait, renoncer à la valeur qualité du travail pour les soignants est à la fois une stratégie inévitable face à la surcharge de travail et une stratégie de protection personnelle contre leur souffrance au travail. Néanmoins en auto-confrontation finale sur le terrain, cette stratégie qui consiste à « couper sur la qualité » du travail est dite déterminer de la tristesse et à risque de dépression (manifestations de souffrance) par presque un tiers des participants (9/30).

La valeur essentielle chez tous les soignants est la santé, mais un cinquième des participants (7/35) avouent en entretien individuel avoir des difficultés à respecter leur propre santé, dans les conditions actuelles du travail. Ils expliquent leurs stratégies face aux déterminants psychosociaux et personnels de leur souffrance au travail : prendre du recul face aux collègues perfectionnistes ou laxistes, éviter d'entretenir une relation d'empathie ou d'antipathie avec les patients. Sur le terrain, moins d'un quart des participants (8/30) reconnaissent avoir renoncé à la valeur essentielle qu'est l'*Humanitude*. Par exemple, ils essaient parfois de contrer la surcharge de travail (déterminant organisationnel de souffrance) en ignorant la prescription de la technique de manutention manuelle et en choisissant plutôt d'utiliser des équipements d'aide à cette manutention de patients. Ils disent vouloir ainsi gagner du temps et respecter leurs capacités physiques du moment, en termes de la douleur, du stress et de la fatigue (manifestations de souffrance). De fait, ils renoncent aux principes d'autonomie du

patient inscrits dans la philosophie de l'*Humanitude*, à risque de souffrance éthique au travail. En auto-confrontation finale sur le terrain, ces diverses stratégies développées par les soignants pour préserver leur santé physique et psychologique au travail sont jugées efficaces par les personnes concernées, mais non appliquées systématiquement.

Par conséquent, les stratégies dissociatives individuelles développées face à la surcharge de travail (renoncer à ses propres valeurs, à la politique de Milieu de vie et au concept d'*Humanitude* ; diminuer la qualité relationnelle ou technique du travail ; respecter sa propre santé au travail) sont dites efficaces à court terme. Par contre, à long terme elles déterminent de la souffrance éthique chez les soignants au travail, à risque de colère intériorisée, de détresse et de dépression (manifestations de souffrance).

5.1.4 Vivre des expériences dissociatives face à des situations stressantes. La tendance à la transcendance était l'un des thèmes abordé par le questionnaire sur le caractère et le tempérament (TCI), suggérant l'existence d'une « pensée magique » chez plus du tiers des participants (12/35). En effet, un cinquième des participants (7) pensent à des choses irréelles ou fantastiques pour se sentir mieux et plus d'un quart des participants (10) espèrent un miracle pour que la situation cesse. En entretien individuel, les participants ayant tendance à la transcendance considèrent que cela les aide à vivre des situations particulièrement difficiles au travail.

En cas de situations très stressantes, des expériences de dissociation au travail ont été décrites par un questionnaire (PDEQ), qui a été apprécié par les participants. En effet, ils avaient besoin de mettre des mots sur leur ressenti et sur un vécu gardé secret. Les deux tiers des participants (24/35) se reconnaissent dans le fait d'avoir une conscience accrue et une compréhension du global aux détails. Plus d'un tiers des participants (13/35) ont l'impression parfois d'être débranchés de leur vie et d'avoir changé de peau, d'être suspendus entre le passé et le présent. Un quart des participants (9/35) avaient l'impression d'être sur le pilote automatique et d'avoir un masque, d'être acteur et spectateur à la fois et de ne pas avoir choisi la pièce qui se joue, d'être coupés de leur corps et de ne pas percevoir les choses justement, d'être neutres émotionnellement et d'avoir du mal à faire la part des choses entre l'acceptable et l'inacceptable au travail. Toutefois, ces formulations pouvaient décrire des réflexes de protection ou des stratégies volontaires des personnes en situation très stressante, comme le soulignaient les participants concernés.

Sur le terrain, les expériences de dissociation face à des situations stressantes ne sont pas observables. Toutefois, après la journée de travail, les deux cinquième des soignants (12/30) disent retrouver leur intégrité et « recoller les morceaux » au vestiaire. Les uns (5) prennent conscience de leur douleur ou remarquent des griffures et des morsures récentes (dissociation physique et émotionnelle), infligés par des patients non coopérants à leur manutention faute de temps pour les informer sur le déplacement demandé et s'assurer de leur compréhension et coopération. Les autres (4) pleurent ou

tremblent au souvenir de fausses dénonciations ou de harcèlement subi ce jour de la part de leurs collègues (dissociation émotionnelle et psychologique). Parmi eux, une préposée aux bénéficiaires a été accusée à tort de ne pas avoir donné le bain hebdomadaire à un patient et d'avoir oublié un autre patient au repas. Elle a assisté impuissante au sabotage de son travail de rangement à la lingerie et au renversement dit intentionnel de son chariot de collations dans le couloir, a été régulièrement insulté au sujet de son perfectionnisme au travail et de son obésité importante, s'est fait pousser violemment au fond du couloir puis écraser méthodiquement les orteils et cracher dessus. D'autres (3) enfin se montrent violentes envers elles-mêmes : une personne se frappe la tête sur le mur et deux autres donnent des coups de pied dans les chaises en repensant à des situations insupportables (dissociation émotionnelle et mentale). La première de ces personnes est une infirmière-auxiliaire, qui a dénoncé les abus sexuels entre patients non consentants et qui a été isolée par l'équipe, refusant d'aborder le sujet de la vie sexuelle des patients en Milieu de vie et les règles à établir. Depuis, elle subit quotidiennement le sabotage de son chariot de médicaments et les remontrances de son infirmière. La seconde est une préposée aux bénéficiaires, qui tentaient d'être acceptée par un clan en se conformant à ses règles tacites, et qui a vu ses efforts anéantis par une infirmière-auxiliaire la désignant pour répondre aux appels des patients à la sieste, l'isolant de ses collègues assises au poste des infirmières et restant sourdes aux appels. La dernière a été critiquée systématiquement par l'équipe et s'est vue refuser de l'aide pour relever un patient qui avait chuté, quitte à se blesser au dos.

En auto-confrontation finale, les deux tiers des participants (20/30) reconnaissent vivre des expériences dissociatives, par réflexe de protection contre le stress chronique (4) ou comme stratégies volontaires face au stress intense (16), pour durer dans le métier. Ces expériences dissociatives face à des situations stressantes sont reconnues efficaces, à long terme par treize personnes qui ont tendance à la transcendance ou à la spiritualité et à court terme par six personnes qui semblent vivre du présentisme au travail, potentiellement à risque pour leur santé mentale.

5.2 Les stratégies dissociatives collectives des soignants face à la souffrance

Les stratégies dissociatives collectives reposent sur des règles légales ou tacites d'exclusion de soignants, pour tenter de remédier à la souffrance collective au travail.

En entretien collectif, les participants réfléchissent ensemble sur les stratégies dissociatives possibles envers les collègues dits « pommes pourries » : « Faut-il couper l'arbre ou les branches contaminées? », « secouer l'arbre pour en faire tomber les fruits véreux? », voire « isoler ou exclure systématiquement les fruits pourris? ». Les participants donnent l'exemple de collègues auxquels l'employeur a : « imposé des séances de psychothérapie », « forcé des démissions », réalisé « des licenciements laborieux », incité à des mises à la retraite précoce. Ces règles d'exclusion encadrées par les lois sur le travail et par les conventions collectives signées entre l'employeur et les représentants syndicaux sont critiquées ou appréciées par les participants, selon leur vécu de la souffrance au travail.

Sur le terrain, des stratégies dissociatives et collectives ont été observées et commentées d'emblée par les deux cinquièmes des participants (12/30), qui répondent à des règles tacites d'exclusion, variables selon les équipes de travail et les clans existants. Par exemple, il est demandé d'ignorer et (1) d'éviter une infirmière-auxiliaire ou une infirmière venant d'ailleurs dont la place ou l'autorité est contestée ; (2) de se méfier des responsables syndicaux qui participent à des comités pilotés par les cadres de direction ; (3) de ménager « par devant », tout en dénonçant « par derrière », les cadres intermédiaires ayant un mode de gestion du personnel inapproprié (déterminants psychosociaux et organisationnel de souffrance). En fait, les stratégies dissociatives collectives entretiennent des guerres de clans et des conflits entre équipes en terme de violence (manifestation de souffrance), qui soutient les refus de collaboration ou d'entraide et amène à l'isolement des personnes visées (déterminants psychosociaux de souffrance). En amont, c'est la surcharge de travail et la restriction sur le linge (déterminants organisationnels de souffrance) qui sont visées par les participants pour expliquer certains conflits entre équipes. Par conséquent, des stratégies collectives sont adoptées, bien que jugées infantiles : cacher régulièrement des débarbouillettes afin de ne pas en manquer, laisser parfois des patients « avec des couches sales » au changement d'équipe.

Sur le terrain, les observations ont mis également en évidence des stratégies dissociatives collectives entre le personnel régulier de CHSLD et celui des Agences de placement, qui travaille autrement et dans des conditions dites meilleures (déterminants

organisationnels de souffrance). Ces deux groupes ont tendance à ne pas s'adresser la parole, à s'ignorer ou à communiquer seulement les informations nécessaires au travail. De plus, le personnel régulier a souvent l'habitude de garder le surplus de travail pour les remplaçants, ainsi que les patients les plus difficiles ou les tâches les plus ingrates.

Par conséquent, les stratégies dissociatives collectives semblent efficaces pour soulager la souffrance immédiate dans les groupes (équipes, clans, personnel régulier), tout en créant de la souffrance chez les autres (équipes, clans, personnel des Agences de remplacement). Toutefois, elles semblent entretenir la violence (manifestation et déterminant psychosocial de souffrance) à long terme.

Les principales stratégies dissociatives (individuelles et collectives) développées par les soignants sont présentées et reliées par les participants aux déterminants et aux éléments de leur souffrance au travail (voir Tableau 15).

Tableau 15
Stratégies dissociatives développées face aux éléments et aux déterminants de la souffrance au travail (Q = questionnaire)

Stratégies individuelles	←	Facteurs déterminants de la souffrance au travail *	Éléments au cœur de la souffrance
Absentéisme	- Par besoin de fuir (8/30)	- Car perte de son intégrité (P), manque de personnel (O) et de changements positifs	Fatigue, épuisement
Présentéisme	- Par besoin de se protéger : ne pas forcer, déléguer, laisser aller (7/35) laisser faire, ignorer, s'isoler, se taire (7/30)	- Car limite du supportable dépassé (P)	Douleur, fatigue, détresse, dépression épuisement
« Se montrer en colère » ou « Se mettre en colère »	- Par besoin de s'affirmer dans un rôle d'autorité - Par besoin de se protéger	- Car redistribution des tâches (O) et existence de clans (PS) (14/35) - Car perte qualité face à quantité de travail et changements imposés (O), perfectionnisme des collègues (PS), banalisation de la violence (P) (12/30)	⇒ Colère Stress, violence
Renoncer à ses propres valeurs	Par besoin de durer au travail - ↓ respect/intégrité/autonomie appliquées au Milieu de vie et au concept d' <i>Humanité</i> (9/35) - ↓ qualité relationnelle ou technique du travail (11/35) - ↓ intégrité de la santé des soignants	- Car surcharge de travail (O) et éthique non respectée (P) - Car surcharge de travail et ↓ du temps relationnel et chasse au temps perdu (O), conflits collectifs (PS) - Car surcharge de travail (O), perfectionnisme de collègues (PS), empathie envers des patients (P) et prescription de technique de manutention de patients (O)	⇒ Colère et détresse ⇒ Tristesse et dépression Douleur, stress et fatigue ⇒ Détresse
Vivre des expériences dissociatives ***	Par besoin de protection - Expériences dissociatives (Q 24/35) et tendance à la transcendance (Q 12/35) (10/30)	- Car stress post-traumatique (P)	Stress (16/30)
Stratégie collective	←	Facteurs déterminants de la souffrance au travail	Éléments au cœur de la souffrance
Suivre des règles légales ou tacites d'exclusion	- Ne pas communiquer et informer sur le travail - Refuser collaboration et entraide entre les groupes - Laisser le surplus, le difficile et l'ingrat aux autres groupes - Isoler les hors groupes	(12/30) - Car mode de gestion du personnel inapproprié (O), redistribution des rôles (O), isolement des personnes venus d'ailleurs ou des Agences de placement (PS), conflits non gérés et violence subie (PS) - Car surcharge de travail et ↓ linge (O)	Violence ⇒ Violence

• P = personnel, O = organisationnel, PS = psychosocial

5.3 Les stratégies associatives des soignants face à la souffrance au travail

Les stratégies associatives, développées face à la souffrance au travail, consistent à avoir recours au soutien et à la reconnaissance informelle, d'appliquer le contenu des formations suivies, de se rassembler en clans et de se mettre sous la protection de clans, d'anticiper la tâche et la relation aux autres. Le système de clans, qui a déjà été vu en tant que déterminant psychosocial de la souffrance au travail, s'avère être aussi une stratégie associative face à cette souffrance.

5.3.1 Avoir recours au soutien et à la reconnaissance informelle.

La tendance à la coopération dans la vie était l'un des thèmes abordé par le questionnaire sur le caractère et le tempérament (TCI). Elle concernait les trois quarts des participants qui se sentaient confiants pour agir ensemble et capables de s'adapter socialement. Dans le regroupement des questionnaires (Bourbonnais et al., 2005), le soutien psychosocial était une stratégie censée compenser le manque de latitude décisionnelle et les fortes exigences du travail (déterminants organisationnels de souffrance) et la reconnaissance était une stratégie répondant à un besoin fondamental de récompenses selon les efforts fournis. Face au stress au travail (manifestation de souffrance), le soutien psychosocial au travail était vécu par les deux tiers des participants (23/35) et la reconnaissance au travail par un tiers des participants (12/35).

Au cours de l'entretien individuel, les participants expliquaient avoir recours au soutien (15/35) et à la reconnaissance (11/35), en tant que stratégie associative ou

collective informelle nécessaire au quotidien pour soutenir l'esprit d'équipe, malgré la souffrance au travail. En entretien collectif, les participants s'accordaient pour souligner l'efficacité de cette reconnaissance informelle, qui vise à contrer les déterminants de leur souffrance au travail contrairement à la reconnaissance formelle initiée par l'employeur (gala de reconnaissance, concours et prix, anniversaires).

Sur le terrain, le soutien et la reconnaissance ont été des stratégies observées chez la moitié des participants (14/30) et jugées insuffisantes pour répondre aux besoins : gestes d'entraide, sourires et mercis, main dans le dos, quelques mots d'encouragements ou de félicitations. Par contre, un programme de reconnaissance a organisé un concours interne cherchant à cibler les soignants à mettre à l'honneur formellement. Le jour du terrain, ces personnes ayant reçu un prix officiel étaient visiblement satisfaites et celles n'ayant pas été remarquées par leur qualité d'être et de faire, parfois jalouses. L'ambiance de travail les jours suivant la remise des prix soulignait le plaisir des uns et la souffrance des autres. Les uns et les autres préfèrent pourtant la reconnaissance informelle au quotidien que la reconnaissance formelle épisodique, comme le travail d'équipe formel plutôt que l'entraide informelle dans les clans. Ils insistent sur l'importance des moments de pause, espace de discussion libre renforçant le soutien et la reconnaissance informels.

Par conséquent, le soutien et la reconnaissance informels s'avèrent être une stratégie associative collective jugée efficace à long terme par la moitié des soignants, bien qu'insuffisante face aux déterminants de leur souffrance au travail.

5.3.2 Appliquer le contenu des formations suivies. En entretien individuel, un tiers des participants (13/35) mentionnent l'application du contenu des formations, comme stratégies collectives face à la souffrance au travail. En effet, la formation en techniques de communication a permis aux infirmières (4), en position de pouvoir formel, d'apprendre à dire à leurs subordonnés « les changements imposés par la direction », bien que déterminants organisationnels de la souffrance. Il s'agit de prendre le temps de distiller « des informations claires et précises, un peu chaque jour », d'employer un ton « égal et calme » et de ne « pas prendre leurs réactions comme personnelles ». De plus, la formation Oméga, qui favorise le développement d'habiletés et de modes d'intervention face à l'agressivité des patients (déterminant professionnel de souffrance), est utilisée comme stratégie par des préposés aux bénéficiaires (9). Son application est jugée importante, mais insuffisante pour éviter la violence des patients aux prises avec des troubles psychiatriques.

En entretien collectif, les participants échangent aussi sur la formation en gestion de conflits, reconnue utile pour « désamorcer les choses entre les collègues avant qu'elles ne s'enveniment » (déterminant psychosocial de souffrance). Ils s'accordent sur l'utilité des « conciliateurs externes pour gérer les conflits à l'interne » et « régler les choses une

fois pour toutes ». Quelques expériences de conciliation sont relatées, mais jugées trop peu nombreuses par les soignants.

Sur le terrain, la stratégie collective qui consiste à appliquer le contenu de formations sur la gestion de conflits a été observée chez un quart des participants (7/30). L'utilisation des techniques de communication a été repérée par deux fois : une infirmière-auxiliaire reste imperturbable devant la réaction de violence de subordonnées, suite à l'annonce de l'obligation des heures supplémentaires (déterminant organisationnel de souffrance) ; une infirmière favorise le dialogue entre deux infirmières-auxiliaires qui s'accusent mutuellement d'insuffisance (déterminant psychosocial de souffrance). De même, la technique de gestion de conflit a été observable par deux fois, appliquée à une infirmière, qui harcelait sans cesse une jeune préposée et à une équipe vivant périodiquement des relations conflictuelles (déterminants psychosociaux de souffrance). Parmi les onze personnes impliquées dans ces deux situations, trois d'entre elles étaient des participants. Enfin, la technique Oméga de gestion de l'agressivité des patients (déterminant professionnel de souffrance) a été appliquée régulièrement sur le terrain, par les quatre participants ayant suivi avec intérêt cette formation.

Par conséquent, l'application du contenu des formations semble être une stratégie collective efficace à long terme par les soignants, bien qu'insuffisante face aux déterminants de leur souffrance au travail.

5.3.3 Se rassembler en clans et se mettre sous la protection de clans. En entretien individuel, les trois cinquièmes des participants (21/35) expliquent qu'ils ont choisi de « se tenir avec des collègues qui leur ressemblent » (plaisirs partagés) ou de se placer dans l'ombre de « collègues qui peuvent les protéger des autres » (souffrances évitées). En effet, les clans s'organisent spontanément dans les CHSLD en région, autour d'une personne ayant une autorité naturelle et étant capable de défendre les personnes qui la suivent dans sa façon d'être et de faire au travail face aux autres (employeur, collègues, patients). Néanmoins, la stratégie partagée collectivement face à la souffrance au travail qui consiste à se mettre sous la protection d'un clan ne garantit pas l'absence de souffrance à l'intérieur du clan (déterminants personnels de souffrance) et est même souvent à l'origine de souffrance à l'extérieur du clan (déterminants psychosociaux de souffrance).

En entretien collectif, la formation de clans et le fait de se mettre sous la protection de clans sont dits deux stratégies associatives complémentaires développées par les soignants en souffrance au travail. Il s'agit de répondre au besoin d'établir un contre-pouvoir face aux autres et de se protéger des méfaits de l'organisation du travail et de l'environnement du travail. Il est précisé que ce sont « les plus anciennes » ou les plus âgées, les « tempéraments forts » ou les « fortes en gueule », qui jouent habituellement ce rôle de « matrones » protégeant les siens, au risque d'imposer leur façon d'être et de faire aux autres (déterminants psychosociaux de souffrance).

Sur le terrain, un quart des participants (8/30) présentent brièvement leur groupe et reconnaissent bénéficier de la protection du clan, dit modulateur de leur souffrance au travail. « Il faut s'unir pour réagir ... ne pas se faire avaler tout cru », « dans un milieu tricoté serré, on sait se serrer les coudes ». Parmi les observations réalisées sur le terrain, cinq situations ont mis en évidence des stratégies collectives développées face à la souffrance au travail par le système de clans (déterminant psychosocial de souffrance). Par exemple, une nouvelle embauchée orientée par une ancienne préposée aux bénéficiaires (chef de clan) se fait dire « ne va pas trop vite » et lui répond « sinon, tu vas être obligée de faire aussi vite que moi », soulignant une résistance collective face à la surcharge de travail et au manque de personnel (déterminants organisationnels de souffrance). Un autre exemple sur les personnes d'un même clan, qui s'accordent avec leur chef pour refuser systématiquement les heures supplémentaires obligatoires et le partage d'un horaire dit orphelin (remplacement non comblé). Il s'agit pour elles de saboter une tâche supplémentaire qui risquerait d'être permanente (linge, cuisine) (déterminants organisationnels de souffrance).

Par conséquent, se rassembler en clans et se mettre sous la protection de clans s'avèrent être une stratégie associative plus ou moins efficace à court terme à l'interne et déterminants psychosociaux de souffrance à l'externe.

5.3.4 Anticiper la tâche et les relations aux autres. En entretien individuel, la moitié des participants se sentent concernés par le stress d'anticipation (18/35), dont sept

personnes ont vécu des antécédents de stress post-traumatique (déterminant personnel de souffrance). Ce stress d'anticipation qui précède la reprise d'un cycle de travail favorise l'anticipation de la tâche par des stratégies collectives informelles : se téléphoner ou se rassembler au café pour parler du travail et se transmettre les informations précises ou se donner des conseils utiles ; aller voir sa collègue chez elle pour prendre connaissance de ce qui s'est passé réellement en son absence. Ces stratégies collectives d'anticipation de la tâche et des relations aux autres sont reconnues efficaces par les soignants, pour abaisser leur niveau de stress au travail. En effet, l'évaluation subjective du stress d'anticipation la veille de la reprise d'un cycle de travail était plus élevée que celle de stress au travail le jour de l'observation sur le terrain, sauf pour les soignants ayant des antécédents de stress post-traumatique.

Sur le terrain, un tiers des participants (10/30) vivent du stress d'anticipation sans antécédent de stress post-traumatique. Ils disent que leur stress d'anticipation est capable « d'absorber une partie du stress du travail » et même de « s'effacer une fois sur le lieu du travail » au bénéfice du stress au travail. En auto-confrontation finale, ils précisent que ce stress d'anticipation est alimenté par leur anxiété (manifestation de souffrance).

Par conséquent, anticiper la tâche et les relations aux autres s'avèrent être une stratégie informelle partagée collectivement et efficace à long terme, en l'absence d'antécédent de stress post-traumatique et d'une tendance excessive à l'anxiété.

Tableau 16

Stratégies associatives et collectives face aux éléments et aux déterminants de la souffrance des soignants au travail (Q= questionnaire)

Stratégies associatives et collectives	←	Facteurs déterminants de la souffrance au travail	Éléments manifestés
Avoir recours au soutien et à la reconnaissance	- Soutien (15/35) et reconnaissance (11/35) informelle ≥ formelle	- Car manque de soutien psychosocial (PS), besoin de reconnaissance (P) (14/30)	Stress
Appliquer le contenu de formations	- En techniques de communication, en gestion de l'agressivité des soignants (Oméga) ou de conflits entre soignants (13/35) - Avoir des conciliateurs externes et désamorcer les conflits rapidement	- Car manque d'autorité naturelle (P) et communication insuffisante (O), conflits non gérés et harcèlement (PS), heures supplémentaires obligatoires (O) (7/30) - Car agressivité des patients (Pr)	Violence
Se rassembler en clans et se mettre sous la protection de clans **	- Par besoin de contre-pouvoir (position de chef) et de protection (membres) (21/35) - Pour résister aux changements vécus comme négatifs et aux obligations	- Car système de clans : subir une façon d'être et de faire imposer à l'interne et subir de la violence issue des clans à l'externe (PS) - Car surcharge de travail et manque de personnel (O), horaires supplémentaires ou orphelins (O), ajout de tâches (O), surinvestissement au travail (P) (8/30)	Violence Violence
Anticiper la tâche et les relations aux autres	- Stress d'anticipation (18/35) - Par besoin de connaître ce qui s'est passé en son absence	- Parfois antécédents de stress post-traumatique (P) (7/35)	Stress Anxiété

* P = personnel, O = organisationnel, PS = psychosocial, Pr = professionnel

Le Tableau 16 présente les principaux résultats sur les stratégies associatives et collectives, développées par les soignants face à leur souffrance au travail. Il souligne le lien établi par les participants entre ces stratégies, les déterminants et les éléments de leur souffrance au travail.

5.4 Les stratégies mixtes des soignants face aux situations stressantes, à risque de souffrance au travail

Le questionnaire sur la gestion des situations stressantes (WC-R) a été particulièrement apprécié par les participants, qui se reconnaissaient dans les stratégies décrites : centrées sur le problème, le soutien et les émotions. Ils précisaient que ces stratégies pouvaient coexister pour gérer une situation à plusieurs personnes ou chez une même personne vivant plusieurs situations stressantes.

Les stratégies centrées sur le problème (20 à 40, moyenne 32/40), décrivant un comportement de lutte individuelle et s'appuyant sur l'intellect, sont utilisées par presque tous les participants (32/35). Six d'entre eux (coté 36 à 40) ont tendance à « mettre de côté » leurs émotions, pour résoudre le problème uniquement par leurs connaissances et leur raisonnement (dissociation émotionnelle individuelle). Les stratégies centrées sur le soutien (19 à 31, moyenne 26/32), décrivant un comportement de lutte collective et s'appuyant sur l'entraide, sont également utilisées par presque tous les participants (34/35). Parmi eux, neuf personnes (coté 29 à 31) ont tendance à compter exclusivement sur les autres pour gérer les situations stressantes au travail, avec

un risque de dépendance excessive (association émotionnelle collective). Les stratégies centrées sur le problème et sur le soutien, au score moyen similaire, étaient donc utilisées par presque tous les participants. Par contre, les stratégies centrées sur les émotions (11 à 33, moyenne 21/36), décrivant un comportement d'immobilisme (sidération), sont ciblées par la moitié des participants (17/35). Parmi eux, cinq personnes sont plus spécifiquement centrées sur leurs émotions et une personne l'est extrêmement. Cette dernière se sent « paniquée » et même « débordée » par ses émotions qui la « paralysent » et l'empêchent d'agir (association émotionnelle individuelle).

Sur le terrain, les participants (14/30) signalent leurs stratégies de gestion des situations très stressantes centrées sur les émotions, à risque de stress post-traumatique (déterminant personnel de souffrance). En auto-confrontation finale, trois d'entre eux certifient avoir besoin de formation en gestion de stress émotionnel (manifestation de souffrance).

Par conséquent, les stratégies développées par les soignants face aux situations très stressantes, centrées à la fois sur le problème et sur le soutien, sont reconnues efficaces à long terme par les participants.

5.5 Les stratégies personnelles des soignants face aux éléments de leur souffrance

Les stratégies personnelles des soignants face aux éléments de leur souffrance au travail tentent de maintenir l'intégrité physique et psychologique en santé. Il s'agit de se soigner et d'appliquer le PDSB et des principes de précaution pour soulager ou prévenir la douleur chronique et l'anxiété, de pratiquer des activités sportives ou créatives en réponse à la tendance à la violence et au stress, de contrôler ou de laisser aller son mental pour gérer le stress et la violence, de préserver son sommeil et son alimentation en prévention de la fatigue et de l'épuisement professionnel.

5.5.1 Se soigner et appliquer des principes de précaution. En entretien individuel, la moitié des participants (15/35) affirment prendre régulièrement des médicaments sur ordonnance, myorelaxants et anxiolytiques, en palliatif de leur douleur et de leur anxiété (manifestations de souffrance). Un tiers des participants (13/35) reconnaissent aussi avoir recours ponctuellement à un chiropraticien ou un ostéopathe, à des massothérapeutes ou à des physiothérapeutes, face à leur douleur chronique. Ils avancent que ces techniques paramédicales soulagent généralement mieux leur douleur musculo-squelettique, que le fait de maigrir ou de faire du sport, selon leurs expériences personnelles. Plus précisément, un quart des participants (9/35) ciblent les techniques de relaxation et les massages de détente, comme stratégies les plus efficaces face à la douleur chronique au travail.

Sur le terrain, les stratégies préventives de la douleur chronique décrites par les deux tiers des préposés aux bénéficiaires s'appuient sur l'application de la technique du PDSB en manutention de patients, avec les équipements mis à leur disposition (lit électrique, lève-personne sur rail, fauteuil roulant), dans l'environnement physique (espace, aménagement) et psychosocial de l'activité de travail (entraide). En fait, l'observation de la manutention de patients met aussi en évidence des principes de précaution pour la manutention de patients ou de chariots de médicaments, décrits par un quart des participants (8/30) : réaliser la tâche sans précipitation, choisir ses postures et adapter ses mouvements, partager ou éviter l'effort, diminuer la fréquence des manutentions. Ils expliquent pouvoir ainsi contrôler l'apparition, l'aggravation ou les récurrences possibles de leur douleur au travail (manifestation de souffrance).

Par conséquent, utiliser le PDSB et des stratégies de précaution en manutention de patients ou de chariots de médicaments (anticipation, conseils de postures et de mouvements, d'effort et de fréquence) semblent aux participants plus efficaces en prévention à long terme face à leur douleur chronique, que de prendre des médicaments.

5.5.2 Pratiquer des activités sportives ou créatives. En entretien individuel, la pratique d'activités sportives et d'expressions créatives sont des stratégies dites préventives de la violence et du stress (manifestations de la souffrance) par un tiers des participants (12/35) qui vivent habituellement de la nervosité ou de la colère au travail. Les activités personnelles les plus citées par les participants sont la peinture et la musique, la réalisation de tricots ou d'objets en bois, la décoration de pâtisserie ou

d'ongles, le jardinage, le ski ou le vélo. En termes d'efficacité face au stress, un quart des participants (8/35) ciblent des activités sportives (aqua-forme, badminton), artistiques (musique, chant, danse) et culturelles (lecture, cinéma). Néanmoins, ils signalent le risque de se blesser au cours d'activités sportives et d'ajouter alors de la douleur à leur souffrance vécue au travail.

Sur le terrain, les deux cinquièmes des participants (12/30) disent que leurs pratiques hebdomadaires d'activités sportives et artistiques sont des stratégies personnelles face à leur violence et à leur stress (manifestations de souffrance). En fait, les uns (4) ont été observés lors de démonstrations spontanées et dites habituelles d'haltérophilie dans les chambres de patients, de boxe ou de karaté dans le couloir, stratégies jugées efficaces en prévention de la violence (manifestation et déterminant de la souffrance). À la pause repas, les autres (8) sont retournés chez eux en vélo ou sont allés courir en écoutant de la musique ou s'entraîner dans une salle de conditionnement physique, suivre une séance de yoga ou d'apprentissage du violon, voire lire dans la salle de repos. En auto-confrontation finale sur le terrain, toutes ces stratégies personnelles sont dites efficaces à court et à long terme, face à la violence et au stress (déterminants de la souffrance).

5.5.3 Contrôler ou laisser aller son mental. En entretien individuel, un tiers des participants (12/35) utilisent des stratégies mentales palliatives face à leur violence et à leur stress (manifestations de souffrance). Les uns (7) tentent de gérer leur mental en se

parlant à eux-mêmes pour se contrôler et en respirant par le nez pour se calmer. Les autres (5) laissent aller leur mental en fumant plusieurs cigarettes au moment des pauses, pour « consumer la violence » et chasser le stress, disent-ils. Ces stratégies personnelles mentales ont été observées sur le terrain et confirmées par le tiers des participants (10/30).

Sur le terrain, deux stratégies mentales préventives face au stress sont décrites par un quart des participants (7/30), à risque de baisse de vigilance et de concentration. La première consiste à éviter le contact avec le stress au travail (manifestation de souffrance) en détournant leur mental : penser au menu de la semaine et faire la liste d'épicerie, se remémorer les dernières vacances ou élaborer la prochaine fin de semaine. La seconde s'appuie sur la tendance à éviter le ressenti de stress au travail (manifestation de souffrance), en fabulant : « s'inventer des histoires dans la tête », « se bercer d'illusions » au sujet de l'avenir proche. Ces deux stratégies personnelles face au stress peuvent être utilisées par les mêmes personnes, à des moments différents. Elles semblent s'apparenter à une dissociation mentale et émotionnelle volontaire, avec des conséquences individuelles et collectives parfois ignorées : « cela ne fait de mal à personne », contrairement à l'humour grinçant utilisé par d'autres (6/30) disent-elles. En auto-confrontation finale sur le terrain, les participants détournant leur mental ou fabulant soutiennent que ces stratégies face au stress leurs sont nécessaires pour durer au travail et reconnaissent qu'elles sont à risque de blessures (soi et les autres) de par la perte de la qualité de présence.

Sur le terrain, deux autres stratégies mentales palliatives du stress au travail (manifestation de souffrance) sont communément utilisées par plus de la moitié des participants (18/30) et ont été observées facilement. Les infirmières et infirmières-auxiliaires (12) font des listes de choses pour ne rien oublier et gérer leur stress. Les préposés aux bénéficiaires (6) tentent de remédier aux irritants, qui alimentent leur stress et leur colère : « ça me fâche, tout ce linge fourré dans des sacs ... dès que j'ai un moment, je plie les serviettes et les débarbouillettes », et « ça m'énerve, toutes ces télévisions et ces lumières allumées dans les chambres vides au moment des repas ... j'éteins tout ça et je ferme les portes ». Ces stratégies mentales sont reconnues par les soignants être toujours efficaces à court terme et sans conséquence fâcheuse.

5.5.4 Préserver son sommeil et son alimentation. En entretien individuel, plus de la moitié des participants (19/35) sont affectés par des troubles du sommeil (déterminant personnel de souffrance), au point de prendre des médicaments pour dormir (stratégie palliative). Par contre, les stratégies préventives de la fatigue qui consistent à se coucher tôt ou à se lever tard, en fonction des horaires de travail, sont généralement peu choisies (9/35). Quant à ceux qui ont des horaires irréguliers ou de nuit, ils disent accumuler de la fatigue jusqu'à l'épuisement professionnel (manifestations de souffrance), quelques soient leurs stratégies personnelles pour protéger leur temps de repos. Sur le terrain, la principale stratégie palliative face à la fatigue citée par les deux tiers des participants (21/30) consiste à prendre si possible toutes les pauses (17), voire à les allonger (8). Mais le fait de prendre des pauses de qualité plus ou moins longues concerne les deux

cinquièmes des participants (12), en tant que stratégie personnelle face à leur fatigue. Les autres (9) reconnaissent diminuer la qualité de leur pause en se disputant au téléphone ou avec des collègues, en révisant des cours ou en effectuant des tâches syndicales, quitte à entretenir leur fatigue et leur stress (manifestations de souffrance).

En entretien individuel, les conduites alimentaires ne sont pas vues par les participants comme importantes dans la lutte contre la fatigue, en fonction de la quantité/qualité de nourriture nécessaire au travail. Sur le terrain, un soignant sur cinq se prive de repas par habitude ou pour avoir le temps de donner un bain supplémentaire à un patient, acte rémunéré au noir par la famille et augmentant illégalement les revenus des soignants. Un soignant sur six mange « sur le pouce », pour amener un enfant à son entraînement de hockey ou pour rentrer préparer le souper à la famille, pour faire de l'activité physique ou pour s'occuper d'une personne handicapée à l'extérieur. En fait, des stratégies alimentaires palliatives face à la fatigue ont été observées chez plus d'un tiers des participants (11/30) : dormir en salle de repos au lieu de manger (2), se suffire de café au lait (4), ne manger que des « grignotines » ou du chocolat (5). Ces stratégies alimentaires sont dites utiles à court terme et reconnues dangereuses pour la santé à long terme.

Par conséquent, les stratégies personnelles évaluées efficaces à long terme par les participants consistent à appliquer le PDSB et des principes de précaution, à faire des listes de choses et à remédier aux irritants, à se coucher tôt ou à se lever tard, à prendre des pauses de qualité. (voir Tableau 17)

Tableau 17

Stratégies personnelles face aux éléments de la souffrance des soignants

Stratégies personnelles	←	Éléments manifestés
Se soigner + appliquer PDSB et des règles de précaution	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre des médicaments myorelaxant et anxiolytique (15/35) et autres techniques paramédicales (13/35) : surtout massage et relaxation (9/35) - Aller doucement, choisir posture, adapter mouvements, diminuer fréquence de manutention (8/30) 	Douleur /anxiété Douleur
Pratiquer des activités sportives ou créatives	<ul style="list-style-type: none"> - Musique, chant, danse - aqua-forme, badminton - lecture, cinéma (8/35) - Sport, musique ou lecture à la pause, démonstrations de sport dans le couloir (12/30) 	Violence / stress Douleur
Utiliser son mental	<ul style="list-style-type: none"> - Se parler et contrôler sa respiration sur le terrain + se laisser aller à fumer aux pauses (12/35) (10/30) - Détourner le mental ou fabuler (7/35) - Faire des listes de choses à faire (12/30) et remédier aux irritants (6/30) 	Stress Violence
Préserver son sommeil et son alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre des médicaments (19/35), se coucher tôt ou se lever tard (9/35), prendre des pauses de qualité (12/30) - Dormir à la pause, prendre café ou chocolat (11/30) 	Fatigue Épuisement Stress

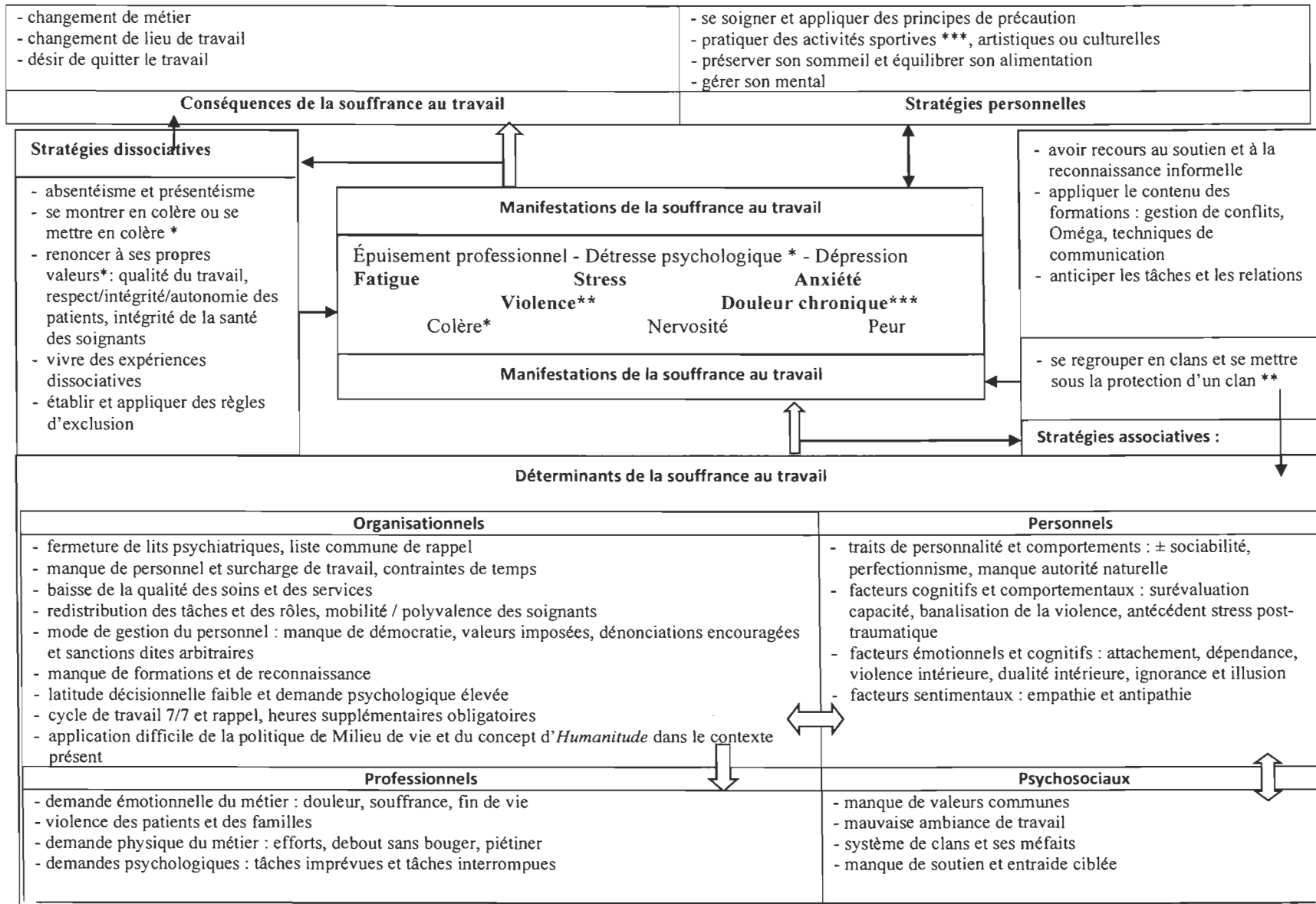
Le Tableau 17 présente les principaux résultats sur les stratégies personnelles développées par les soignants face aux éléments de leur souffrance au travail.

Le troisième objectif de cette étude a été atteint en décrivant les diverses stratégies développées par les soignants face à leur souffrance au travail (déterminants et manifestations), résumés dans les Tableaux 15 à 17. Ces stratégies ont été évaluées par les participants en terme d'efficacité selon leur vécu au travail. Elles sont reconnues efficaces à long terme sur leur souffrance au travail, à certaines conditions. La première condition est de développer des stratégies associatives, qui ne portent pas préjudice aux autres : avoir recours au soutien et à la reconnaissance informelle, appliquer le contenu des formations, anticiper la tâche et les relations aux autres. La seconde condition est de combiner des stratégies dites associative et dissociative, c'est-à-dire de gérer les situations stressantes en étant centrés sur le problème et sur le soutien à la fois. La dernière condition est de développer des stratégies personnelles au travail (appliquer le PDSB et des principes de précaution) et dans la vie quotidienne (pratiquer des activités sportives ou créatives, préserver son sommeil en se couchant tôt ou en se levant tard, avoir une alimentation saine et équilibrée).

Le Tableau 18 présente une synthèse des principaux résultats de cette étude sur la souffrance des soignants et les interactions entre les éléments par lesquels la souffrance se manifeste, les déterminants de cette souffrance et les stratégies développées par les soignants face à cette souffrance.

Tableau 18

Synthèse des principaux résultats de la souffrance des soignants : manifestations, déterminants et stratégies



6 L'amélioration du modèle initial de la souffrance des soignants guide les CHSLD vers des pistes de solutions (objectif général)

Les résultats de cette étude proposent une amélioration du modèle contextuel initial de la souffrance au travail (voir Figure 4), pour répondre à l'objectif général qui est de favoriser le *rester au travail en santé* des soignants. Plusieurs lectures de ce modèle élaboré guident les milieux de travail concernés vers des pistes de solutions.

6.1 Évolution du modèle initial vers un modèle amélioré de la souffrance au travail

Le modèle amélioré de la souffrance au travail (voir Figure 11) suit le processus décrit initialement (déterminants, manifestations, stratégies), intègre des éléments nouveaux (anxiété situationnelle, épuisement professionnel, détresse psychologique, dépression) et introduit les conséquences de la souffrance des soignants. Il ignore les déterminants professionnels de la souffrance au travail, dits inhérent au métier, à la demande des soignants. Par contre, il situe les stratégies associatives en prévention des manifestations de la souffrance au travail et les stratégies dissociatives avant les conséquences de la souffrance au travail. Des stratégies personnelles (individuelles), peuvent aussi intervenir à chaque niveau du processus de la souffrance au travail.

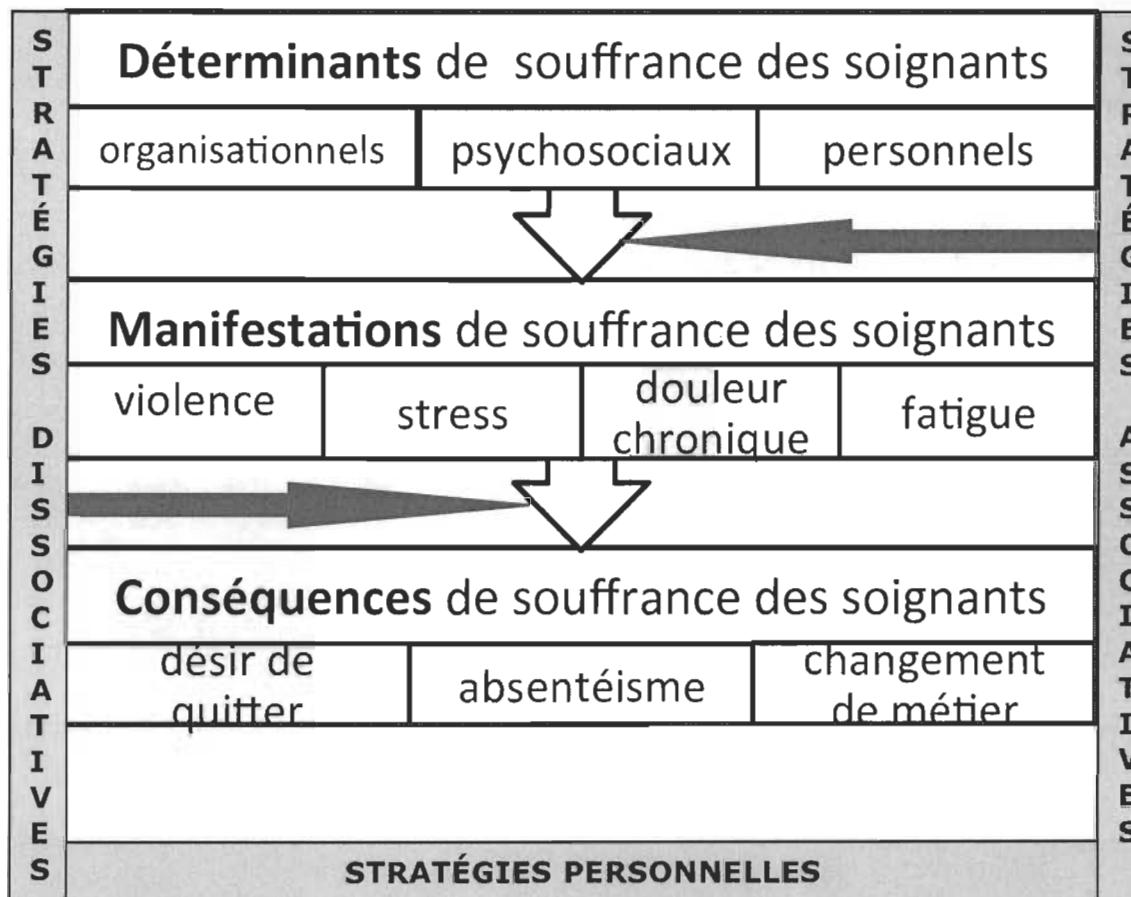


Figure 11. Modèle amélioré du processus de la souffrance des soignants de CHSLD

En fait, les résultats de cette étude doctorale (voir Tableau 18) ont permis de confirmer l'étude préliminaire au sujet de : (1) la présence des éléments violence et fatigue dans la souffrance au travail et de l'existence du stress d'anticipation la veille de la reprise d'un cycle de travail, (2) l'importance des déterminants organisationnels de la souffrance au travail que sont le manque de personnel (surcharge de travail et baisse de qualité) et les exigences de la manutention (patients, chariots). Les résultats ont contribué à approfondir d'autres déterminants de la souffrance des soignants, tels que : (3) le mode

de gestion du personnel (autocratique), le cycle de travail 7/7, la qualité du travail des collègues (perfectionnisme, laxisme) et la difficile conciliation travail/famille/vie personnelle, (4) la banalisation de la violence dans le milieu et la mauvaise ambiance de travail (culture de dénonciation, système de clans, manque d'entraide), le type de la relation des soignants avec les patients (empathie), (5) l'attachement aux patients et la dépendance aux collègues. Les résultats ont amené une meilleure compréhension : (6) des stratégies que sont le présentéisme et les expériences dissociatives développées face à la souffrance. Ils ont mis aussi en évidence : (7) l'importance de l'épuisement professionnel et la place de la dépression dans les éléments constitutifs de la souffrance au travail, (8) des déterminants de la souffrance au travail qui émergent tels que la redistribution des tâches et des rôles, les conflits de valeurs entre l'employeur et les soignants, l'abandon de l'*Humanitude* là où ce concept était appliqué.

Globalement, la violence se retrouve à chaque niveau du modèle élaboré à partir des résultats de cette étude. Elle est la première manifestation de la souffrance des soignants au travail (violence exprimée et imprimée). Elle semble un déterminant important de la souffrance des soignants, qui subissent la violence des autres (collègues, inférieurs, supérieurs, famille des patients). Elle apparaît aussi dans les stratégies face à la souffrance (colère simulée) et se retrouve dans plusieurs solutions proposées par les participants et les partenaires à la lecture du modèle proposé (voir Tableau 18, Figure 11).

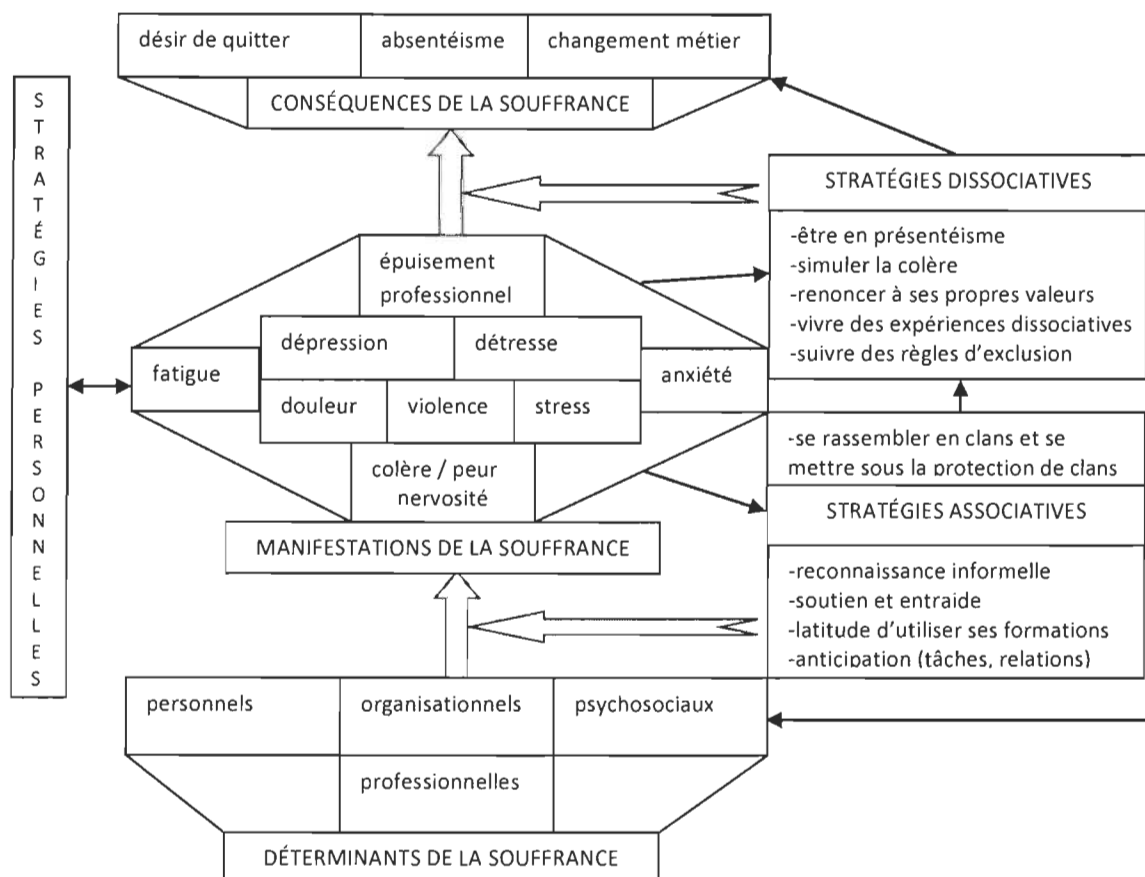


Figure 12. Modèle contextuel du phénomène de la souffrance au travail des soignants en CHSLD.

6.2 Lectures du modèle contextuel de la souffrance par les participants

À partir des résultats généraux (voir Tableau 18) de cette étude et du modèle amélioré du processus de la souffrance des soignants (voir Figure 11), un modèle contextuel de la souffrance des soignants au travail (voir Figure 12) est présenté aux partenaires et aux participants, vers des pistes de solutions durables.

La première lecture de ce modèle est centrée sur les éléments violence et stress, au cœur de la souffrance au travail, qui se manifestent chez les deux tiers des participants (22/35). Il semble donc intéressant d'agir sur les déterminants de la colère et de la nervosité qui initient la violence et le stress (voir Figures 8 et 9). Il s'agirait d'intervenir contre la mauvaise ambiance de travail et la banalisation de la violence (déterminants psychosociaux) et de satisfaire au besoin de formations supplémentaires (déterminants organisationnels) (voir Tableaux 11 et 12). De plus, repérer et corriger les tendances à exclure ou à s'isoler (stratégies dissociatives), favoriser le soutien et la reconnaissance (stratégies associatives) et encourager les techniques de gestion du stress et de la violence (stratégies personnelles) (voir Tableaux 16 et 17) pourraient compléter efficacement cette première approche du modèle proposé.

La seconde lecture de ce modèle vise l'épuisement professionnel, manifestation de la souffrance chez la moitié des participants (18/35). En prévention de l'épuisement professionnel, il apparaît donc intéressant d'agir sur les déterminants de la fatigue et du stress (voir Figures 8 et 9), c'est-à-dire de remédier au manque de personnel, à la surcharge de travail et aux contraintes de temps, de favoriser l'application du Milieu de vie et de supprimer les heures supplémentaires et les cycles de travail 7/7 avec rappel (déterminants organisationnels), de favoriser l'entraide (déterminants psychosociaux) et de diminuer la demande physique et émotionnelle du métier (déterminants professionnels) (voir Tableaux 11 à 14). De plus, la stratégie associative de recours au

soutien et la stratégie personnelle de préservation du sommeil (voir Tableaux 16 et 17) pourraient compléter efficacement cette deuxième approche du modèle suggéré.

6.3 Lectures complémentaires du modèle contextuel de la souffrance des soignants

Des lectures plus élaborées du modèle contextuel de la souffrance des soignants (voir Figure 12) ont été réalisées, par les derniers comités de suivi de la recherche et avec les assistantes de recherche. Il s'agissait de prendre en considération les interactions entre les stratégies, les déterminants et les éléments de leur souffrance au travail (voir Tableau 18), et de mettre en évidence les points sur lesquels agir en priorité, pour garder les soignants en santé au travail.

La troisième lecture du modèle proposé met en évidence le « cercle vicieux », qui existe entre l'élément violence et la stratégie associative qui consiste à se rassembler en clans et à se mettre sous la protection de clans, quitte à entretenir la mauvaise ambiance de travail et à faire subir de la violence aux autres (déterminant psychosocial de la souffrance), à l'origine même de l'élément violence (manifestations de souffrance). Pour rompre cette interaction violente néfaste, il pourrait être utile de remédier au manque de personnel, aux heures supplémentaires obligatoires et au surinvestissement au travail, à la surcharge de travail et aux ajouts de tâches (déterminants organisationnels de souffrance) (voir Tableaux 12 et 13).

Une quatrième lecture du modèle proposé souligne les stratégies dissociatives, qui tentent de pallier à la souffrance manifeste des soignants, en retardant les conséquences de cette souffrance, quitte à créer d'autres manifestations de souffrance au travail. Par exemple, le fait de devoir renoncer à ses propres valeurs est une stratégie dissociative développée face à la douleur, au stress, à la fatigue et à la violence (éléments au cœur de la souffrance). Cette stratégie peut engendrer de la colère, de la détresse et un risque de dépression (manifestations de souffrance), en attente de changer de lieu de travail ou de métier (conséquences de la souffrance). Pour remédier à ce cercle vicieux, il pourrait être intéressant de s'entendre sur des valeurs communes, d'agir sur la surcharge de travail et de respecter le temps relationnel, d'avoir des marges de manœuvre au sujet du choix des techniques de manutention de patients et de gérer les conflits existants (déterminants organisationnels et psychosociaux de souffrance) (voir Tableaux 12 et 13).

La cinquième lecture du modèle proposé retient le rôle préventif des stratégies associatives et personnelles (voir Tableaux 16 et 17) sur les éléments de la souffrance des soignants au travail. En attente de remédier aux principaux déterminants de cette souffrance, il semble donc intéressant de développer le soutien et la reconnaissance informelle, de soutenir l'application du contenu des formations et de mettre en place des lieux et des temps de discussion sur l'activité de travail et les relations psychosociales (stratégies associatives). De plus, encourager les soignants à se soigner et les encadrer au sujet de l'application du PDSB et des principes de précaution en manutention, faciliter la pratique d'activités sportives ou créatives, informer sur les règles du sommeil et de

l'équilibre alimentaire sur la santé, proposer des formations sur la gestion du mental (stratégies personnelles) pourraient compléter efficacement cette cinquième approche du modèle de la souffrance suggéré.

Ces diverses lectures du modèle contextuel de la souffrance des soignants ont servi de base aux décideurs des CHSLD participants en Abitibi-Témiscamingue, pour établir des plans d'actions et mettre en place des changements en collaboration avec les soignants. En fait, les différentes lectures du modèle proposé amènent les milieux de travail à agir en prévention de la violence, du stress et de la fatigue, en priorité sur les déterminants organisationnels et psychosociaux (voir Tableaux 12 et 13) de la souffrance au travail et à favoriser les stratégies associatives (voir Tableau 16) développées face à la souffrance au travail, hormis le système de clan.

Le modèle schématique du phénomène de la souffrance des soignants (voir Figure 13), issu de la synthèse des résultats (voir Tableau 18), montre le cercle vicieux qu'il faudrait rompre en prévention des troubles de la santé mentale, c'est à dire :

- l'interaction entre les déterminants et les manifestations de la souffrance, puis entre les manifestations et les conséquences de la souffrance des soignants
- l'interaction entre les stratégies associatives et les déterminants de la souffrance, puis entre les stratégies dissociatives et les manifestations de la souffrance des soignants
- le lien entre les conséquences de la souffrance chez les uns et les déterminants de la souffrance chez les autres.

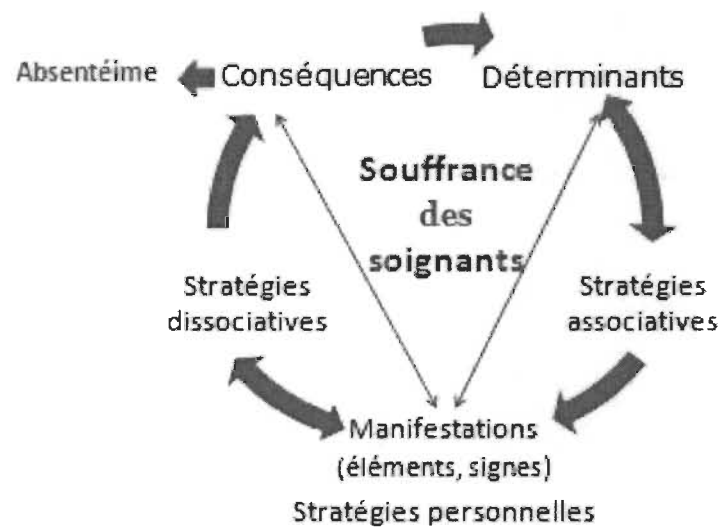


Figure 13. Modèle schématique du phénomène de la souffrance des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

Discussion

La discussion porte sur les choix méthodologiques, sur la perspective des résultats soumis à une réflexion collective ciblée et sur le modèle contextuel de la souffrance des soignants. Elle propose au fur et à mesure des améliorations méthodologiques et des pistes de réflexion en vue de futures études sur la souffrance au travail.

1 Les choix méthodologiques au service des objectifs, à améliorer en vue de futures recherches

La méthodologie de cette étude s'appuyait en priorité sur l'approche ergonomique centrée sur l'activité de travail et s'inspirait de la psychodynamique du travail et de la psychologie du travail. Elle tentait aussi d'améliorer la méthodologie de l'étude préliminaire, qui avait exploré la souffrance des soignants au travail. Les premiers défis étaient de construire un contrat social de recherche avec les partenaires et d'améliorer la représentativité de l'échantillonnage. Les choix méthodologiques initiaux et les ajustements réalisés d'une étape à l'autre ont été soumis à une réflexion éthique et mis au service de la compréhension des données subjectives et de la valeur des données de terrain. Des suggestions de modifications méthodologiques ont été faites en vue de recherche future sur la souffrance au travail.

1.1 Un contrat social de recherche : défis importants

La co-construction d'un contrat social de recherche avec les partenaires était un essai qui demandait à des représentants de l'employeur et des syndicats de travailler ensemble et de s'engager à soutenir et à faciliter la démarche jusqu'à son achèvement.

En fait, plusieurs cadres de direction ont refusé de relever ce défi et de s'asseoir à la même table que des représentants syndicaux, quitte à empêcher l'engagement de deux CHSLD dans le processus et un panorama régional de la souffrance des soignants. De même, une seule représentation syndicale par CHSLD a accepté de collaborer avec les autres partenaires à la co-construction d'un contrat social de la recherche, quitte à influencer l'échantillonnage des soignants dans leur milieu de travail : préposés de la CSN, infirmières et infirmières-auxiliaires de la FIQ. En fait, la méfiance et les conflits latents ou déclarés entre les partenaires ne pouvaient pas être ignorés et requerraient des compétences, pour favoriser la collaboration de tous.

La co-construction du contrat social de recherche demandait aussi un talent de négociateur ou une formation en communication et gestion de conflits, nécessaire à la chercheure. Les programmes universitaires ne proposent pas encore aux futurs chercheurs des cours sur l'animation d'un groupe de discussion, la gestion des tensions entre partenaires, la négociation d'ententes avec les milieux de travail. Pourtant, il était important de reformuler les demandes des partenaires en fonction des besoins, de considérer les points de vue différents, de faire converger les compétences et de respecter les limites de chacun vers un engagement réaliste au service d'objectifs communs.

La co-construction du contrat social de la recherche demandait aux partenaires de se libérer un temps productif dans chaque CHSLD participant, malgré la surcharge de

travail dans le milieu de la santé. Une fois le contrat signé par tous, chaque partenaire devait prendre le temps de remplir ses engagements à un moment précis, dans le respect de l'échéancier de la recherche. Néanmoins, bien que le contrat social de recherche allonge la durée de l'étape d'introduction, il a permis de gagner du temps lors du déroulement de la recherche, en favorisant la coopération et la communication entre les partenaires.

1.2 L'échantillonnage de volontaires : biais à la représentativité de la population visée

Le choix du titre de la présentation audio-vidéo du projet de recherche, « entre plaisir et souffrance au travail », a été suggéré par les partenaires voulant éviter une focalisation sur la souffrance, répondait au besoin de la chercheuse de constituer un groupe témoin sans souffrance. Néanmoins, les soignants ont retenu en priorité le mot souffrance, faisant écho à leur besoin d'écoute et de reconnaissance de leur mal-être au travail. Par conséquent, l'échantillon comporte trop peu de personnes sans souffrance pour constituer un groupe témoin. L'écoute et l'observation globale des soignants en interaction sur le terrain laissent aussi à penser, qu'il existe très peu de soignants sans souffrance dans le contexte présent du travail.

L'absence du travail était un critère d'exclusion (arrêt de travail, retrait préventif de la femme enceinte, déménagement ...), qui ne donnait pas accès aux personnes en arrêt de travail pour troubles psychologiques, donc vraisemblablement les plus souffrantes.

De même, le refus de participer des personnes se disant « fragiles psychologiquement » ou particulièrement souffrantes en ce moment excluait des soignants, qu'il aurait été pertinent d'écouter et d'observer en activité de travail. De plus, l'indifférence des personnes provenant des Agences se disant non concernées par cette étude privait la recherche de données sur le vécu de la souffrance au travail des personnes en remplacement, c'est-à-dire les plus jeunes soignants.

La participation à l'étude préliminaire n'a pas été retenue comme critère d'exclusion à l'inscription volontaire des soignants, bien que cinq personnes étaient concernées et semblaient avoir des attentes plus précises sur les retombées de l'étude. Par contre, un biais éthique d'échantillonnage a été signalé en auto-confrontation finale par cinq autres soignants, se disant invités à participer par la direction, par un syndicat ou par un groupe de soignants. Ces volontaires désignées avouaient le besoin de leur groupe de contrôler le processus et le contenu de la recherche, de même que d'équilibrer les données provenant des autres. Il se pourrait aussi que d'autres personnes aient été désignées et ne l'aient pas avoué. Au contraire, quatre autres personnes ont interpellé la chercheuse sur le terrain pour l'informer au sujet de leur participation empêchée par leurs collègues ou leurs supérieurs, qui se méfiaient de leurs propos jugés souvent exagérés.

Le fait de ne pas savoir suffisamment lire et écrire pour remplir des questionnaires ou capable de trouver les mots pour « dire les maux » en entretien n'a pas été retenu comme critère d'exclusion. La méthodologie a été adaptée pour tous, comme nous

l'avons vu, bien que cinq personnes seulement soient concernées. Malgré tout, la quantité et la qualité des propos étaient variables entre les participants, car l'écoute était jusqu'à épuisement de la parole.

La participation de la moitié des CHSLD régionaux et d'un petit échantillon initial de soignants (14 % des effectifs en équivalent temps plein) interroge aussi sur la représentativité des résultats généraux par la synthèse des résultats individuels. Parmi les 35 participants à l'entretien individuel, 30 d'entre eux étaient présents à l'observation sur le terrain et capables de valider leurs résultats individuels en auto-confrontation finale et les résultats généraux en présentation finale. Ces résultats chargés de sens pour les soignants reflétaient donc leur réalité individuelle et la réalité collective face à la souffrance au travail. Pour soutenir la participation, il a fallu tenir compte aussi du facteur temps en ajournant quelques rencontres avec des participants, soumis à des horaires atypiques, des remplacements imprévus et une difficile conciliation travail-famille (déterminants de la souffrance).

1.3 La méthodologie de la collecte de données : forces et faiblesses

L'approche méthodologique progressive de la souffrance au travail, du global aux détails, à travers des étapes successives complémentaires, a permis un recouplement des données de la recherche vers des résultats généraux et individuels ayant un sens pour les participants. En effet, la richesse des données provenait de la libération de la parole des soignants jusqu'à son épuisement, à chaque étape de la recherche. Elle procédait aussi en

entretien individuel par des questions générales ou ouvertes, suivies de questions plus précises ou fermées, qui introduisaient des questionnaires regroupés par thèmes complétant les données qualitatives précédentes. Elle découlait ensuite de l'ajout d'un entretien collectif et d'auto-confrontations des observations réalisées sur le terrain, avec le vécu des participants, et du maintien de nombreuses heures d'observation sur le terrain (250). Il s'agissait ainsi d'apporter une compréhension de la dimension collective du phénomène de la souffrance au travail, en interaction avec la dimension individuelle, et de la valider auprès des participants et des partenaires.

La méthode de la collecte de données présentait des faiblesses connues, telles que : le choix de questionnaires issus de disciplines différentes et validés dans des milieux variés, limitant ainsi la comparaison des résultats ; l'absence de questionnaires sur le plaisir et sur la souffrance au travail, sur la fatigue et ses différents aspects au travail et sur la dépression professionnelle. De plus, le déroulement de la collecte de données a révélé un manque d'approfondissement de la fatigue et de la violence en entretien individuel, limitant l'observation sur le terrain et la précision de ces données. Enfin, les catégories de modes de gouvernance des supérieurs choisies par les participants en entretien collectif et mises en grilles communes d'observation sur le terrain, mélangeaient des considérations politiques et économiques (autocratique, anarchique, libérale, démocratique, socialiste). Elles auraient pu être résumées en trois catégories, à soumettre à l'approbation des participants avant l'étape terrain : autoritaire, laisser-faire, participatif.

La méthode d'observation de l'activité de travail à risque de troubles musculo-squelettiques est encadrée par des modèles précis et utilisent des outils validés, supportant des données objectives (angles articulaires, poids des charges, fréquence et durée). Par contre, appliquer cette méthode ergonomique aux troubles psychologiques reposant sur la situation de travail, avec l'évaluation subjective de la souffrance et de ses composantes, demande de la rigueur. En effet, l'observation des soignants en activité de travail a été complétée par leur écoute et l'auto-confrontation des données au fur et à mesure, prévues dans la méthodologie pour objectiver le subjectif. Toutefois, cette observation pouvait être influencée par les données antérieures recueillies en entretien individuel et en observation des collègues sur le terrain, et même lors de l'étude préliminaire. Sur le terrain, rester neutre, avec un regard neuf et une écoute vierge à chaque instant est un défi à relever par toute personne relevant des données qualitatives à répétition dans le même milieu.

1.4 L'ajustement méthodologique d'une étape à l'autre : confronté aux règles éthiques

L'ajustement de la méthodologie au cours des étapes de la recherche est appliqué en ergonomie, car les données d'une étape peuvent enrichir le construit de la suivante. Quatre exemples illustrent ces ajustements nécessaires d'une étape à l'autre, suivi d'une réflexion des comités de suivi de la recherche au plan éthique. Un dernier ajustement de méthodologie a induit l'ajout d'un verbe dans la formulation d'un objectif spécifique, interrogeant aussi l'éthique de la recherche.

Les deux premiers exemples d'ajustement avaient été anticipés et présentés dans la méthodologie validée par les comités éthiques de la recherche. L'un concerne les données manquantes, incomplètes ou mal comprises des étapes précédentes, à obtenir à l'étape suivante auprès des participants concernés. L'autre souligne l'importance d'avoir relevé en entretien individuel les signes observables (gestes, comportements, mots) de la souffrance au travail et de ses composantes (stress, douleur, fatigue, violence), à répertorier sur des grilles individuelles d'observation et à utiliser sur le terrain. Les deux exemples suivants étaient introduits dans la méthodologie en fonction des besoins de la recherche. Il s'agissait d'approfondir des sujets émergeant de l'entretien individuel en entretien collectif (violence subie, système de clans) et de poursuivre des réflexions amorcées en entretien collectif sur le terrain (à quoi bon prolonger la vie, tout témoin passif est complice). À partir des données des entretiens individuels et collectifs, il s'agissait aussi de construire des grilles communes d'observation (par la chercheure) et d'évaluation (par les participants) du mode de gestion du personnel, du type de relation avec les patients, de la qualité du travail des collègues, à utiliser sur le terrain. Ces derniers ajustements méthodologiques ont été présentés aux comités de suivi de la recherche, discutés et améliorés avec eux, au sujet du consentement des participants à l'utilisation de ces grilles (observations volontaires) et du respect de la confidentialité (évaluations non nominatives). Tous ces ajustements ont été jugés mineurs et intégrables au protocole de l'étude, dans le respect des règles éthiques en recherche.

Bien que non prévu dans la méthodologie, les participants ont évalué spontanément en entretien individuel les liens perçus et les interactions éventuelles entre les éléments de leur souffrance au travail et les liens supposés entre les déterminants de cette souffrance. Ces données inattendues ont amené un ajustement du troisième objectif spécifique de la recherche, en introduisant le verbe *évaluer* à la qualité des stratégies développées face à la souffrance au travail. En recherche participative, il n'est pas rare d'ajuster un objectif spécifique et la méthodologie associée, comme d'évaluer des techniques de travail ou des stratégies particulières, pour répondre à la demande ou aux besoins des participants. Alors, les soignants ont été invités à évaluer leurs stratégies sur le terrain, selon leur perception et leur vécu au travail, en termes d'efficacité à court terme (expériences dissociatives, système de clans) et à long terme (soutien et entraide, reconnaissance informelle). C'est ainsi que les stratégies associatives dites efficaces à long terme ont conduit à des pistes de solutions proposées spontanément par les participants, amenant la chercheuse à ajuster le titre et la portée de l'étude énoncés dans le projet initial approuvé par les comités d'éthique.

1.5 La méthodologie au service de la compréhension des données subjectives

La méthodologie de cette étude visait la compréhension des données des participants dans un objectif de transformation de la situation de travail, responsable de la souffrance des soignants. Dès la construction du contrat social de cette étude, le verbe *étudier* a été remplacé dans le premier objectif par le verbe *comprendre*, signant habituellement la démarche ergonomique centrée sur l'activité. Cet ajustement dit

mineur focalisait la recherche sur le besoin de comprendre le phénomène de la souffrance au travail, avant de répondre à la demande de solutions durables, c'est-à-dire avant de pouvoir suggérer des transformations dans les milieux de travail. Des choix méthodologiques à chaque étape de la recherche ont facilité la compréhension de la plupart des données subjectives et atténué les contraintes du milieu de travail.

En entretien individuel et dans les questionnaires, des mots imprécis tels que souvent/parfois, peu/assez et à l'occasion/fréquemment revêtent un sens variable selon les participants. Pourtant, ils étaient compris d'emblée par eux, selon les échelles personnelles de références, les expériences propres et leur vécu particulier. Ils donnaient donc accès à des données utiles aux objectifs de la recherche, car ils représentaient la perception subjective des soignants de la souffrance au travail, à risque d'absentéisme ou du désir de quitter le métier.

Sur le terrain, la compréhension et la fiabilité des données semblaient limitées par le fait d'être seule à les relever, sans autorisation de filmer et d'enregistrer. Pourtant, la méthodologie permettait de compenser cet inconvénient par le recoupement des données entre les différentes étapes de la recherche et leur saturation dépassée avec 35 participants, par les commentaires spontanés des soignants et de leur entourage professionnel éclairant les observations de la chercheuse, par les évaluations subjectives des éléments de la souffrance au travail sur des échelles chiffrées, par le retour fréquent sur les données observées, écoutées et ressenties à confronter. Toutefois, les

commentaires et les évaluations réalisées par les participants, les auto-confrontations des données au fur et à mesure sur le terrain pouvaient perturber l'activité réelle du travail et modifier certains résultats de la recherche, en focalisant l'attention sur des difficultés du travail ou sur la souffrance au travail, par exemple.

Sur le terrain, l'auto-confrontation des données entre le vécu des participants en activité de travail et l'observation de la chercheuse n'aboutissaient pas à un accord soutenant la compréhension des résultats dans 12 % des cas. Alors, seule la perception de la souffrance au travail par les soignants a été retenue dans les résultats, parce qu'elle détermine leur *rester ou non au travail*. En d'autres mots, même si des signes de stress, d'anxiété et de douleur ont été observés, le fait que des participants les nient ou ne les considèrent pas comme souffrant est à prendre en considération. Sur le terrain au moment des pauses, la compréhension des données subjectives individuelles de la recherche était confirmée ou améliorée par les commentaires et les discussions spontanés des soignants. Bien que seuls les propos des participants aient été retenus, la réflexion collective enrichissait les données individuelles et soutenait la généralisation des résultats, à défaut d'un échantillon plus important.

Entre chaque étape de la recherche, la compréhension des données subjectives générales était améliorée par la réflexion des comités de suivi de la recherche. D'une étape à l'autre, les comités de suivi comprenaient de mieux en mieux l'ampleur de la souffrance des soignants et ses facteurs déterminants. Avant la fin de l'étude, ils ont

soutenu les prises de décisions au sujet des actions à poser en urgence, telles que l'élaboration d'une politique de prévention de la violence au travail, une rencontre de tous les soignants par la psychologue à l'interne (Programme d'Aide aux Employés), des mutations de soignants à l'interne. Cependant, toutes les stratégies organisationnelles face à la souffrance des soignants étaient à risque de modifier la situation de travail et les résultats des étapes suivantes. Ces changements ayant été signalés, ils ont pu être documentés en temps utiles et intégrés aux données de la recherche, comme toute modification de la situation de travail au fil du temps, avec ou sans intervention.

1.6 La méthodologie sur le terrain limitée à une observatrice : avantages et inconvénients

La méthodologie à l'étape du terrain était appliquée par la chercheure, seule autorisée à suivre les participants pendant leur journée de travail. Sa présence discrète sur le terrain permettait une collecte de données au plus près de la réalité des participants ce jour-là. Néanmoins, les observations sur le terrain en 8 h ne pouvaient représenter qu'une fraction de la réalité des soignants de la dernière année, recueillie en entretiens. La chercheure devait donc être organisée et, sans quitter des yeux la personne en activité de travail à observer, remplir plusieurs supports d'observation (chronique d'activité, grilles d'observation) et réaliser des auto-confrontations de données avec elle, en aparté au fur et à mesure du déroulement de l'activité de travail.

Plus précisément, la présence de la chercheuse sur le terrain était souvent oubliée par les soignants, qui lui fermaient les portes au nez ou la bousculaient par inadvertance. Elle était intégrée au milieu de travail, au point que les patients l'interpelaient pour répondre à leurs besoins. Pourtant, elle était habillée en civil et portait toujours la même tenue sobre, dans le souci de passer inaperçue et de ne pas influencer les données de la recherche. Les participants ont déclaré spontanément que le déroulement habituel de leur activité de travail avait été respecté, que leur savoir-être et leur savoir-faire n'avaient pas été perturbés.

Cependant, le protocole de la recherche ajoutant des consignes à la routine des soignants pouvait augmenter leur niveau de concentration au travail, voir leur stress. Les infirmières-auxiliaires disaient que la concentration accrue le jour du terrain, leur évitait des pas inutiles pour corriger des oublis et une perte de temps pour corriger des erreurs. Les infirmières expliquaient que le fait d'être plus concentrées ce jour-là, leur permettait de mieux vivre les interruptions de tâches et les imprévus, déterminants de leur souffrance au travail. De plus, ces infirmières-auxiliaires et infirmières se sentaient plus sereines en présence de la chercheuse, infirmière d'expérience capable de répondre éventuellement à leurs questions et de les aider en cas d'urgence. Ils affirmaient que le manque de personnel et l'insuffisance de formations, déterminant leur souffrance au travail, avaient moins d'importance pour eux ce jour-là que d'habitude. De même le jour du terrain, des préposés aux bénéficiaires ont remarqué des changements de comportements dans leur entourage professionnel, de par la présence de la chercheuse.

Ils ont constaté que les patients semblaient plus calmes et moins agressifs et les collègues plus aidants et moins violents, atténuant ainsi des déterminants de leur souffrance au travail. Globalement, les soignants s'entendaient pour dire que c'était « moins pire que d'habitude » au sujet de la violence au travail, sous toutes ses formes et dans toutes ses dimensions. Pourtant, des comportements étranges (langage non verbal ou codé, non-dits et paroles à double sens) chez des infirmières-auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires ont été observés sur le terrain par la chercheuse et expliqués en auto-confrontation des données par les soignants. Ils pensaient que la chercheuse n'était pas capable de les repérer, trop occupée à relever les mots régionaux et les gros mots, les traits d'humour noir et les insultes, à comprendre au fur et à mesure sur le terrain ou après avec l'aide des assistantes de recherche.

Par conséquent, la présence discrète et professionnelle de la chercheuse sur le terrain suivait la méthodologie de la recherche intervention en ergonomie, où elle était amenée à poser des questions aux participants et à réaliser des auto-confrontations entre les données, pour en améliorer la compréhension et les valider qualitativement. De plus, elle a eu à quitter son rôle de chercheuse quelques fois pour répondre aux questions professionnelles des soignants et les aider en cas d'urgence, au risque de perturber le déroulement de la recherche et le contenu des données recueillies ensuite.

1.7 Le facteur temps prévu dans la méthodologie : maturation inévitable des soignants et évolution prématurée de la situation de travail

Comme la collecte de données s'échelonnait sur une année, le facteur temps favorisait une maturation des participants au sujet de la souffrance au travail et des comités de suivi de la recherche, à l'initiative de changements prématurés de la situation de travail. Ce constat est fréquent en recherche intervention en ergonomie et fait partie de la démarche participative.

Le sujet de l'étude amenait les soignants à se focaliser pendant une année sur la souffrance au travail, à mettre un nom sur leur mal-être, quitte à augmenter ou à diminuer leur ressenti, à force d'en parler ou du fait d'en parler et de se sentir écoutés et compris. En fait, une introspection personnelle et une réflexion collective des participants pouvaient favoriser une évolution de la perception de la souffrance au cours de l'étude, plus importante que celle liée au simple temps qui passe. Plus particulièrement sur le terrain, une sur focalisation sur l'activité de travail avec une qualité de présence à soi était demandée, pour une participation active des soignants à la collecte de données. Elle était suivie, dans l'immédiat, par une sous-focalisation demandée aux soignants en auto-confrontation, c'est-à-dire une prise de recul nécessaire à une lucidité rétrospective, pour relativiser le vécu et comprendre le processus de leur souffrance au travail, des déterminants aux stratégies pour y faire face. En fait, cette double maturation (temps qui passe, recul immédiat) évitait l'identification des participants à leur souffrance au travail et améliorait les données au plus près de la réalité des soignants.

Cette maturation des soignants a permis aux uns de prendre conscience de leur présentisme au travail et aux autres de la sur évaluation de leurs capacités psychologiques face à la pénibilité du travail, à l'origine de leur souffrance au travail. De même, les uns ont admis la piètre qualité des soins d'hygiène donnés aux patients et les autres ont pris conscience de leur manque de respect du PDSB, à l'origine de leur douleur. Par contre, certains étaient réticents à reconnaître que leur colère exprimée était de la violence subie par les autres et que la dynamique du système de clans pouvait être protectrice et destructrice à la fois. De même, certains ont continué à ignorer leur peur face à l'autorité ou à nier que leur humour grinçant est de la violence, à l'origine de souffrance chez les autres. Par conséquent, les données recueillies évoluaient parfois d'une étape à l'autre, en suivant la maturation des participants et la perception réfléchie ou non de leur réalité changeante.

À l'évolution naturelle de la situation de travail pendant l'année de la collecte de données se sont ajoutées quelques modifications volontaires réalisées à l'initiative des comités de suivi de la recherche. En effet, une réflexion collective s'est développée à chaque rencontre (3) favorisant une meilleure compréhension de l'ampleur de la souffrance des soignants et l'élaboration d'un plan d'actions urgentes ou faciles à mettre en place. Les uns ont fait intervenir une psychologue à l'interne pour réaliser une enquête sur l'état de santé psychologique de tous les soignants (1 h de rencontre), pour avoir une vue d'ensemble avant de cibler les améliorations à y apporter. Les autres se sont réunis pour élaborer une politique interne de « Violence tolérance zéro » à partir des données

générales de la recherche, à tester et à appliquer au plus tôt. D'autres ont interrogé des personnes clés de chaque unité de soins, avant de réorganiser les équipes de travail en séparant les binômes dominateurs et en cassant les clans jugés dévastateurs. Bien que ces changements aient été documentés méthodiquement auprès des partenaires et des soignants, ils semblaient ne pas avoir eu le temps de modifier la souffrance des soignants

1.8 L'éthique prévue dans la méthodologie, à l'épreuve du temps

La confidentialité des données et des résultats n'a pas toujours été respectée par les participants et les partenaires de la recherche. Ces manquements pouvaient porter préjudices aux participants, en terme d'emploi et en ajoutant de la souffrance à leur souffrance.

Dans une relation de confiance, les participants sur le terrain ont parfois transmis des informations spontanément à la chercheuse, en présence de leurs collègues et même de leurs supérieurs. Ils ont également partagé leurs réflexions au sujet de la souffrance au travail avec leurs collègues, en présence de la chercheuse, au moment des pauses et même hors du travail. Bien que la richesse et la compréhension des données en soient améliorées, ces comportements spontanés ont alimenté des conflits latents et conduits à quelques règlements de compte hors du travail.

Suite à la remise des résultats individuels sous enveloppe cachetée à chaque participant, certains d'entre eux ont rompu librement la confidentialité en les montrant à

des collègues. Leur objectif avoué était de comparer leurs résultats avec ceux des autres, au risque d'en informer leurs supérieurs immédiats. De plus, deux personnes (cadre de direction, représentante syndicale) ont insisté pour obtenir des résultats individuels auprès de certains participants. Leur objectif officiel était de comparer ces résultats individuels avec les résultats généraux, contenus dans les rapports de recherche de leur CHSLD respectif. Cette information a été transmise à la chercheuse par les assistantes de recherche, suite à la dénonciation de participants qui s'étaient sentis contraints à rompre la confidentialité de leurs résultats individuels, sous la pression de leurs supérieurs (chantage, intimidation). Ils se disaient non respectés et même trahis, au point de remettre en cause les règles éthiques de la recherche et d'interpeler la chercheuse. Pourtant, la personne cadre de direction avait signé le contrat social de la recherche et s'était engagée à respecter la confidentialité des données et des résultats individuels. Ce mode de gestion autocratique du personnel et le règne du système de clan soulignent d'autant plus l'urgence d'intervenir pour démocratiser et humaniser les rapports de pouvoir dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

1.9 Des ajustements méthodologiques en vue de futures études sur la souffrance au travail

En conclusion à cette réflexion sur la méthodologie, quelques améliorations globales et plus précises sont proposées en vue de futures études sur la souffrance au travail. Elles permettraient particulièrement de mieux structurer le support d'entretien parsemé de questionnaires, en vue de l'étape terrain.

L'introduction des questionnaires dans l'entretien individuel fut appréciée des participants et leurs répartitions satisfaisantes. Toutefois, il aurait été souhaitable de disposer de questionnaires provenant de disciplines comparables et appliqués à un échantillon aléatoire suffisamment important, pour obtenir des données quantitatives à rapprocher des données qualitatives recueillies en entretiens et sur le terrain. De même, la collecte des signes observables des éléments de la souffrance au travail au cours de l'entretien individuel s'est avérée utile et même indispensable pour l'étape sur le terrain (grilles d'observation). Toutefois, les signes de violence auraient pu être collectés de façon systématique, comme l'ont été ceux de stress et de fatigue, de douleur et même d'anxiété.

Plus précisément, comme le plaisir et la souffrance peuvent se côtoyer (Carpentier-Roy, 1990), il était judicieux d'interroger les soignants en entretien individuel sur leur plaisir au travail et de leur demander de se situer « entre plaisir et souffrance », en moyenne dans la dernière année. Par contre, le plaisir au travail aurait pu être plus approfondi pour connaître ses différents aspects et développements, pour comprendre son rôle face à la souffrance au travail et les enjeux en santé mentale au travail. Un questionnaire ou un guide d'entretien sur le plaisir au travail (manifestations, déterminants, stratégies) ou « entre plaisir et souffrance au travail » serait intéressant à développer et à tester dans différents milieux de travail.

Plus précisément, l'investigation générale de la souffrance au travail était suffisamment ouverte pour permettre l'émergence de nouveaux éléments, telles que la colère et la peur à la base de la souffrance des soignants. Dans des études futures sur la souffrance au travail, ces deux émotions de base devraient être documentées systématiquement en entretien individuel et en développant des questionnaires, distinguant la colère et la peur situationnelles, de la colère et la peur traits de caractère (voir questionnaire ASTA sur l'anxiété). Alors, la sur évaluation de la colère dénoncée par les comités de suivi de la recherche et la sous-évaluation de la peur supposée par la chercheure (entretiens, observations) pourraient être élucidées en souffrance au travail. Cette investigation particulière de la colère et de la peur pourrait favoriser une meilleure prévention primaire de la souffrance au travail, en agissant sur leurs déterminants respectifs dont certains pourraient être communs.

Plus précisément, la structure d'entretien de cette étude doctorale n'a pas réussi à donner autant de valeurs à chaque élément situé par l'étude préliminaire au cœur de la souffrance au travail. L'investigation de la douleur et du stress était plus organisée et approfondie en entretien individuel, que celle de la fatigue et de la violence. Il serait nécessaire à l'avenir d'approfondir systématiquement les composantes de la violence (physique, émotionnelle, psychologique, comportementale) et de la fatigue (physique, émotionnelle, nerveuse, cognitive, morale), qui ont émergé des résultats de cette étude. Ensuite, une évaluation précise du niveau de fatigue et de l'intensité de la violence (exprimée ou imprimée), une documentation de leur chronicité éventuelle (fréquence,

durée) et de leurs effets/impacts sur le travail ou autres sphères de la vie pourraient être réalisées. Des questionnaires validés pourraient compléter cette approche de la violence et de la fatigue, en regroupant et en améliorant ceux existants. Alors, les signes de violence et de fatigue documentés en entretien individuel pourraient être décrits plus précisément sur les grilles d'observation et plus facilement observables sur le terrain.

Ces éléments à la racine et au cœur de la souffrance des soignants sont nécessaires à comprendre en prévention ergonomique des troubles de la santé psychologiques au travail. Toutefois, une fois que la souffrance se manifeste par de l'anxiété, de la détresse psychologique et de la dépression, la démarche devrait être palliative en médecine du travail. Pourtant, ces éléments au sommet de la souffrance au travail peuvent avoir leur place dans des études multidisciplinaire et multidimensionnelle en santé au travail. L'anxiété situationnelle et l'épuisement professionnel pourraient être documentés systématiquement en entretien individuel, avant de remplir des questionnaires (ASTA, MBI). L'élaboration de questionnaires sur la dépression professionnelle, voire l'épuisement professionnel, tenant compte des travaux récents en physiologie (Lupien et al., 2013; Sindi et al., 2012) serait particulièrement pertinent, pour mieux comprendre les différents processus de la souffrance au travail, la hiérarchie et les interactions entre les éléments de la souffrance des soignants, en prévention des pathologies graves en santé mentale au travail.

Alors, l'évaluation systématique de la gravité de la souffrance au travail serait possible et permettrait de savoir sur quels déterminants intervenir en priorité dans une démarche de prévention (ergonomie) et sur quels éléments se focaliser en urgence dans une démarche de soins (médecine). Deux articles proposant une méthode d'évaluation de la souffrance au travail, s'inspirant de celle utilisées en douleur, ont été publiés par le Cyber Journal de l'ORRIAT (Lacharme, & Alderson, 2013 et 2014).

2. Les résultats mis en perspective et soumis à une réflexion collective ciblée

La réflexion sur les résultats de la recherche a été initiée par les comités de suivi de la recherche et étayée par la chercheure, poursuivie par les partenaires et les soignants dès la présentation des résultats généraux et approfondie par la doctorante et ses assistantes de recherche. Elle supporte cette discussion, introduite par une mise en perspective de certaines données, des résultats du regroupement des questionnaires rapprochés de ceux de la littérature, des certains résultats comparés entre les deux études successives réalisées dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Cette discussion sur les résultats de cette étude vise à améliorer la compréhension des interactions entre les éléments de la souffrance des soignants, de quelques déterminants équivoques et des stratégies extrêmes développées face cette souffrance. La réflexion amène à proposer des sujets d'études futures sur la souffrance au travail.

2.1 Des données confuses ou manquantes, inexploitablees ou subjectives

L'absentéisme pour troubles de la santé mentale des soignants était inconnu dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue et les données sur le présentéisme manquantes. L'analyse précise des données sur le genre était jugée impossible, avec un petit échantillon de participants dans un milieu à dominance féminine. Quant à la fiabilité des données subjectives, elle a été évaluée au sujet de la santé psychologique générale et du stress au travail, en vue d'objectiver les résultats sur la souffrance des soignants.

2.1.1 Données confuses sur l'absentéisme. Avant 2009, le taux d'absentéisme pour troubles de la santé mentale au travail ne pouvait être dégagé des informations transmises par les CHSLD, faute d'uniformité dans les catégories et les méthodes de comptage entre les établissements. Depuis, les CHSLD utilisent le même logiciel pour compiler les arrêts du travail en nombre de jours d'absence réel, mais il manque toujours une codification par pathologie (épuisement professionnel, dépression, troubles d'adaptation ...). Toutefois, le respect du secret médical interdit à l'employeur de connaître le diagnostic posé ou déclaré, limitant alors toute démarche de prévention ciblée.

Ce taux d'absentéisme des soignants semble suffisamment inquiéter les partenaires pour les mobiliser dans une démarche favorisant le *rester en santé au travail*, c'est-à-dire éviter les arrêts de travail, les démissions et même les suicides. Comme il ne chiffre pas toute l'étendue du mal-être des soignants, il est essentiel de réaliser des études sur la

souffrance des soignants en activité de travail, à la recherche des déterminants et des pistes de solutions, variables selon les CHSLD.

2.1.2 Données manquantes sur le présentéisme. Les partenaires de la recherche avaient demandé une évaluation du présentéisme, alors qu'il n'existe pas de définition acceptée par tous et d'outil éprouvé pour estimer sa prévalence. De plus, le présentéisme était aussi difficile à observer par la chercheuse et à décrire par les participants, bien que facilement désigné par les collègues. Sur le terrain, le manque des uns était comblé par les autres, en termes de charge de travail, masquant l'ampleur du présentéisme. À travers les résultats, le présentéisme semble un réflexe de survie ou une stratégie volontaire des soignants en souffrance, pour durer au travail. Cette attitude pourrait néanmoins perturber la santé mentale des soignants à long terme et être à risque d'incidents ou d'erreurs professionnelles, ce qui reste à démontrer.

Plus précisément, le présentéisme a tendance à se confondre avec certaines expériences dissociatives décrites en stress post-traumatique. Il serait donc nécessaire d'apprendre à le connaître et à le comprendre, en améliorant sa définition et en ciblant ses déterminants pour tenter d'y remédier. Pour l'employeur la question qui se pose au plan financier et productif est la suivante : vaut-il mieux des salariés présents et insuffisants à la tâche, voire dangereux, que des salariés en arrêt de travail à remplacer par des personnes ayant besoin d'un temps d'adaptation pour être performantes. En fait, la plupart des soignants en présentéisme le font volontairement ou consciemment afin de

rester au travail malgré leurs maux et faute de choix au plan financier ou social. Les autres soignants dits en présentisme le nient, à risque de troubles psychologiques ou de comportements plus graves.

2.1.3 Données inexploitable sur le genre. Les données des hommes et des femmes ont été confondues bien que leurs tâches effectives, leurs façons d'être et de faire au travail, leur force physique et leur sensibilité psychologique soient différentes. Ils étaient sept hommes pour 28 femmes en entretiens, cinq hommes pour 25 femmes sur le terrain. En fait, ce petit échantillonnage déséquilibré au sujet du genre ne permettait pas de déceler une différence entre les résultats des hommes et des femmes, en entretien individuel. Par contre, les opinions divergentes des hommes et des femmes en entretiens collectifs auraient pu être étudiées, avec une parité de genre dans l'échantillon, ce qui n'était pas le cas.

L'observation commentée sur le terrain semble dire que les hommes se contentent de réaliser le travail prescrit selon la demande de l'employeur et les besoins des patients. Par contre, les femmes acceptent souvent du travail supplémentaire et répondent souvent aux demandes particulières des patients ou de leur famille. Néanmoins, les hommes savent généralement prendre soin et intervenir ponctuellement auprès des patients les plus lourds physiquement et les plus difficiles psychologiquement, à la demande de leurs collègues femmes. L'autorité naturelle de leur voix et leur attitude professionnelle semblent efficaces pour obtenir la coopération des patients ou limiter leur violence. De

même, l'observation sur le terrain amène à dire que les conflits entre hommes se règlent souvent simplement par un échange de paroles directes et sans sensiblerie, contrairement à ceux entre femmes et à ceux impliquant des personnes des deux sexes.

Des enquêtes sur la souffrance au travail, qui tiendraient compte du genre, seraient intéressantes à mener, surtout dans un milieu où les hommes sont peu nombreux et dit indispensables par les femmes, alors qu'ils ne se sentent pas nécessairement à leur place.

2.1.4 Données subjectives fiables : le stress en exemple. La valeur des données subjectives de cette étude a été testée par l'intermédiaire du stress au travail, comme dans l'étude préliminaire. Le ressenti des personnes détermine réellement leur état de santé psychologique au travail et le risque d'absentéisme. Par conséquent, il semblait indispensable d'évaluer la capacité des participants à réaliser une évaluation subjective fiable.

L'évaluation subjective du stress au travail a été rapprochée de celle mesurée par le questionnaire MSP, au cours de l'étude préliminaire et de cette étude doctorale se déroulant dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue avec un échantillon équivalent. En fait, les deux tiers des participants évaluaient correctement leur niveau de stress (à 10 % près) mesuré par le questionnaire MSP rempli. Sinon, trois personnes avaient sous-évalué (moins 15 à 20 %) et neuf personnes surévalué (plus 15 à 40 %) leur stress au travail, car « stressé en permanence » ou en douleur chronique d'intensité moyenne.

Bien que les évaluations subjectives soient susceptibles de garantir des résultats au plus près de la réalité souffrante des soignants au travail, l'écart qui existe pour certains entre la perception subjective du stress au travail et la mesure plus objective du questionnaire MSP interroge. Cet écart permettrait peut-être de cibler les soignants les plus à risques de troubles psychologiques au travail, pour agir en prévention. Par exemple, ceux qui ont tendance à minimiser leur stress au travail pourraient masquer une souffrance latente, capable de se révéler subitement par un facteur déclenchant sans envergure. De même, ceux qui ont tendance à aggraver leur stress au travail pourraient être hypersensibles à la souffrance au travail et se montrer vulnérables au moindre événement.

D'autres tests de fiabilité de données subjectives pourraient être réalisés ultérieurement à l'aide de questionnaires validés. Ils pourraient s'appliquer globalement à la souffrance des soignants au travail ou plus précisément aux divers éléments qu'elle contient : la violence et la fatigue par exemple.

2.2 Les résultats de questionnaires, rapprochés de la revue de la littérature

Comme une étude multidisciplinaire (Fillion et al., 2013) avait confirmé les résultats de volets qualitatifs par ceux d'une enquête quantitative, les résultats du regroupement des questionnaires dans cette étude doctorale ont été rapprochés de deux vastes études québécoises (Bourbonnais et al., 2005; Vézina et al., 2011). La première avait initialisé

ce regroupement des questionnaires dans le milieu de la santé et la deuxième l'avait appliqué dans une enquête nationale.

Au cœur de la souffrance, l'élément douleur concernait 20 % des soignants (20,5 %, Vézina et al., 2011), l'élément dépression était un risque pour 20 % des soignants (12 %, Vézina et al., 2011) et l'élément détresse psychologique modérée et élevée se retrouvait chez 34 % des soignants (33 %, Vézina et al., 2011). Par conséquent, la douleur et la détresse psychologique des soignants sont comparables aux autres travailleurs québécois, alors que les signes de dépression restent plus importants en Abitibi-Témiscamingue que dans le reste du Québec (voir Tableau 19). En effet, la situation régionale au sujet des troubles psychologiques et des maladies mentales (Corin et al., 1990) ne semble pas s'améliorer de nos jours (Bellot, 2015). Elle pourrait bénéficier d'une approche ergonomique de la dépression professionnelle en région, en lien avec la demande psychologique élevée et la violence banalisée au travail, en étudiant l'activité de travail à la recherche des déterminants organisationnels et psychosociaux sur lesquels agir en priorité.

Tableau 19

Rapprochement des résultats sur les déterminants de la santé mentale au travail

Résultats sur la santé mentale au travail issus de questionnaires			
Déterminants en santé mentale au travail	Cette étude : soignants CHSLD Abitibi- Témiscamingue (2011)	Bourbonnais et al. : infirmières CHSLD région de Québec (2005)	Vézina et al. : travailleurs québécois Vézina et al. (2011)
Demande psychologique	69 %	60 %	38 %
Faible latitude décisionnelle	26 %	78 %	49 %
Surcharge de travail	43 %	23 %	
Faible soutien social	26 %	35 %	48 %
Faible reconnaissance	49 %	53 %	42 %
Violence psy. / intimidation	77 %	77 %	17 %

Parmi les déterminants de la souffrance des soignants, la demande psychologique et la surcharge de travail des soignants en Abitibi-Témiscamingue sont plus élevées que celles des infirmières dans la région de Québec (Bourbonnais et al., 2005) : 69 % contre 60 % et 43 % contre 23 %. (voir Tableau 19). En effet, les patients sont reconnus plus atteints psychologiquement et le manque de personnel est dit plus important dans cette région éloignée (Corin et al., 1990). Par contre, le faible soutien psychosocial et surtout le manque de latitude décisionnelle touchent moins de soignants en Abitibi-Témiscamingue que d'infirmières dans la région de Québec (Bourbonnais et al., 2005) : 26 % contre 35 % et 26 % contre 78 %). La culture de soutien et le besoin d'autonomie

dans l'histoire régionale (Corin et al., 1990) pourraient l'expliquer. La faible reconnaissance au travail (77 % et 77 %) et l'intimidation au travail (49 % contre 53 %) peuvent être considérés comme similaires entre l'Abitibi-Témiscamingue et la région de Québec. Par conséquent, la priorité d'intervention pour la santé mentale des soignants en région serait de diminuer la surcharge de travail en agissant sur les déterminants connus, tels que le manque de personnel et les conditions de travail, le manque de ressources intermédiaires en région (entre le domicile et le CHSLD) et de prise en soins psychologiques précoce des patients, la répartition des tâches et l'organisation du travail.

2.3 L'état de santé générale et les capacités à faire face à la pénibilité de la tâche : une surévaluation constante d'une étude à l'autre

Dans cette étude doctorale et dans l'étude préliminaire, les soignants en entretien individuel considéraient être globalement en bonne santé. En fait, ils semblaient plus enclins à tenir compte de leur douleur en santé physique que de leur souffrance en santé psychologique. Ce constat répété interroge sur le tabou persistant qui entoure particulièrement la santé mentale dans nos sociétés occidentales, malgré les efforts récents de vulgarisation du sujet par les médias. Il pourrait amener à supposer que la santé psychologique est sur évaluée systématiquement ou que la souffrance est à priori négligée par les soignants, dans un métier où l'attention est posée sur la santé des patients et non sur celle des soignants.

Cette bonne santé psychologique générale donne à priori aux soignants les capacités psychologiques nécessaires à l'exercice de leur métier. Les capacités physiques face à la

pénibilité de la tâche ont été évaluées par les soignants en étude préliminaire et les capacités psychologiques dans cette étude doctorale. Ces capacités sont généralement jugées bonnes par les soignants, dans les deux cas. Ce constat répété suggère une tendance des soignants à sur évaluer leurs capacités psychologiques face à la pénibilité de la tâche, même ceux qui se disent fragiles psychologiquement, suite à un épuisement professionnel, une dépression ou un stress post-traumatique. Il se pourrait aussi que le contexte régional, où il faut « être fait solide » et « être capable » pour durer au travail, intervienne dans ces résultats.

La constance de ces résultats d'une étude à l'autre se retrouve aussi dans les éléments au cœur de la souffrance des soignants (douleur, stress, fatigue, violence), modulés par l'évolution de la situation de travail en cinq ans : changements suite aux résultats de l'étude préliminaire, réformes gouvernementales récentes, maturation des soignants dans le temps.

2.4 Les interactions entre éléments de la souffrance des soignants

Les éléments par lesquels la souffrance des soignants se manifeste ne sont pas exhaustifs et recouvrent des catégories différentes issues de leur perception et de leur expression. Les résultats de cette étude situent à la base de la souffrance au travail, la nervosité (état nerveux), la colère et la peur (états émotionnels). Au centre de la souffrance des soignants se trouvent le stress (état nerveux), la fatigue (sensation) et la douleur (perception), puis la violence (comportement) et l'anxiété (trouble émotionnel et

nerveux). Au sommet de la souffrance des soignants, la détresse psychologique (sentiment de désarroi), l'épuisement professionnel (trouble d'adaptation) et la dépression (trouble de l'humeur). Cette organisation des éléments constitutifs de la souffrance au travail pourrait être différente dans d'autres milieux et situations professionnelles.

La souffrance est un état de mal-être reposant sur la peur, la colère et l'anxiété (Dejours, 1987). C'est en documentant la violence que la colère a émergé en entretien individuel et a été plus ou moins facile à observer sur le terrain (colère chaude ou froide) (voir plus loin en 2.6.2), faute de collecte des signes observables en entretien individuel en vue du terrain. La peur ne semblait pas plus avouable par les participants en entretien individuel et elle a échappé à l'observation sur le terrain. Elle pourrait donc avoir été sous-évaluée, voire contenue dans les résultats sur l'anxiété. Dans cette étude, une personne nomme sa peur et trois autres la sous-entendent en entretien individuel, trois personnes expriment leur peur sur le terrain puis la nient en auto-confrontation finale. Les résultats de cette étude amènent à penser que la peur se situe à la racine de l'anxiété, comme la colère à la racine de la violence et la fatigue à la base de l'épuisement professionnel. Par conséquent, l'anxiété aurait sa place au cœur de la souffrance au travail, à côté de la violence et de la fatigue. Le troisième élément à la racine de la souffrance des soignants serait donc la nervosité, qui conduit les participants à vivre à la fois de l'anxiété et du stress au travail.

La souffrance signe la détresse psychologique, évaluée par les statistiques sur le stress et la dépression (Statistique Canada, 2005). La plupart des études scientifiques centrée sur le stress relie la souffrance au stress chronique (Fradin, 1990; Lazarus & Strohl, 1995), à risque de détresse psychologique (Quintard et al., 1996) ou d'épuisement professionnel (Dressen & Durand, 2011; Laborit, 1987; Loriol, 2006; Selye, 1976; Stordeur, 2009) associé à de la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1999) ou à de la fatigue (Loriol, 2003b). Le stress chronique induit aussi de la violence (Phaneuf, 2007) ou de la dépression (INRS, 2011a). La violence mène à la dépression (Balier, 2005) ou à l'épuisement professionnel (Dressen & Durand, 2011). Pas si sûr, selon Lupien et ses collaborateurs, la physiologie du stress s'apparente à celle de la dépression et non à celle de l'épuisement professionnel et de la douleur chronique (Juster et al., 2012; Lupien et al., 2013; Marchand et al., 2014; Trépanier et al., 2013). Ces travaux récents en physiologie laissent à penser qu'il pourrait y avoir au moins deux voies neuronales à la souffrance, comme c'est le cas en douleur.

Les résultats de cette étude doctorale (voir Figure 9) confirment ceux de la littérature sur les interactions entre certains éléments étudiés en santé mentale. De plus, ils spécifient que ces interactions sont contenues dans la souffrance au travail et en proposent d'autres, à vérifier par des études futures : fatigue/violence, fatigue/douleur et fatigue/stress, en prévention de l'épuisement professionnel. En effet, la diversité de la fatigue n'apparaissait pas clairement dans la méthodologie et les résultats, la fatigue émotionnelle ayant été documentés avec l'épuisement professionnel (MBI) et la fatigue

nerveuse ou psychologique ayant été décrite spontanément en entretien individuel, comme une des manifestation de la souffrance au travail. Les résultats mettent en évidence que les soignants se sentant épuisés ne se sont pas déclarés fatigués, car fatigués sans être déjà épuisés.

En approfondissant l'analyse de l'activité de travail (non présentée dans cette thèse en psychologie), la chercheure a constaté que les interactions entre les éléments de la souffrance sont variables. En effet, elles peuvent soit se compenser partiellement (fatigue/stress, fatigue/douleur) et masquer la réalité de la souffrance au travail, soit être partiellement cumulatif (douleur/stress) et aggraver les effets sur la santé au travail. Un article présentera prochainement cette analyse ergonomique plus spécifique des résultats.

2.5 La gravité de la souffrance au travail, selon le niveau de souffrance résiduelle, le seuil de tolérance et la limite acceptable de la souffrance au travail

Les résultats « entre plaisir et souffrance au travail » situent la souffrance résiduelle, non compensée par le plaisir au travail, en moyenne dans la dernière année. Ils donnent le niveau de souffrance pouvant déranger l'activité de travail des soignants et perturber leur santé psychologique. Ce niveau de souffrance non compensée par le plaisir au travail semble n'avoir de valeur qu'en intra sujet et ne pouvoir évaluer la gravité de la souffrance au travail. Le manque d'études physiologique sur la souffrance amène à proposer une approche de la gravité de la souffrance similaire à celle de la douleur :

composantes et impacts multiples, chronicité en fréquence et en durée (Lacharme, & Alderson, 2013 et 2014).

2.5.1 Niveau de souffrance résiduelle sous-évalué par les soignants et indépendant de la gravité de leur souffrance au travail.

Le niveau de la souffrance résiduelle au travail pourrait être plus important que celui évalué par les soignants en entretien individuel (entre 2 et 77 %), pour plusieurs raisons à confirmer. La première raison se réfère aux principes de la physiologie du corps humain, c'est-à-dire au potentiel théorique de la souffrance d'être compensée par le plaisir ou exacerbée par un épisode aigu de douleur (suite à une blessure) ou de stress au travail (en cas d'urgence). La seconde raison tient compte des principes de la psychologie, c'est-à-dire de l'adaptation possible à la souffrance par habitude ou par stratégie pour *durer au travail*, diminuant artificiellement le niveau de perception de la souffrance. Néanmoins, la non-perception de la souffrance par les soignants ne signifie pas absence de souffrance au travail et arrêt de travail retardé. De par la sous-évaluation probable de la souffrance des soignants, le danger pour la santé mentale au travail serait que la souffrance puisse s'accumuler en secret. Alors, une fois la limite du supportable dépassée, elle pourrait se manifester subitement, à risque de décompensation psychique brutale et de graves troubles mentaux, voire de suicide.

Plus précisément, quel que soit le niveau moyen de la souffrance résiduelle au travail dans l'année, le risque de détresse psychologique et de dépression semble rester

présent à tout moment : un participant se suicide, quelques mois après l'étude, avec une souffrance résiduelle évaluée à 24 % en entretien individuel ; deux participants sont diagnostiqués en dépression, dans l'année suivant l'étude, avec une souffrance résiduelle à 6 % et à 51 %. En fait, il suffit d'un évènement traumatisant ou d'une accumulation d'épisodes violents ou stressants pour en arriver là, comme en douleur aiguë ou chronique. Il aurait été intéressant d'évaluer quotidiennement ce niveau de souffrance au travail, en fonction du déroulement de l'activité de travail et des interactions psychosociales avec les autres. Comme il ne semble pas y avoir de petites et de grandes souffrances à valeur universelle, les facteurs déclenchant le passage au-delà du seuil de tolérance à la souffrance au travail peuvent paraître plus ou moins vitaux, vue de l'extérieur : être heurtés « de plein fouet » dans ses valeurs et sa raison d'être, recevoir « une goutte d'eau qui fait déborder le vase » telle que le harcèlement psychologique permanent ou le refus fréquent de conciliation travail-famille.

Le niveau de la souffrance résiduelle des soignants pourrait n'avoir aucune importance pour évaluer sa gravité au travail, comme l'intensité de la douleur n'intervient pas dans l'évaluation de sa gravité (Marchand et al., 2013; Navez et al., 2003) et comme le pourcentage de stress n'est pas retenu en stress post-traumatique (Lemyre, & Tessier, 2003; Martin, 2010). Toutefois, il semblerait intéressant de connaître le niveau de souffrance résiduelle de chacun, particulièrement sa variation en fonction des stratégies développées ou des actions posées. De même, tous les éléments constitutifs de la souffrance des soignants pourraient être évalués par des échelles

validées (à construire et à tester) à fin de comparaison en intra sujet et de complément à leurs approches qualitatives en situation de travail. À ce jour, il manque une échelle d'évaluation individuelle de la fatigue ressentie (niveau) et de la violence exprimée ou imprimée (intensité). Même au plan collectif, il serait pertinent d'évaluer la gravité de la souffrance des soignants, afin d'intervenir en prévention sur ses déterminants organisationnels et psychosociaux. En suivant le modèle d'évaluation de la gravité de la douleur utilisé dans les cliniques de la douleur, trois indices de gravité semblent pouvoir évaluer la souffrance au travail, selon les résultats de cette étude. Le premier indice retiendrait la multiplicité des composantes de la souffrance au travail : (1) avec colère, peur et nervosité ; (2) avec violence, stress, douleur chronique, fatigue, voire anxiété ; (3) avec détresse psychologique, épuisement professionnel et signes de dépression. Le deuxième indice retiendrait les influences possibles de la souffrance dans les différents secteurs de la vie (travail, famille, amis, études, loisirs, vie quotidienne) et les différents aspects de l'être (physique, émotionnel, psychologique, comportemental, cognitif, spirituel), à hiérarchiser éventuellement. Le dernier indice retiendrait le risque de chronicisation des composantes centrales de la souffrance au travail (stress, douleur, fatigue, violence) et celle de la souffrance globale les contenant (fréquence, durée). Des études ultérieures pourraient s'appuyer sur ces hypothèses, afin d'améliorer la compréhension de la souffrance et d'évaluer sa gravité en situation de travail, dans différents milieux.

2.5.2 Écart entre limite acceptable et seuil de tolérance, deux niveaux de gravité en souffrance au travail.

Les résultats de cette étude indiquent que l'intention de rester au travail n'est pas une question de niveau de souffrance, mais plutôt de limite acceptable de la souffrance au travail à ne pas dépasser. Cette limite acceptable de leur souffrance au travail était situé entre 9 et 53 % en entretien individuel et était dite atteinte ou dépassée par presque un tiers des participants sur le terrain (dépassée si entre 26 et 53 %). En psychodynamique du travail, Dejourns affirmait en 2008 que le seuil de la tolérance à la souffrance au travail (variable et subjectif) est dépassé chez tous les soignants et dans toutes les régions. Mais, faute de distinction méthodologique entre la limite acceptable de la souffrance au travail et le seuil de tolérance personnel à la souffrance, les résultats de cette étude ne permettent pas d'évaluer l'écart entre les deux.

La limite acceptable de la souffrance au travail est celle jusqu'à laquelle l'activité de travail de la personne n'est pas perturbée, comme cela a été défini en entretien individuel. Le seuil de tolérance à la souffrance au travail est plutôt celui où la personne est rendue inapte à réaliser son activité de travail. L'écart entre la limite acceptable et la tolérance personnelle à la souffrance est celui entre la présence fonctionnelle au travail et l'arrêt de travail pour dépression ou épuisement professionnel. Dans cet écart, il pourrait y avoir un temps et un espace pour le présentisme, voire les troubles de l'humeur et les troubles d'adaptation, dans le contexte de travail des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, à risque d'aggraver la souffrance des soignants et de perturber l'activité de travail et l'ambiance de travail. En fait, en souffrance au travail, la limite acceptable et

le seuil de tolérance pourraient indiquer deux niveaux de gravité (1 alerte, 2 urgence), suggérant l'arrêt de travail pour tous en prévention.

La limite acceptable de la souffrance pourrait dépendre de la limite acceptable de ses composantes centrales (violence, stress, douleur, fatigue) et le seuil de tolérance à la souffrance pourrait dépendre du seuil de tolérance de ses composantes plus graves (détresse psychologique, épuisement professionnel, dépression professionnelle). Habituellement, la limite acceptable de la douleur est située à 4/10 (EVA, Huskicson, 1974; Keefe & Williams, 1989) et celle du stress à 30 % (MSP, Lacharme, 2010; Lemyre & Tessier, 1988). En prévention des troubles de la santé mentale au travail, il serait intéressant de mieux comprendre la souffrance au travail, à travers sa limite acceptable et son seuil de tolérance, selon les générations et le sexe par exemple. Des études longitudinales pourraient vérifier l'évolution de la gravité de la souffrance au travail dans le temps et en fonction des évènements particuliers, avec un échantillon aléatoire important.

Plus précisément, les résultats de cette étude indiquent que les soignants les plus âgés ont tendance à développer des stratégies pour durer au travail, en repoussant les limites personnelles de leur souffrance et en développant une résistance ou une tolérance face à leur souffrance. L'efficacité de ces stratégies personnelles ou collectives serait à évaluer dans le temps par des équipes multidisciplinaires, ainsi que le risque accru de troubles de la santé mentale des soignants : dépressions majeures ou épuisements

professionnels, avec arrêt de travail de longue durée. De plus, les résultats de cette étude font état de quelques personnes qui préfèrent ignorer leur limite acceptable de la souffrance au travail, au risque de dépasser leur seuil de tolérance à la souffrance et de recevoir un diagnostic de pathologie mentale grave. Il serait donc essentiel de mesurer régulièrement le niveau de souffrance au travail, mais surtout d'évaluer si la limite acceptable au travail est dépassée, avant d'atteindre le seuil de tolérance de chacun. Des études futures pourraient être amenées à établir une limite acceptable pour tous, comme cela a été fait en douleur (médecine du travail, centres de prise en charge de la douleur chronique), c'est-à-dire de reconnaître la souffrance comme un signe d'alarme permettant d'intervenir avant que le niveau de gravité de la souffrance annonce des pathologies graves.

Bien que l'évaluation de la gravité de la souffrance des soignants soit intéressante en santé mentale au travail, agir sur les déterminants de la souffrance au travail reste l'intervention essentielle en prévention des troubles psychologiques de la santé.

2.6 Des déterminants de la souffrance au travail issus du contexte régional : baisse du soutien social et maintien de la culture de violence

Nous avons vu dans la problématique, l'influence durable sur le contexte de travail du contexte initial de la colonisation dans une région éloignée et l'importance des troubles de la santé mentale dans la population. En effet, les personnes ont travaillé dur pour assurer leur survie et être autonomes, avec comme modérateur des valeurs de sociabilité et de soutien (Corin et al., 1990). Cependant, elles ont développé une force de

caractère nécessaire, à risque de comportements excessifs ou déviants, tels que la violence physique et psychologique instaurée comme une norme (Corin et al., 1990).

De nos jours dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, parmi les quatre générations qui se côtoient sur le marché du travail, les soignants les plus âgés présentent généralement ces caractéristiques régionales. Les résultats indiquent qu'ils ont donc tendance à endurer et à tolérer la souffrance au travail, c'est-à-dire à ignorer ou à supporter la douleur et le stress, la fatigue et la violence, pour *durer au travail* « jusqu'à n'en plus pouvoir ». Par contre, les plus jeunes semblent mieux respecter leurs limites personnelles, de par un faible sentiment d'attachement à leur métier et à leur milieu, un faible besoin de travail d'équipe et de soutien psychosocial au travail. Ils se sentent vulnérables face à la souffrance au travail, par hypersensibilité à la douleur et au stress, par refus de la violence et de l'épuisement professionnel. Ils aspirent à quitter leur travail, pour relever des défis ailleurs ou autrement, affaiblissant le taux de roulement comme indice de santé des institutions. Ces témoignages des plus jeunes demanderaient à être vérifiés avec un échantillon plus important, en incluant le personnel des Agences de placement du secteur de la santé, voire dans d'autres milieux de travail en Abitibi-Témiscamingue.

2.6.1 Soutien social au travail, une valeur en baisse. Dans les résultats de cette étude, la valeur d'autonomie essentielle à une région éloignée était représentée par les plus jeunes qui veulent « faire seuls », parce qu'ils s'en sentent capables ou par lassitude

d'attendre en vain de l'aide. Par contre, cette valeur d'autonomie semblait modulée par les plus âgées, qui préfèrent travailler en binôme, avec un esprit d'entraide où le soutien va de soi dans un « milieu tricoté serré ». Alors, une tendance des soignants à sur ou sous-évaluer le soutien dans leur activité de travail, en fonction de leurs besoins et de leurs attentes, pourrait créer un écart entre les données d'observation par la chercheuse sur le terrain et les données des participants recueillies en entretiens et sur le terrain. Toutefois, l'importance du soutien au travail dépend du vécu subjectif des soignants en activité de travail et de leur perception de la souffrance au travail, recueillis à travers leurs paroles variables selon leur génération, voire leur niveau d'étude.

En entretien individuel, les participants signalaient spontanément une baisse de soutien psychosocial ces dernières années. Cette perception générale semblait être confirmée en rapprochant les résultats du volet soutien social (JCQ) face au stress au travail de l'étude préliminaire (83 % des 42 participants, en 2007) de ceux de cette étude sur la souffrance au travail (71 % des 35 participants, en 2011) incluant le stress. En auto-confrontation, les soignants évoquaient cette évolution de la valeur de soutien d'une génération à une autre : jeunes employés plus centrés sur eux-mêmes ou la difficile conciliation travail-famille; présence accrue du personnel des Agences de placement non impliqué dans les équipes de travail; faiblesse présente des syndicats incapables de créer une solidarité entre les soignants; tendance à centrer sa vie sur des activités hors du travail. Une analyse de la valeur du soutien au travail selon l'âge et même le genre serait

donc intéressante à soumettre à une vaste étude régionale, dans différents secteurs d'activité.

2.6.2 Ampleur et banalisation de la violence, une norme persistante en région.

La violence a émergé de l'étude préliminaire en tant que manifestation et déterminant de la souffrance au travail et dans cette étude doctorale a été extraite des résultats sur les stratégies personnelles. La violence est donc la seule variable présente à chaque niveau du processus de la souffrance au travail, physique et psychologique, quel que soit l'âge et le sexe : être violent, subir de la violence, être témoin de violence, simuler la violence. Une banalisation de la violence semble présente chez les témoins (Carpentier-Roy & Vézina, 2006), mais aussi chez les autres, dans ce contexte régional où la violence est omniprésente dès l'enfance et dans tous les secteurs de la vie.

Selon les résultats de l'entretien individuel, cette violence avait été subie pendant l'enfance par presque la moitié des participants et était encore subie dans la vie privée hors du travail par la moitié d'entre eux. Cependant, le fait d'être violent au travail a été niée d'emblée par les participants, ayant tendance à réduire la violence à une démonstration physique et à en exclure la colère. La colère étant une décharge émotionnelle, elle s'exprime par une réaction impulsive subie par les autres (colère chaude) ou contenue en soi (colère froide). Parmi le tiers des participants avouant « du bout des lèvres » en entretien individuel être violent au travail, une personne sur quatre a

tendance à exprimer de la colère. La violence apparaît donc comme un sujet tabou en région, d'où une sous-évaluation probable de la violence en entretien individuel.

Selon les résultats sur le terrain, l'observation de la violence exercée par la moitié des participants était souvent banalisée : « il n'y a rien là ». À la sous-évaluation de la violence exercée s'ajoutait une sous-évaluation de la violence subie, dite non souffrante à l'instant par les plus âgés. Les sept plus jeunes soignantes subissaient toutes de la violence et une seule exprimait sa colère, dénonçant cette réalité vécue et souffrante. Néanmoins, des victimes de tout âge enduraient parfois la violence sans se plaindre, jusqu'au suicide. De plus, les témoins de violence au travail, muets ou aveugles par tolérance (les plus âgées sans souffrance à l'instant) ou par peur (les plus jeunes en souffrance), pourraient jouer un rôle de prévention en agissant à l'instant contre toute manifestation de violence au travail et en réagissant contre la banalisation de la violence au travail.

Des études sur la banalisation de la violence en Abitibi-Témiscamingue, sur toutes les formes de violence et ses déterminants, pourraient favoriser la reconnaissance du fléau et conduire à des solutions concrètes et applicables dans tous les secteurs d'activité. Soutenue par une volonté politique, l'évolution des mentalités par l'éducation et la culture pourrait être possible en ayant une tolérance zéro violence dès l'école et dans les activités sportives et de loisirs et en apprenant aux gens à dire leurs maux et à négocier les conflits sans violence dans toutes les sphères de la vie. De plus, il est important de

signaler l'existence non controversée du Festival des langues sales, mettant en scène la médisance extrême et l'humour acerbe. Ce festival annuel est très apprécié en région et sert souvent d'exemple dans les milieux de travail, où l'entraînement des uns (manifestation de violence exprimée) se déroule au détriment des autres (déterminant de leur souffrance au travail). En effet, les soignants cherchent à être sélectionnés par une des ligues d'improvisation, afin de participer à ce festival avec plaisir.

2.7 Des déterminants de la souffrance des soignants, mis en perspective

Les résultats de cette étude sur les déterminants de la souffrance des soignants ont permis d'évaluer les idées reçues des partenaires au sujet de la résistance aux changements, de la perte de sentiment d'appartenance et de sens du travail. Alors, un comité de suivi de la recherche a réfléchi aux comportements adaptatifs des soignants, en tant que stratégie nécessaire pour durer au travail. Les résultats sur les déterminants de la souffrance des soignants soulignent un refus des réformes gouvernementales récentes et des ententes syndicales habituelles. Ils mettent surtout en perspective le mode de gestion du personnel par des exemples concrets : cycle de travail 7/7, abandon du concept d'*Humanitude*, mauvaise ambiance de travail. Alors, les soignants se sentant non respectés dans leurs valeurs peuvent en arriver à vivre des expériences dissociatives, en tant que stratégie face à leur souffrance au travail.

2.7.1 Idées reçues des partenaires, évaluées à travers les résultats. Des déterminants de la souffrance au travail supposés par les partenaires au cours de la

rencontre d'introduction à la recherche (perte du sentiment d'appartenance et du sens du travail, résistance aux changements) sont rejetés par la plupart des participants en entretien individuel.

La perte du sentiment d'appartenance n'est retenue que par les plus jeunes soignants et le sentiment d'attachement est reconnu être une source de souffrance par la majorité des participants (20/35). La perte de sens du travail est avouée par une seule personne (entretien, questionnaire) et la résistance systématique des soignants aux changements ne concerne que cinq personnes. Les autres tentent seulement de résister aux changements vécus comme des pertes par les soignants (30/35) : quantité et qualité du travail, heures supplémentaires et rappels des personnes à temps partiel pour effectuer des temps pleins, par exemple.

2.7.2 Réforme du code des professions, dénoncée par les soignants. Les résultats de cette étude ont mis en évidence un malaise chez les soignants, suite à la réforme récente du code des professions. En effet, la nouvelle distribution des tâches enlevait aux infirmières le plaisir de prendre soin et aux préposés aux bénéficiaires le temps d'être en relation avec les patients. Cette réforme imposée a remis en cause le choix de la profession et amené des soignants à vouloir quitter leur métier au plus tôt, car ajoutant de la souffrance à leur souffrance au travail.

Cette modification majeure des tâches prescrites a été réalisée dans un contexte de pénurie financière et humaine, où au manque de personnel s'est ajouté un manque de formations suffisantes et de compétences des infirmières et des infirmières-auxiliaires à exercer leurs nouvelles responsabilités. Par contre, les préposés aux bénéficiaires ont vécu ces modifications, en termes de manque d'utilisation de leurs compétences et même de perte de latitude à utiliser leurs compétences. Ils dénonçaient le gaspillage de leur potentiel humain, venant s'ajouter au gaspillage financier, faute de gestion cohérente des ressources humaines et financières. Les nouvelles conditions de travail des soignants pourraient intéresser moins de candidats à la formation et à l'embauche dans les hôpitaux, aggravant ainsi le manque de personnel notamment dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

2.7.3 Politique de Milieu de vie limitée et concept d'*Humanitude* abandonné.

Dans un contexte de pénurie humaine, la politique de Milieu de vie semble limitée dans son application et de plus en plus considérée « comme une farce » par les soignants, en souffrance au travail. En effet, les patients ne sont pas seulement des clients en perte d'autonomie ayant besoin d'un milieu substitutif pour les aider dans leur vie quotidienne. Ils sont aussi des malades, qui accumulent souvent plusieurs pathologies, ayant besoin de soins et de traitements médicaux dans un cadre hospitalier. Les CHSLD accueillent en priorité des personnes âgées en fin de vie, généralement impossibles à guérir. Selon plusieurs participants, il serait souhaitable que les CHSLD soient réellement des centres de soins palliatifs, renonçant à l'excès de médicaments et

soulageant seulement la douleur et la souffrance des patients. Ils respecteraient ainsi la volonté de ces personnes, quitte à accompagner leur famille dans le processus de deuil à venir.

Dans le contexte de pénurie humaine, le concept d'*Humanitude* a été abandonné récemment au grand désarroi des instructeurs de la méthode sur le terrain. En fait, la philosophie de l'*Humanitude* formulée en dix points en France (Gineste & Marescotti, 1983) s'est éloignée de l'esprit des créateurs en devenant un concept présenté en quatre énoncés au Québec. Son adaptation à un contexte régional québécois semblait déjà ardue, au moment de l'étude préliminaire, au point de proposer à l'Institut Gineste-Marescotti de Montréal d'améliorer concrètement la traduction et l'application de ce concept dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Cette proposition de la chercheuse n'a pas obtenue de réponse, malgré sa double appartenance territoriale, son expérience d'utilisation de l'*Humanitude* en France et ses observations sur l'application de l'*Humanitude* au Québec.

Les instructeurs de la méthode restent à peu près les seuls à l'appliquer sur le terrain, faute de temps pour respecter le rythme du patient, pour favoriser le relationnel et assurer la qualité des soins. De nos jours, la philosophie de l'*Humanitude* se retrouve dans « l'approche relationnelle de soins », formation proposée par l'ASSTSAS, qui serait intéressante à tester dans les conditions présentes du travail des soignants. Néanmoins, les participants s'orientent plutôt vers la formation Oméga centrée sur la

violence des patients ayant des troubles psychiatriques, plus adaptée selon eux à leur réalité régionale en CHSLD. En prévention et en gestion de la violence des patients, déterminant de la souffrance chez les soignants, les partenaires ont été invités dans le rapport final établi par CHSLD à mettre en place ces formations en prévention de la violence des patients, donc du stress et de la douleur des soignants contribuant à leur souffrance au travail.

2.7.4 Baisse de la qualité des soins, une souffrance éthique. De nos jours, la principale valeur des institutions hospitalières est la qualité des services aux clients, alors que celle des métiers de soignants reste la qualité des soins donnés aux patients. Les résultats de cette étude indiquent que l'expression « baisse de la qualité des soins » ne signifie pas pour les soignants « mauvaise qualité des soins », à risque de souffrance éthique chez les soignants. L'expérience infirmière de la chercheur a enrichi l'observation ergonomique habituelle de l'activité de travail, évaluant la qualité des soins effectués par les soignants au-delà de ce qui est habituel, selon des protocoles et des savoir-faire et être établis dans le domaine des soins infirmiers.

En entretien individuel presque tous les participants considèrent donner des soins de bonne qualité, tout en regrettant parfois une baisse de la qualité du travail, à l'origine de leur souffrance. Ils attribuent cette baisse de la qualité des soins, soit aux réformes récentes non suivies de formation suffisante pour savoir-faire dans les règles, soit au manque de personnel laissant moins de temps aux soignants pour appliquer ces règles.

Bien que les participants aient souligné une baisse de la qualité de la manutention de patients en entretien individuel, par vétusté de certains équipements, l'observation sur le terrain a permis de constater une amélioration de l'application de la technique du PDSB, entre l'approche préliminaire et cette étude doctorale. En effet, les changements apportés à l'organisation de la formation en PDSB et à son suivi sur le terrain ont été visiblement efficaces et les arrêts de travail, pour blessures subies en manutention de patients ont apparemment diminués. Entre ces deux études, le rapprochement des résultats sur la douleur musculo-squelettique attribuée au travail confirment une baisse de plus de 50 %. Néanmoins, le PDSB peut encore évoluer et améliorer les techniques de manutention de patients avec ou sans l'aide d'équipements, dans le respect de la santé musculo-squelettique des soignants. Par contre, la qualité des soins perçue comme bonne par les participants en entretien individuel s'est avérée préoccupante en observation sur le terrain. Le manque d'hygiène des préposés aux bénéficiaires s'est aggravé d'une étude à l'autre, car le lavage des mains est de moins en moins fréquent (1 à 5 fois en 8 h) et les toilettes des patients de plus en plus incomplètes et succinctes. L'observation permet de noter des traces de selles laissées dans les plis anatomiques, des peaux abimées et des soins d'escarres négligés. Le manque de qualité des soins se retrouve aussi chez les infirmières-auxiliaires et les infirmières observées sur le terrain, faute de matériel et de produits pour effectuer des pansements dans les règles du métier, de temps pour changer les pansements tous les jours ou surveiller une perfusion régulièrement, de savoir-faire pour enlever les nécroses et mettre à plat les plaies des patients, d'asepsie pour poser une sonde urinaire ou un cathéter sanguin.

Lorsque l'habitude d'une piètre qualité des soins d'hygiène et des soins médicaux est prise par les soignants et devient la norme dans les unités de soins, le risque de souffrance éthique est particulièrement important chez les personnes consciencieuses, voire perfectionnistes. Ces personnes, heurtées dans leurs valeurs de qualité du travail, ont toutes le désir de quitter le métier au plus tôt, de par leur souffrance éthique.

2.7.5 Mode de gestion du personnel : critique du cycle de travail 7/7 en exemple. Un comité de suivi de la recherche a réfléchi au mode de gestion du personnel, en prenant l'exemple des cycles de travail 7/7. Ces cycles de travail sont globalement les plus fréquents dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue et concernent plus de la moitié des participants à cette étude. Le fait de travailler, sept jours consécutifs suivis de sept jours de repos, donne la possibilité de compléter le temps de travail par un rappel. Ces cycles de travail facilitent l'organisation des emplois du temps des soignants par les gestionnaires et assurent une certaine continuité dans les services et les soins pour les patients. Ils sont appréciés par un quart des personnes concernées, celles qui ont des enfants en garde partagée ou qui n'ont pas d'enfant à la maison. Ils sont décriés par les autres qui se sentent épuisés avec des cycles de travail trop longs et par les rappels incessants dépassant parfois un temps plein.

La réflexion de ce comité de suivi de la recherche s'est poursuivie en comparant les modes de gestion définis dans cette étude, pour tenter de répondre à la demande de « 5 jours de suite maximum », formulée après l'étude préliminaire. Avec un mode de gestion

autocratique du personnel, un emploi du temps fixé à l'embauche ou modifié sans l'avis des soignants déjà embauchés imposerait des cycles de travail plus courts à tous, en prévention de la fatigue au travail. Avec un mode de gestion démocratique, l'emploi du temps de chacun serait amélioré seulement avec leur accord, au risque que certains soignants gardent des cycles de travail longs et s'épuisent. Avec un mode de gestion anarchique du personnel, un emploi du temps par unité de soins à remplir librement par les soignants serait à risque de ne pas couvrir toutes les plages horaires et de laisser les fins de semaine toujours aux mêmes personnes, voire au personnel des Agences de remplacement. Quel que soit le mode de gestion du personnel utilisé dans les CHSLD, il semble pouvoir déterminer de la souffrance aux soignants.

En prévention de l'épuisement professionnel, déterminant de la souffrance chez les soignants, les partenaires ont été invités dans le rapport final par CHSLD à considérer la longueur du cycle de travail, voire à supprimer les horaires 7/7.

2.7.6 Mauvaise ambiance de travail et système de clan, un fléau récent et complexe. Suite aux réformes gouvernementales récentes et à l'absence des gestionnaires en ressources humaines sur le terrain, aux valeurs différentes des soignants et des employeurs et au mode de gestion du personnel, une culture organisationnelle de dénonciations a été encouragée dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Les résultats de l'étude soulignent que la dénonciation particulière et la plainte générale des soignants sont vécues en termes de violence au travail, surtout si elles sont dites

injustifiées. Cette culture organisationnelle de dénonciations semble contribuer à la mauvaise ambiance de travail, en s'opposant à la valeur régionale de soutien psychosocial. À court terme, la dénonciation ou la plainte est vue par les uns comme un soulagement et par les autres comme un déterminant de leur souffrance au travail. À long terme, elles créent inconfort, confusion et même remords, surtout si aucune solution ou conséquence ne sont appliquées.

À la suite de réformes récentes et à l'absence des gestionnaires sur le terrain, un contre-pouvoir s'est mis en place par l'intermédiaire de clans dirigés par des chefs naturels. En effet, ces clans sur le terrain protègent leurs membres des exigences excessives, par une résistance organisée et collective aux décisions imposées par les supérieurs (prescription de la technique de manutention, ajout de tâches régulières, obligation des heures supplémentaires). Les chefs de clans établissent aussi des règles tacites pour organiser leur activité de travail (pas aller trop vite et pas en faire de trop, pas répondre à toutes les demandes) et des obligations à leurs membres (être en binôme ou seul, procéder par ordre des chambres) parfois sous la menace. Ces clans soutiennent aussi la valeur régionale de soutien et d'entraide, protègent leurs membres des intimidations et des dénonciations provenant des autres et se défendent aussi par des stratégies (pratiquer l'humour acide, cacher du linge, se venger et dénoncer) qui déterminent de la souffrance aux autres. Ces conflits entre clans apparaissent comme des saboteurs d'ambiance de travail (isolement, souffre-douleur, guerre ouverte) et créent un cercle vicieux entre les déterminants de la souffrance et les stratégies face à la

souffrance au travail. Par conséquent, les partenaires ont été invités dans le rapport final par CHSLD à remédier aux déterminants organisationnels et psychosociaux de la mauvaise ambiance de travail, notamment au système de clans.

Les résultats de l'étude ont mis aussi en évidence une dynamique de transmission malsaine entre ces chefs de clans et les nouveaux embauchés. En effet, sur le terrain les chefs de clans sont souvent des personnes d'expérience, volontaires ou désignées par l'employeur pour orienter les nouveaux embauchés, les laissant libre de transmettre leur façon de faire et surtout leur façon d'être. Les personnes orientées sont en fait désorientées par des messages contradictoires, transmis d'une unité de soins à une autre ou d'un orienteur à un autre, souvent éloigné de la formation scolaire initiale. Cette forme de transmission se répand au fil du temps, à risque de perpétuer de la souffrance au travail chez les soignants et d'indiquer la norme du savoir-faire et d'être dans ce milieu de travail, parfois éloignée des règles du métier.

Les orienteurs et chefs de clan s'octroient donc un double pouvoir sur leurs supérieurs et leurs collègues, influençant l'ambiance de travail dans une dynamique de cercle vicieux en termes de souffrance au travail.

2.8 Des stratégies face à la souffrance des soignants : s'adapter/anticiper ou se dissocier

Le rire et l'humour sont des mécanismes de défense, des réflexes stratégiques contre la souffrance (Cyrułnik, 2006); le rire est une stratégie de régulation des émotions, par l'activation comportementale (Herbert & Forman, 2010). Les résultats de cette étude laissent à penser que les soignants ont tendance à utiliser des stratégies de lutte contre leur souffrance (rire fort, faire de l'humour, se mettre en colère, avoir des gestes violents, prendre des médicaments), tant qu'ils n'ont pas atteint leur limite acceptable de la souffrance au travail. Par contre, les soignants montrent plutôt une propension à fuir leur souffrance au travail (se détacher du travail et se concentrer sur autre chose, s'imaginer ailleurs ou se raconter des histoires), dès qu'ils ont dépassé leur limite acceptable de la souffrance au travail. Entre les stratégies de lutte et de fuite face à la souffrance au travail, l'adaptation au stress au travail à travers le stress d'anticipation a été évaluée avec les comités de suivi de la recherche. En tant que stratégie d'immobilisme par sidération, les expériences dissociatives suite à des événements traumatisants ont été discutées avec des chercheuses en psychologie du travail.

2.8.1 Comportement adaptatif, vu comme une solution à la souffrance au travail. Selon les résultats de cette étude, le comportement adaptatif concerne la moitié des participants interrogés sur la qualité de vie au travail (QVT, Élizur & Skye, 1990). En comités de suivi de la recherche, les uns estimaient que ces comportements adaptatifs pourraient favoriser l'acceptation des changements et le développement de stratégies personnelles face à la souffrance, pour durer au travail. Les autres craignaient plutôt

qu'ils masquent les éléments au cœur de la souffrance, à risque de décompensation grave et brutale de troubles mentaux, conduisant à un absentéisme de longue durée. Par conséquent, même si les comportements adaptatifs sont valorisés par les institutions à court terme, ils pourraient s'avérer néfastes à la santé psychologique des soignants à long terme.

Par exemple, les personnes qui présentent à la fois un comportement adaptatif et un caractère endurant ou persistant (TCI, Cloninger et al., 1993) pourraient être plus tolérantes à la souffrance au travail que les autres. Alors, le risque serait de masquer la perception de la souffrance et de retarder la prise en soins jusqu'à ce que le seuil de tolérance à la souffrance soit dépassé. Des études futures pourraient évaluer dans le temps l'influence des tempéraments persistants dans les capacités d'adaptation des soignants à la souffrance au travail.

La réflexion de l'un des comités de suivi de la recherche s'est orientée sur l'adaptation progressive au stress, élément incontesté de la souffrance des soignants. Elle s'appuyait sur les résultats de cette étude mesurant un stress au travail moins intense en cas de stress d'anticipation (MSP, Lemyre & Tessier, 1988). Ce stress d'anticipation était généralement géré par des stratégies personnelles (courir, se relaxer ou chanter par exemple), impliquant souvent le collectif (téléphoner à une collègue pour connaître les nouvelles ou se rencontrer dans un café pour discuter sur le comment être ou faire suite à des événements récents, par exemple). En comité de suivi de la recherche, les uns

expliquent qu'anticiper peut soulager en partie les soignants de leur souffrance au travail et les autres qu'anticiper les prépare à mieux vivre les difficultés du métier et même à avoir du plaisir au travail. En fait, le stress d'anticipation est vu comme un prolongement intéressant de la peur, capable de mobiliser les soignants vers des stratégies de prévention de leur souffrance au travail. Des études avec un échantillon plus important pourraient approfondir le rôle du stress d'anticipation dans l'adaptation au stress et à la souffrance au travail. Toutefois, toute forme de stress perturbe la santé des soignants et l'adaptation au stress constitue une solution inacceptable, le mieux étant d'intervenir sur les déterminants du stress au travail pour garder le personnel en santé.

2.8.2 Expériences dissociatives, à distinguer de la dépersonnalisation. Les résultats sur les expériences dissociatives vécues dans des métiers soumis à l'urgence ou à des situations traumatisantes ont été discutés entre chercheuses. Les policiers et les pompiers vivent des expériences dissociatives involontaires (physique et émotionnelle) suite au stress post-traumatique (Martin, 2010). Les soignants affirment plutôt que leurs expériences de dissociation sont généralement volontaires (physique, émotionnelle ou cognitive) pour durer au travail, en absence d'antécédent de stress post-traumatique. Par contre, ils vivent du stress d'anticipation qui atténue leur stress au travail. Des études futures pourraient donc évaluer ces expériences dissociatives réflexes ou stratégiques, en fonction du stress post-traumatique ou du stress d'anticipation.

Plus précisément, parmi les deux tiers des participants qui ont tendance à vivre des expériences dissociatives (PDEQ, Marmar et al., 1997, adapté par Martin et al., 1999), la moitié le font volontairement et « recollent les morceaux au vestiaire » après le travail, favorisant *le rester au travail*. Ces stratégies dissociatives des soignants sont vues comme efficaces à court terme, au risque de perturber l'équilibre psychologique des soignants à long terme. Bien que cette dissociation ne semble vécue qu'au travail, les soignants pourraient fragiliser les fondements de leur personnalité et développer des troubles graves de santé mentale. D'autres études pourraient porter sur les effets dans le temps de ces expériences dissociatives sur la santé mentale au travail, car toute dissociation pourrait altérer l'intégrité de la personne en souffrance.

Plus précisément, la réflexion des comités de suivi de la recherche s'est orientée sur l'état de santé mentale du tiers des participants, qui se sentaient ou paraissaient encore dissociés hors du travail (dissociation pathologique). Elle s'appuyait sur les résultats de cette étude au sujet des expériences dissociatives (Martin et al., 1999) et sur ceux de la dépersonnalisation contribuant à l'épuisement professionnel (MBI, Maslach & Jackson, 1981). La dépersonnalisation touchait un quart des participants, dont seulement trois personnes vivaient aussi des expériences dissociatives. Elle n'était pas vue par les soignants comme une stratégie de défense contre le stress, mais plutôt comme un mélange de stress et de fatigue chroniques. En comité de suivi de la recherche, les uns appréhendaient la dépersonnalisation comme un trouble de la personnalité, atteignant ceux qui ont dépassé la limite de leur capacité individuelle à s'adapter aux conditions

actuelles du travail. Les autres s'inquiétaient de cet état de dépersonnalisation, qui pourrait rendre les soignants plus vulnérables aux événements potentiellement stressants et favoriser le stress post-traumatique et les expériences dissociatives. Ces expériences dissociatives stratégiques face au stress et à la fatigue pourraient ne pas être à risque de troubles de la santé mentale, chez les personnes ne souffrant pas de dépersonnalisation et développant des stratégies personnelles efficaces. En attente de prochaines études sur le sujet, les partenaires s'entendent pour dire que l'urgence est d'agir sur les déterminants de la fatigue et du stress au travail, pour prévenir les expériences dissociatives chez les soignants.

Les résultats de cette étude ont amené à l'élaboration d'un modèle contextuel de la souffrance au travail, qui oriente les partenaires et les participants vers des pistes de solutions.

3 Au sujet du modèle contextuel de la souffrance des soignants : complexité simplifiée à vérifier

Le modèle contextuel de la souffrance au travail (voir Figures 12 et 13) suggéré par les résultats de la recherche (voir Tableau 18) illustre un phénomène complexe, même en le simplifiant. Il donne une vision globale du processus de la souffrance et des interactions entre ses différentes parties, dans une dynamique de cercle vicieux. Il guide vers des pistes de solutions destinées à résoudre ou tout du moins à atténuer la souffrance des soignants. Il vise donc les déterminants organisationnels et

psychosociaux de la souffrance, plutôt que les stratégies développées face à cette souffrance.

3.1 Complexité générale du modèle contextuel de la souffrance des soignants

La synthèse des résultats de cette étude (voir Tableau 18), accompagnant les rapports de recherche par CHSLD, a paru d'abord complexe aux partenaires. Elle représentait les nombreuses interactions entre les éléments manifestes de la souffrance des soignants, dont les principales ont été illustrées par des bulles (voir Figure 10), entre les déterminants de la souffrance au travail et entre les stratégies développées face à cette souffrance (voir Tableau 18). A partir de cette synthèse des résultats, le modèle préliminaire de la souffrance des soignants a été amélioré (voir Figure 11) et schématisé afin de situer la place particulière des stratégies dans le processus de la souffrance des soignants et montrer la dynamique en cercle vicieux (voir Figures 12 et 13).

En fait, la violence se retrouve à chaque niveau du modèle contextuel de la souffrance au travail : (1) au centre, la violence exprimée extérieurement (chaude) ou imprimée intérieurement (froide) est le premier élément constituant la souffrance au travail, (2) à la base, la violence subie physiquement ou psychologiquement est un déterminant de la souffrance au travail, (3) sur les côtés, la colère simulée pour asseoir son autorité est une stratégie dissociative face à la souffrance au travail. Le stress est aussi présent à plusieurs niveaux du modèle : (1) au centre, le stress au travail se manifestant physiquement et psychologiquement comme second élément constituant de

la souffrance au travail, (2) à la base, le stress d'anticipation, avec ou sans antécédent de stress post-traumatique, détermine de la souffrance au travail. L'anxiété se retrouve également à deux niveaux du modèle contextuel de la souffrance au travail : (1) au centre, l'anxiété situationnelle s'avère être un élément constitutif de la souffrance au travail, (2) à la base, les traits d'anxiété sont des déterminants personnels de la souffrance au travail et nourrissent le stress d'anticipation au même titre que la peur. Enfin, la dépression se situe à plusieurs niveaux du modèle contextuel de la souffrance au travail : (1) au centre, la dépression au travail est un élément qui apparaît à long terme et amène parfois au suicide, (2) à la base, la dépression hors du travail peut être un déterminant personnel de souffrance au travail. En effet, les tendances dépressives dans la vie peuvent influencer le vécu de la souffrance au travail ou aggraver les manifestations de la souffrance au travail.

D'autres études pourraient vérifier ce modèle complexe de la souffrance au travail, le simplifier ou l'enrichir selon le contexte de travail et les participants à la recherche.

3.2 Complexité au centre du modèle contextuel de la souffrance des soignants

La complexité au centre du modèle de la souffrance provient des onze éléments manifestant cette souffrance des soignants (voir Figure 9), répartis en trois étapes : (1) colère, nervosité et peur à la racine, (2) violence, stress, anxiété, fatigue, douleur au cœur et (3) détresse psychologique, épuisement professionnel et dépression professionnelle au sommet. Les interactions entre ces éléments exprimées spontanément

en entretien individuel par les participants, en moyenne dans la dernière année (voir Figure 10) n'ont pas été toutes relevées le jour de l'observation sur le terrain, où d'autres interactions ont émergées.

Les interactions proposées par les questionnaires n'ont pas été répertoriées dans cette thèse, car elles ne provenaient pas des soignants, décrivant les éléments de leur souffrance en activité de travail. Néanmoins, elles ont pu influencer les relations expliquées par les participants entre les éléments de leur souffrance. De plus, il semble important d'établir des liens scientifiquement objectivables entre les éléments de la souffrance au travail, selon les contextes de travail et les métiers, pour agir en prévention des troubles graves de la santé psychologique. En effet, ces interactions pourraient être un facteur de gravité de la souffrance au travail, en termes de nombre et de composantes, de fréquence et de durée.

3.3 Complexité des déterminants à la base du modèle de la souffrance des soignants

La complexité à la base du modèle de la souffrance des soignants (voir Tableau 18) découle de la multiplicité des déterminants de cette souffrance au travail. Bien que les déterminants professionnels aient été exclus par les soignants de leur préoccupation en termes de souffrance au travail, les déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels de cette souffrance des soignants se côtoient et interagissent entre eux.

Les influences entre les déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels de la souffrance des soignants s'avèrent être généralement à double sens, hormis entre certaines sous-catégories. Toutefois pour l'illustrer, le modèle contextuel de la souffrance des soignants présente seulement les interactions générales entre les déterminants de la souffrance au travail (voir Figure 12). Appliqués à d'autres contextes de travail, les déterminants de la souffrance au travail pourraient aussi contenir diverses catégories et sous-catégories dont les interactions seraient différentes.

3.4 Complexité des flancs stratégiques du modèle contextuel de la souffrance au travail

La complexité des flancs du modèle contextuel de la souffrance des soignants (voir Figures 11 et 12) est issue des stratégies développées par les soignants face à leur souffrance au travail. Elle se décline en trois points, illustrés par des exemples extraits des résultats de cette étude.

Au premier point, la présence de stratégies peut masquer l'importance des éléments au cœur de la souffrance au travail et minimiser la réalité des déterminants de cette souffrance. Par exemple, la consommation régulière de psychotropes, de café ou de drogues peut amener les soignants à nier leur souffrance et à ne pas intervenir sur les déterminants de leur souffrance au travail.

Au deuxième point, certaines stratégies peuvent être efficaces contre la souffrance d'une personne et créer de la souffrance chez d'autres, être utile à court terme mais pas à

long terme chez la même personne. Par exemple, le sur investissement au travail des soignants accumulant des heures supplémentaires au travail semble à la fois un déterminant de leur souffrance au travail (de la fatigue à l'épuisement professionnel) et une stratégie associative pour fuir leur souffrance hors du travail. Le risque de ce surinvestissement des uns est de créer de la souffrance chez les autres, par des comportements autoritaires, des troubles de l'humeur ou autres, comme observés. Un autre exemple au sujet de l'appartenance des soignants à un clan, stratégie de protection contre l'intimidation et déterminant d'exactions contre les autres. En effet, cette appartenance à un clan amène souvent la personne à suivre des valeurs imposées et à poser des gestes non voulus, d'où les difficultés à comprendre sa souffrance atténuée et amplifiée à la fois.

Au troisième point, la place des stratégies dans le modèle contextuel de la souffrance est importante à prendre en compte. En effet, les stratégies associatives des soignants sont dites préventives des manifestations de leur souffrance au travail et les stratégies dissociatives un dernier recours avant les conséquences de la souffrance au travail. Les soignants utilisent l'une ou l'autre, voire les deux, selon leurs besoins du moment de soulager certains éléments au cœur de leur souffrance au travail. Parmi les stratégies associatives, le fait de « se mettre sous la protection d'un clan » et le présentéisme semblent efficaces à court terme, mais pas à long terme. Parmi les stratégies dissociatives, « établir des règles d'exclusion » visant les personnes jugées incompetentes ou dérangeantes, asociales ou caractérielles semble être vécu

positivement à long terme par les soignants, bien que rarement appliqué. Les autres stratégies dissociatives ajoutent avec le temps de la souffrance à leur souffrance au travail.

Par conséquent, des liens complexes relient les stratégies entre elles, comme aux éléments et aux déterminants de la souffrance des soignants, voire aux conséquences de celle-ci. La simplification de ces relations établies par les soignants, entre leurs stratégies et les autres parties du processus de la souffrance au travail (voir Tableau 18), a été réalisée pour alléger le modèle proposé (voir Figures 12 et 13). Néanmoins, appliqué à d'autres contextes de travail, ces stratégies face à la souffrance au travail pourraient présenter d'autres sous-catégories en interactions particulières.

3.5 Lecture collective finale du modèle contextuel de la souffrance des soignants

À la présentation finale des résultats généraux de la recherche dans les CHSLD, le modèle contextuel de la souffrance des soignants a été expliqué (voir Tableau 18) et simplifié (voir Figures 12 et 13) pour en améliorer la compréhension par les partenaires et les participants. Ils étaient disposés à agir ensemble sur les déterminants organisationnels et psychosociaux à la base du modèle contextuel de la souffrance au travail, à condition que les soignants agissent individuellement sur les déterminants personnels de leur souffrance.

Le premier constat était que la restriction des effectifs de soignants et la diminution des lits en psycho-gériatrie en région, comme la nouvelle distribution des rôles et des tâches entre les métiers, ont été imposées par le gouvernement, sans perspective de retour en arrière. Le second constat était qu'une gestion plus démocratique du personnel, avec convergence des valeurs, semble impossible sans volonté politique plus large. Le troisième constat portait sur les déterminants personnels de la souffrance des soignants (attachement et illusion, empathie et antipathie) vus comme intégrés à la personnalité, d'où le besoin d'une évolution de la personne au long court, indépendamment du travail. En effet, la place restreinte des déterminants personnels de la souffrance dans le modèle proposé était critiquée, ainsi que le manque de distinction entre la part individuelle et la part collective dans les éléments constitutifs de la souffrance des soignants.

Malgré tout, ce modèle conceptuel de la souffrance des soignants a été approuvé par le milieu lors de la présentation des résultats généraux et sa divulgation proposée à tous les CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue. En fait, bien qu'un même déterminant de la souffrance au travail puisse produire diverses manifestations de la souffrance chez les soignants, que plusieurs déterminants puissent induire des stratégies identiques et que chaque déterminant semble solliciter des stratégies particulières, le modèle proposé mérite d'être testé dans différents milieux de la santé. À la suite de la présentation des résultats généraux à l'université (UQAT), l'agence de la santé et des services sociaux a réalisé dans les CHSLD une enquête visant à confirmer certains résultats de cette étude et à encadrer quelques changements organisationnels. Elle a soutenu la chercheure dans

son offre d'intervention ergonomique, afin d'accompagner les CHSLD dans une dynamique de changements favorable au *rester au travail en santé*. Toutefois, une équipe multidisciplinaire serait préférable pour intervenir ponctuellement et durablement en santé mentale au travail.

Ce modèle conceptuel de la souffrance au travail, une fois testé dans d'autres régions et milieux de travail, pourrait évoluer vers un modèle conceptuel généralisable à tout contexte et s'appuyant sur une définition de la souffrance au travail reconnue dans tous les milieux. Alors une théorisation ancrée pourrait être réalisée par une recherche qualitative, donnant une perspective universelle à la souffrance au travail.

4 Contribution à l'avancement des connaissances et retombées de l'étude

Les principales contributions à l'avancement des connaissances scientifiques sont supportées par la technique d'évaluation de la gravité de la souffrance, inspirée de celle de la douleur (Lacharme, & Alderson, 2013, 2014) et par le modèle contextuel de la souffrance des soignants guidant vers des pistes de solutions (voir Tableau 18 et Figure 13). Elles pourraient intéresser particulièrement l'ergonomie en termes de compréhension approfondie des troubles musculo-squelettiques liés au travail, à la recherche de solutions durables. Elles pourraient aussi interpeler la psychologie au travail dans sa compréhension du lien entre le stress et les expériences de dissociation. En attendant, les retombées de cette étude se concrétisent par des actions ciblées et mises en place dans les CHSLD participants en Abitibi-Témiscamingue.

4.1 L'avancement des connaissances sur la souffrance des soignants, par le modèle contextuel dégagé des résultats

Les résultats de cette étude doctorale ont contribué à une meilleure connaissance du phénomène de la souffrance au travail et à l'évolution du modèle contextuel de la souffrance des soignants, entre les Figures 5 et 13. En effet, les éléments par lesquels la souffrance des soignants se manifestent ont été mis en perspective, c'est-à-dire complétés, ordonnés et hiérarchisés selon le vécu des participants : (1) colère/nervosité/peur, (2) violence/stress/douleur/fatigue/anxiété, (3) épuisement professionnel/détresse psychologique/dépression. Les interactions entre les déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels ont été relevées et l'acceptation sans condition des déterminants professionnels inhérents au métier interrogée. La place des stratégies associatives en prévention et des stratégies dissociatives en palliation de la souffrance au travail a été évaluée en terme d'efficacité par les participants, à court et à long termes. Toutefois, les stratégies permettent de mieux vivre avec la souffrance au travail, mais pas de l'éviter ou de l'éliminer.

L'intérêt du modèle contextuel de la souffrance des soignants est de schématiser le cercles vicieux qui complexifient le processus linéaire de la souffrance au travail (déterminants, manifestations, conséquences). Il s'agit des interactions entre les éléments constituant cette souffrance, de la présence de la violence à chaque niveau du modèle (élément, déterminant, stratégie), du système de clans à la fois stratégie associative et déterminant de la souffrance de soignants, des stratégies associatives évoluant vers des stratégies dissociatives et poussant hors du travail, lorsque la limite

acceptable de la souffrance et même le seuil de tolérance à la souffrance sont dépassés. Cette dynamique complexe de la souffrance au travail et ses fondements seraient à tester par d'autres études et dans d'autres milieux, même si une partie du contenu du modèle change selon le contexte de travail et les métiers en présence.

4.2 L'avancement des connaissances par les résultats de cette étude, utile à l'ergonomie et à la psychologie du travail

Quoique de nombreuses études ergonomiques s'intéressent aux troubles musculo-squelettiques (TMS), la problématique persiste encore de nos jours, faute d'approche de la douleur qui les signe et de la souffrance qui se manifeste avec le temps (voir Figures 1 et 2). Afin de mieux cibler les déterminants de la douleur à la souffrance au travail et de mieux convaincre les décideurs de mettre en place des changements efficaces et durables dans l'organisation du travail, il serait pertinent d'étudier les manifestations de la douleur chronique au travail et ses interactions avec les autres composantes de la souffrance au travail (voir Figures 8, 9 et 10). Il s'agit d'une approche systémique de la santé physique et mentale au travail s'appuyant sur une analyse de l'activité à risque de douleur chronique par TMS, complétée par une analyse des grilles d'observation des signes de douleur et autres éléments de souffrance.

Plusieurs études en psychologie du travail relient les expériences dissociatives réflexes au stress post-traumatique, suite à des événements traumatisants, comme nous l'avons vu dans le revue de la littérature. Les résultats de cette étude doctorale ouvrent une nouvelle perspective de recherche dans la compréhension du stress au travail et des

stratégies de gestion du stress. En effet, les soignants décrivaient spontanément leurs réactions de stress (d'anticipation et au travail) et leurs expériences dissociatives volontaires sur le terrain, avant de se reconnaître dans les échelles de réactions physiques et émotionnelles au stress (ERPI et EREI) et dans le questionnaire sur les expériences dissociatives (PEDQ) (voir Annexe D). Un article plus détaillé sur le sujet sera rédigé prochainement. Toutefois, une étude comparative entre la dissociation volontaire suite à un stress d'anticipation et la dissociation réflexe suite à un stress post-traumatique pourrait amener à une meilleure compréhension du stress et des stratégies de dissociation, à évaluer à court et à long terme en tenant compte des risques pour la santé mentale au travail.

4.3 Dynamique de changements face à la souffrance au travail, dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue

Les partenaires de cette étude doctorale ont reconnu que la souffrance au travail dépend en grande partie de l'organisation du travail et les participants ont compris que les gestionnaires en ressources humaines sont souvent « pris entre deux feux » et n'ont pas les mains libres pour remédier à la souffrance au travail. Néanmoins, les transformations nécessaires de la situation de travail des soignants, susceptibles de diminuer leur souffrance au travail, sont en cours.

Bien que les partenaires aient refusé de s'engager dans le contrat social de la recherche à faire des changements suite aux résultats de cette étude, ils ont pris la liberté d'agir avant la fin du déroulement de la recherche. En effet, les pré-résultats généraux

présentés à la deuxième rencontre des comités de suivi de la recherche ont incité les décideurs à poser des actions variables selon le CHSLD : embauche d'une infirmière en gestion du personnel et en aide à l'activité de travail, ébauche d'une politique tolérance zéro violence et roulement du personnel auprès des patients les plus difficiles. La présentation des résultats généraux a incité des soignants et des partenaires à prendre des décisions immédiates : arrêt de travail ou du travail non rémunéré, changement de métier ou de lieu de travail, changement d'horaire ou d'organisation dans la vie privée, modification des disponibilités au rappel et aux heures supplémentaires, refus ou demande d'orienter les nouveaux. La remise des résultats individuels et l'auto-confrontation finale ont amené les participants à réfléchir : sur leur rôle dans la souffrance au travail, sur leur capacité réelle face à la pénibilité de la tâche, sur la violence en contrôlant leur colère et en évitant les commérages et le harcèlement, sur leur douleur en adaptant leur technique de travail, sur leur fatigue en prenant des pauses de qualité et en veillant à la qualité de leur sommeil, sur leur stress en améliorant l'organisation de leur travail.

Les rapports de recherche par CHSLD accompagnés du Tableau 18 ont orienté ensuite les priorités de changements : faire rouler le personnel entre les unités de soins et selon leurs compétences, isoler les personnes asociales et les chef de clans, limiter les heures supplémentaires à un temps plein, respecter des temps de repos minimum entre les périodes de travail, déplacer une porte et changer les roues (Rotacaster) des chariots de soins. Avec l'aide de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux, les

partenaires de la recherche continuent à introduire des changements dans leur CHSLD : donner du pouvoir réel aux infirmières, faire des enquêtes régulières de satisfaction au travail, appliquer la politique de « violence, tolérance zéro », former des collectifs de travail, adopter un temps et un espace de parole et de partage sur l'activité de travail. Toutes ces dispositions pourraient améliorer les conditions du travail pour déconstruire durablement la souffrance au travail et favoriser le *rester au travail en santé* des soignants de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

Des articles de vulgarisation des résultats de cette étude publiés dans divers médias locaux et nationaux contribuent à la poursuite de ces changements dans les CHSLD. Un projet de capsules théâtrales à réaliser avec des acteurs locaux est présentement en attente de subventions. Les dirigeants des CHSLD proposaient de diffuser les résultats de cette étude d'une façon ludique et accessible à tout public en Abitibi-Témiscamingue, afin de déconstruire la banalisation de la violence et de mettre en scène différentes stratégies de prévention.

Conclusion

Comme l'important est de considérer chaque problème comme une totalité et non en tant que somme des parties (Krishnamurti, 2014), cette approche globale et systémique du phénomène de la souffrance des soignants a été centrée sur l'ensemble de leur activité de travail et sur leur santé générale (physique et psychologique). À visée ergonomique, cette étude descriptive de la situation de travail et des conditions difficiles de sa réalisation dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue s'est déroulée au plus près de la réalité vécue par les participants. Il s'agissait de favoriser le rester en santé des soignants, par la compréhension de la nature de leur souffrance au travail, des déterminants aux manifestations, des stratégies développées face à la souffrance aux pistes de solutions, à tester dans le temps. Suite à la remise des résultats dans les milieux étudiés, des changements organisationnels et personnels ont été mis en place par les partenaires et les participants pour transformer les conditions collectives du travail et la réalité individuelle des soignants en souffrance, à vérifier lors d'un suivi de cette recherche-intervention.

Comme comprendre la nature de la souffrance signifie l'appréhender dans sa globalité et non pas à travers les éléments la constituant, cette étude doctorale n'a pas suffisamment innovée pour suivre une démarche multidisciplinaire (sociologique, psychologique et ergonomique) capable de répondre réellement à ses objectifs. De plus, l'investigation des déterminants de la souffrance au travail par différentes méthodes

qualitatives (observation, écoute, analyse de l'activité) ne permet pas de démontrer le processus de la souffrance dans une dynamique de causes à effets et d'influencer les personnes ayant réellement le pouvoir d'agir, c'est-à-dire le gouvernement par des lois et des politiques. De même, l'évaluation des stratégies développées face à la souffrance au travail en termes d'efficacité n'aboutit pas à des solutions durables, pour garder les soignants en santé sans action sur les principaux déterminants de cette souffrance. Par conséquent, il semble nécessaire de réaliser une approche mixte des phénomènes complexes reliés au travail et d'utiliser de nouveaux outils pour les comprendre dans leur ensemble. Une méthode intégrée et simplifiée, s'appuyant sur le modèle conceptuel de la souffrance au travail proposé dans cette étude, permettrait de déconstruire la souffrance au travail et de rompre sa dynamique interne dite en « cercle vicieux » en prévention durable de la souffrance des travailleurs.

Comme transformer la souffrance en plaisir au travail demande des changements organisationnels, psychosociaux et personnels pouvant être longs à mettre en place, il semble urgent que les soignants et les responsables des ressources humaines réfléchissent ensemble à des solutions immédiates à la souffrance éthique, relationnelle et identitaire au travail. Des échanges constructifs dans des espaces temps de parole pourraient traiter des sujets suivants :

- la concordance entre les valeurs institutionnelles et personnelles;
- le maintien du sens du travail entre qualité et quantité;
- l'éradication de la violence au travail;

- le respect mutuel et le reconnaissance informelle;
- un partage équitable des pouvoirs et une participation démocratique aux décisions;
- une meilleure distribution des rôles et des tâches, selon le sens du métier;
- l'amélioration des compétences professionnelles, par une formation continue applicable concrètement sur le terrain;
- une codification du travail d'équipe dans une dynamique d'interdépendance acceptée et d'entraide spontanée;
- la conciliation travail-famille-vie personnelle favorable à la réalisation de soi.

Alors, entre plaisir et souffrance au travail, les soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue pourraient plus sûrement *rester en santé au travail*, une fois les solutions implantées.

Références

- Albert, E., Bellinghausen, L., Collange, J., & Soula, M.C. (2010). Mesurer le stress professionnel. *Elsevier*, 71(2), 130-138.
- Alderson, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance* (Thèse de doctorat inédite). Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, QC.
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280.
- Alderson, M., Morin, E., St-Jean, M., & Ouellet, F. (2005). La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 209-222.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: Authors.
- ANACT. (2011). *Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*. Repéré à http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS?p_thingIdToShow=23463588
- ASSTSAS. (2004). *Cahier du participant : PDSB (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires)*. Objectif prévention. Repéré à <http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pdsb.html>
- Balier, C. (2005). *La violence en abyme : essai de psycho-criminologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Baumgarten, M., Becker, R., & Gauthier, S. (1990). Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 221-226.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bellot, S. (2015). *Le suicide en A.T. : portrait statistique*. Centre intégré de santé et des services sociaux. 21 p.

- Benady, S. (2003). Quebec's health restructuring has doctors felling left out. *Medical Post*, 39, 5-6.
- Bergeron, J., & Landry, M. (1983). State-trait anxiety in french-english bilinguals : Cross-cultural considerations. Dans C. D. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Éds), *Cross-cultural anxiety* (pp. 157-176). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bergeron, J., Landry, M., & Bélanger, D. (1976). The development and validation of a french form of the state-trait anxiety inventory. Chapter 4 In C. D. Spielberger et R. Diaz-Guerrero (Éds), *Cross cultural anxiety*. New York: Halsted Press/Wiley.
- Beynon, C., & Reilly, L. (2001). Spinal shrinkage during a seated break and standing break during simulated nursing tasks. *Applied Ergonomics*, 32(6), 617-622.
- Bigaouette, M. (2007). *Hébergement et SST : un mariage réussi*. *Objectif prévention*, 30(2), 12-13.
- Bigaouette, M. (2009). Absentéisme en santé mentale. Droit des clients, droits des soignants. *Objectif prévention*, 32(3), 29-31.
- Biron, L. (2006). La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs. *CAIRN info*, 36, 209-224.
- Biron, C., Brun, J.P., & Ivers, H. (2006). At work but ill: psychosocial work environment and well-being determinants of presentism propensity. *Journal of Public Mental Health*, 5(4), 26-37.
- Blanchot, M. (1973, réédition 1984, 1992). *Le pas au-delà*. Paris : Éditions Gallimard.
- Boiral, O., & Verna, G. (2000). Éthique de la compétence et gestion stratégique de l'incompétence. *Revue du MAUSS*, 15, 326-345.
- Borg, G. (1970). Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2, 92-98.
- Borg, G. (1982). *An introduction to Borg's RPE-scale*. Ithaka, New York: Movement Publications.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé chez les infirmières. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 136-154.

- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P. J., Brisson, C., ... & Ouellet, J. P. (2005). Une intervention en CHSLD visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *PISTES*, 7(2).
- Bourque, P. & Beaudette, D. (1982). Traduction de l'inventaire de dépression de Beck. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Quintard, B., Nuisssier, J., Cousson-Gélie, F., & Aguerre, C. (1997). Stress professionnel et santé. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 33, 61-74.
- Brun, J.-P. (1992). *Les hommes de lignes : analyse des phénomènes sociaux et subjectifs dans l'activité de travail des monteuses de lignes électriques*. (Thèse de doctorat non publiée en ergonomie). École Pratique des Hautes Études, Paris.
- Brun, J.-P. (1994a). Les hommes de lignes : analyse des phénomènes sociaux et subjectifs dans l'activité de travail des monteuses de lignes électriques. *Le Travail humain*, 57(1), 89-93.
- Brun, J.-P., (1994b). *Une approche francophone de la santé mentale au travail : étude de psychodynamique du travail auprès des monteuses de lignes électriques*. Québec : Faculté des sciences de l'administration, Université Laval.
- Brun, J.P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail: Une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines* (Études et recherches / Rapport No. R-342). Québec, Canada : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-342.pdf>
- Brun, J. P, Biron C., & St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail* (No. RG-618). Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Repéré à http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100471.html
- Brun, M. (2000). *Risques psychosociaux : repérez les souffrances au travail*. Journée de réflexion du Comité de gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations intitulée : Travail, reconnaissance et dignité humaine. Repéré à www.cgsst.com
- Budzynski, T.H., & Stoyva, J.M. (1973). An electromyographic feedback technique for teaching voluntary relaxation of the masseter. *Journal of Dental Research*, 52, 116-119.

- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*. Zoom Santé, Institut de la statistique du Québec, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé.
- Cannon, W.B. (1939). *The wisdom of the body* (2^e éd.). New York : W.W. Norton.
- Canouï, P. (1996). *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept d'épuisement professionnel, le burn-out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique* (Thèse de doctorat éthique et biologie). Université Paris V.
- Canouï, P., & Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses*. Paris : Masson.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1990). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Département de sociologie, QC.
- Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Québec : Éditions Octarès et les Presses de l'Université Laval.
- Carpentier-Roy, M.C., & Vézina, M. (2006). *Le travail et ses malentendus. Enquêtes de psychodynamique du travail au Québec*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Chanlat, J.F. (1990). Théories du stress et psychopathologie du travail. *Revue prévenir*, 20, 117-125.
- Chartan, N. (2004). *Le burnout est un terme de souffrance*. France : Preventica, psychologie du travail, CHU de Nancy.
- Chenier, N., & Renon-Chenier, S. (2004). L'épuisement professionnel : vers des interventions organisationnelles. *Psychologie Québec*, 21(6), 39-40.
- Cloninger, C.R., Svrakis D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme?* Paris : Éditions La Découverte. 274 p. Réédition (1998). *Le travail sans l'homme? : Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : Éditions La Découverte.

- Clot, Y. (2005). Métier en souffrance et clinique du travail. Dans M. Jouvert & C. Louzoun (Éds), *Réponse à la souffrance sociale* (pp. 61-73). France : Collection : Études et recherches, actions en santé mentale en Europe, Erès.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : Éditions La découverte.
- Clot, Y., & Dejours, C. (2012). Plaisir et souffrance au travail, deux regards. *Sciences humaines*, 242(11), 6.
- Cloutier, E., Baril, R., & Drolet, D. (2000). Défricheurs de pistes. Antoine Laville. *PISTES*, 2(2), 10.
- Corin, E., Bibeau, G., Martin, J.C., & Laplante, R. (1990). *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal : Presses universitaires de Montréal.
- Côté, K., & St Pierre, S. (2010). Le harcèlement psychologique chez les infirmières : une réalité troublante. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 955-979.
- Courcy, F., & Savoie, A. (2003). L'agression en milieu de travail : qu'en est-il et que faire? *Gestion*, 28(2), 19-25.
- Courcy, F., Savoie, A. & Brunet, L. (2004). *Violences au travail. Diagnostic et prévention*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle française de la WCC. *Psychologie française*, 41(2), 155-164.
- Cousson-Gélie, F., Raheissou, C., Bruchon-Schweitzer, M., & Taytard, A. (1999). Quels sont les liens entre les styles de coping et la qualité de vie? *Psychologie et psychométrie*, 20(1), 25-36.
- Cousson-Gélie, F., Taytard, A., & Quintard, B. (1998). L'évaluation des stratégies de coping chez des patients asthmatiques. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 48, 89-94.
- Cyrułnik, B. (2006). *De chair et d'âme*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrułnik, B. (2009). *La résilience ou comment renaitre de sa souffrance?* France : Éditions Fabert.

- Davezies, P. (2011). Des origines de la souffrance au travail à sa prévention. *Revue santé et travail*, 76, 1-4.
- Dejours, C. (1980a). *Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Le Centurion.
- Dejours, C. (1980b). La charge psychique de travail. Dans Société française de psychologie du travail (Éd.), *Équilibre ou fatigue par le travail?* (pp. 45-54). Paris : Entreprise moderne d'édition.
- Dejours, C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris : Éditions Payot.
- Dejours, C. (1987). Aspects psychopathologiques du travail. Dans C. Levy-Leboyer & J. C. Spérandio (Éds), *Traité de Psychologie du travail* (pp. 729-748). Paris : Presses universitaires de France.
- Dejours, C. (1988). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris : Éditeur AOCIP.
- Dejours, C. (1993). Pour une clinique de la médiation entre psychanalyse et politique : la psychodynamique du travail. Communication à la Société psychanalytique de Montréal. *Revue TRANS*, 3, 131-156.
- Dejours, C. (1995a). *Le facteur humain au travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dejours, C. (1995b). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le Travail humain*, 58(1), 1-16.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dejours, C. (2008). Le travail : que signifie ce terme en clinique et en psychopathologie du travail. *L'information psychiatrique*, 84, 801-807.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir*, 20, 127-149.
- Dejours, C. & Molinier, P. (1994). De la peine au travail. *Autrement*, 142, 138-151.
- Delbrouck, M. & Frenette, J. (2008). *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : Éditions De Boeck.
- Delmas, P. (2001). La qualité de vie au travail. Validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec*, 8 (6), 16-28.

- Delobbe, N., Karnas, G. & Vanderberghe, C. (2002). *Bien-être au travail et transformations des organisations*. Belgique : Presses universitaires de Louvain.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Deziel, P. (1985). *Validation d'une grille d'observation du comportement non-verbal en considérant les mouvements des bras et des avant-bras* (Mémoire de maîtrise). Université de Trois-Rivières, QC.
- Dion, G. (1996). L'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson : validation de la traduction et indépendance factorielle des sous-échelles et de l'inventaire de dépression de Beck (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laval, QC.
- Dion, G. & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-227.
- Dolan, S.L. & Arsenault, A. (1980). *Stress, santé et rendement au travail*. Montréal : École des relations industrielles de l'Université de Montréal, Monographie 5.
- Dolan, S.L. & Arsenault, A. (2009). *Stress, estime de soi, santé, travail*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dressen, M. & Durand, P. (2011). *La violence au travail*. France : Éditions Otarès.
- Ducharme, F., Pérodeau, G. & Trudeau, D. (2000). Perceptions, stratégies d'adaptation et attentes des femmes âgées aidantes naturelles dans la perspective du virage ambulatoire. *Revue canadienne en santé mentale communautaire*, 19(1), 79-103.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B.K., Saulnier, P. & Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 257-278.
- Durand, M.J. & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 3(2). Repéré à www.pistes.uqam.ca/v3n2/articles/v3n2a5.htm.
- Edmond, A. (2003). *Travailler sans y laisser sa peau*. Québec : Les éditions Québecor.

- Ehrenberg, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale, *Esprit*, 304, 133-156.
- Elizur, D. & Skye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology : An International Review*, 39(3), 275-291.
- Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Éditions Estem.
- Evers, W., Tomic, W. & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 439-454.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Freedy, J. R. (1994). A review of the "Potential Stressful Events Interview": A comprehensive assessment instrument of high and low magnitude stressors. *The Behavior Therapist*, 17(3), 66-67.
- Fassin, D. (2002). La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion. *Évolution Psychiatrie*, 67, 679-689. doi : 10.1016/s0014-3855(02)00163-9
- Fields, H.L. & Heinricher, M. (1985). Anatomy and physiology of a nociceptive modulatory system. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 308, 361-374.
- Fillion, L., Desbiens, J. F., Truchon, M., Dallaire, C. & Roch, G. (2011). Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie, selon le milieu de pratique. *Psycho-oncologie*. New York: Springer, 5(2), 127-136.
- Fillion, L., Tessier, R., Tawadros, É. & Mouton, C. (1989). Stress et immunité. Étude de validité d'une mesure de stress psychologique. *Psychologie canadienne*, 30(1), 30-38.
- Fillion, L., Truchon, M., L'heureux, M., Gélinas, C., Bellemare, M., Langlois, L.,...& Robitaille, M.A. (2013). *Amélioration des services et des soins de fins de vie. Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières*. Montréal : IRSST.
- Forcier L., Beaugrand S. & Lortie M. (2001). L'ABC de l'utilisation d'un questionnaire sur la santé musculo-squelettique : de la planification à la diffusion des résultats. *IRSST, Guide technique RG-270*.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St Louis, Mo.: Mosby.

- Fordyce, W. E. (1994). Pain and suffering: What is the unit ? *Quality Life Research*, 3(1), S51-S56.
- Forest, J. (2006). *Vérification de l'effet de la passion et la satisfaction des besoins de base sur la performance, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, l'état de flow et la vitalité subjective au travail* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC
- Fradin, J. (1990). *L'intelligence du stress*. Paris : Éditions Eyrolles.
- Fradin, J. (2009). Du stress en situation d'incertitude et de crise : une lecture neuronale et comportementale. Dans T. Portal (Éd.), *Crises et facteur humain : les nouvelles frontières mentales des crises* (pp. 93-106). Bruxelles : Éditions de Boeck Université.
- Freud, S. (1968). *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*. Paris : Payot. (Ouvrage original publié en 1920).
- Freud, S. (1968). *Les pulsions et leur destin*. Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1915).
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gagné, M., & Forest, J. (2008). The study of compensation systems through the lens of self-determination theory: Reconciling 35 years of debate. *Canadian Psychology*, 49, 225-232.
- Gamberale, F., Iregren, A. & Kjellberg, A. (1990). Assessing the effects of the work environment on man with computerized performance testing. Dans W. Karwowski, A. M. Genaidy, & S. S. Asfour (Éds), *Computer Aided Ergonomics: A Researchers Guide* (pp. 381-396). London : Taylor et Francis.
- Granier, M., Bourchenin, P., Perrin, P., Beuchot, J., Labourayre, J. L., Samuel, A., ... & Jandrot, P. (2001). *Méthode d'analyse des manutentions manuelles, destinées aux établissements et personnels de soins*. Repéré à http://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrBTvsQsr5VQ6wASFjrFAx.;_ylu=X3oDMTByNXM5bzY5BGNvbG8DYmYxBHBvcwMzBHZ0aWQDBHNIYwNzcg--/RV=2/RE=1438589585/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.premiers-secours24-40.com%2fmedias%2ffiles%2fmethode-d-analyse-manutention-manuelle.pdf/RK=0/RS=0G7VpvKqwmrxUhzvqwoK6kT2i90-
- Genest, C., Leclerc, C. & Moranda, M.F. (2005). Les conduites de retrait comme stratégies défensives face au harcèlement psychologique au travail. *PISTES*, 7(3).

- Gineste, Y. & Marescotti, R. (1983). *Vivre et mourir debout*. Conférence au congrès international de gérontologie de Limoux (France). Repéré à <http://users.skynet.be/fb762261/3LaMetho.html#vivre>
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2005). *Humanitude*. Paris : Édition Armand Colin.
- Gollac, M. & Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius. L'intensification du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114, 59-60.
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2003). L'analyse des conditions de travail. Dans J. Allouche (Éd.), *Encyclopédie des ressources humaines* (pp. 250-257). Paris : Vuibert.
- Gombay, K. (2012). *La mémoire neuronale, la clé pour apprivoiser la douleur chronique*. Repéré à <https://cusc.ca/newsroom/news/memoire-neuronale-cle-pour-apprivoiser-douleur-chronique>.
- Gray-toft, P. & Anderson, J. G. (1981). The nursing scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-13.
- Gray-Toft, P. & Anderson, J.G. (1985). Organizational stress in the hospital: Development of a model for diagnosis and prediction. *Health Services Research*, 79, 753-774.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (1997). *Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie*. Lyon : Anact.
- Hadot, P. (2002). *Exercices spirituels et philosophie antique*. Paris : Albin Michel.
- Halbesleben, J.R.B. & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and stress*, 19, 208-220.
- Hansen, A. J. (1993). OSHA regulation of ergonomie health. *Journal Occupational Medicine*, 35(1), 42-46.
- Hansez, I. & De Keyser, V. (2002). Diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. Dans M. Neboit & M. Vézina. *Santé au travail et santé psychologique* (chapitre 14, pp. 189-206). Toulouse, France : Éditions Octarès.
- Hansez, I. & De Keyser, V. (2003). Job control in changing work environments. Dans F. Avallone, A. Caetano & H. Sinangil (Éds), *Identity and diversity in organizations* (pp. 42-50). Milan, Italy: Guerini-Studio.

- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post skinnerian approach to language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hecaen, H., Ajuriaguerra, J. & Massonet, J. (1951). Les troubles visioconstructifs par lésion pariéto-occipitale droite. *Encéphale*, 40, 122-179.
- Henry, M. (2004). *Auto-donation. Entretiens et conférences* (2^e éd.). Paris : Éditions Beauchesne.
- Herbert, J.D. & Forman, E.M. (2010). Cross-cultural perspectives on post-traumatic stress. Dans G. M. Rosen & B. C. Frueh (Éds), *Clinician's guide to post-traumatic stress disorder* (pp.235-261). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, CA: William Kaufmann.
- Hillman, P. & Wall, P.D. (1969). Inhibitory and excitatory factors influencing the receptive fields of lamina 5 spinal cord cells. *Experimental Brain Research*, 9, 284-306.
- Hirigoyen, M.F. (1998). *Le harcèlement moral au travail : la violence perverse au quotidien*. Paris : Éditions La découverte et Syros.
- Hirigoyen, M. F. (2001). *Malaise dans le travail, harcèlement moral : démêler le vrai du faux*. Paris : Éditions La découverte et Syros.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of ressources: A new attempt at conceptualising stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S.E. & Freedy, J. (1993). Professional burnout: Recent developments in theory and research. Dans C. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Éds), *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout* (pp. 115-129). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Hubschmid, M., Berney, A., Aybek, S. & Vingerhoets, F. (2008). Trouble dissociation : une Clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie. Articles thématiques : psychiatrie de liaison. *Revue médicale suisse*, 144, 412-416.
- Huskicson, E.C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 9, 1127-1131.
- IASP. (1979). Subcommittee on taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 247-252.
- International Association for the Study of Pain, IASP. (1982). *Pain*, 14, 205-206.

- Ilfed, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 12-15.
- INRS. (2007). Suicide en lien avec le travail. *Page éditoriale*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/suicide-travail/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2011a). Épuisement professionnel ou burn-out : quand l'investissement professionnel devient trop lourd à porter. *Enquête Sumer 2003*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2011b). Aggression et violence extérieure au travail : prévenir les violences. Limiter les traumatismes. *Enquête Sumer 2003*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/prevention.html>
- INRS. (2012). Harcèlement et violence interne au travail : ne pas laisser la situation se dégrader. *Enquête Sumer 2003*. Repéré à <http://www.inrs.fr/risques/harcelements-violences-internes/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2013a). Stress au travail : privilégier la prévention collective. *Enquête Sumer 2010*. Repéré à <http://time2changeconsulting.com/2012/11/02/inrs-stress-au-travail-privilegier-la-prevention-collective-bien-etre-au-travail-risques-psychosociaux>
- INRS. (2013b). Le point des connaissances sur le stress au travail. *Enquête Sumer 2010*. Récupéré à <http://www.cftc-snadeos.fr/download.php?op=geninfo&did=67>
- Institut de la statistique du Québec. (1988). Santé mentale. Dans *Et la santé ça va?* Rapport d'enquête Santé Québec 1987 (pp. 123-149). Québec : Publication du Québec. Enquête sociale et de la santé 1998.
- Institut de la statistique du Québec. (1996). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 et 1998*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/ess.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/enquete-sociale-sante.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2008). *Santé et bien-être. Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/stress-travail.pdf>
- Jauvin, N., Dompierre, J. & Vézina, M. (1999). *Recension de la littérature sur la violence au travail*. Beauport : Direction de la santé publique de Québec.

- Julien, N. (2008). *Systèmes inhibiteurs de la douleur chez des sujets sains et des patients souffrant de douleurs chroniques* (Thèse de doctorat inédite). UQAT et Université de Sherbrooke, QC.
- Juster, R.P., Perna, A., Marin, M.F., Sindi, S. & Lupien, S.J. (2012). Timing is everything anticipatory stress dynamics among cortisol and blood pressure reactivity and recovery in healthy adults. *Stress*, 15(6), 569-577.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. (1985). *Job content questionnaire*. Los Angeles: University of Southern California, Department of industrial and systems engineering.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998). The Job Content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R., Theorell, T., Schwart, J. E., Schnall, P. L., Piper, C. F. & Michela, J. L. (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health*, 78, 910-918.
- Keefe, F. J. & Williams, D. A. (1989). *New directions in pain assessment and treatment*. *Clinic Psychology Review*, 9, 549-568.
- Kilpatrick, D. G. Resnick, H. S. & Freddy, J. R. (1991). *The potential stressful events interview*. Unpublished instrument, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina.
- Krishnamurti, J. (2014). *Mettre fin au conflit : la libération par l'acceptation*. France : Presses du Chatelet.
- Kristensen, T. S. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(6), 550-557.
- Kristensen, T.S. (2001). A new tool for accessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Copenhagen : National Institute of Health*.

- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Anderson, G. & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., & Jorgensen, K. (1994). Analyse des problèmes de l'appareil locomoteur: questionnaire scandinave. *Documents pour le médecin du travail*, 58, 167-170.
- Kuper, H. & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 147-153.
- Laborit, H. (1976). *Éloge de la fuite*. Gallimard : Edition Robert Laffont.
- Laborit, H. (1980). *L'inhibition de l'Action, biologie comportementale et de physiopathologie*. Paris : Editions Masson, Montréal : Presses Universitaires de Montréal.
- Laborit, H. (1987). *Comportement et vieillissement. Le vieillissement cérébral normal et pathologique*. Paris : Éditions Maloine.
- Lacharme, I. (2010). *Enquête sur les difficultés des soignants, restant au travail avec des maux de dos en milieu hospitalier* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal, QC.
- Lacharme, I., & Alderson, M. (2013). Comment évaluer la gravité de la souffrance au travail? De la douleur à la souffrance, une méthode d'application chez les soignants. *CyberJournal de l'Ordre Régional des Infirmières et Infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue*, 4(4). Repéré à <http://oriat.oiq.org/volume-04-numero-04/tendances-infirmieres>
- Lacharme, I., & Alderson, M. (2014). Comment évaluer la gravité de la souffrance au travail? *CyberJournal de l'Ordre Régional des Infirmières et Infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue*, 5(1). Repéré à <http://oriat.oiq.org/volume-05-numero-01/tendances-infirmieres>
- Laferrière, A., Pitcher, M. H., Haldane, A., Huang, H., Corenea, V., Kumar, N.,... & Coderre, T. J. (2011). PKMzeta is essential for spinal plasticity underlying the maintenance of persistent pain. *Molecular Pain*, 7(1), 99.
- Lafrenaye, S. & Goffaux, P. (2012). La persistance du phénomène de la douleur en biomédecine : quel rôle joue l'identité du médecin? *Médecine sciences Amériques*, 1(3),

- Lanctôt, N. & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers. A systematic literature review of the consequences. *Agression and Violent Behavior, 19*, 492-501.
- Laugier, H. & Lahy, J.M. (1933). *Le travail humain*. Paris : Presses universitaires de France.
- Laurent, B. (2001). Mémoire de la douleur. *Revue neuropsychologie, 11*, 197-219.
- Laurent, B., Navez, M. & Nuti, C. (2006). *Mémorisation de la douleur*. Paris : Elsevier Masson SAS.
- Laville, A. (1981, 1996). *L'ergonomie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1981). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Strohl, H. (1995). *Pauvreté, précarité et pathologie mentale, une souffrance que l'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Délégation interministérielle à la Ville et au développement social urbain, Délégation interministérielle au RMI.
- Le Bars, D., Dickenson, A.H. & Besson, J.M. (1979). Diffuse nociceptions inhibitory controls on the sensory-discriminative dimension of pain perception. *Pain, 6*(3), 283-304.
- Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Paris : Éditions Métailié.
- Lecomte, É. (2009). Évolution de la prise en compte de la souffrance psychique au travail. La lettre, 78, *Institut de recherche économique et sociale ANACT*. Repéré à <http://www.ires-fr.org/images/files/Lettre/lettre78der.pdf>.
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 87*, 123-133.
- Légifrance. (2003). *Code du travail : article L1152-1*. Repéré à www.legifrance.gouv.fr
- Lemyre, L. & Tessier, R. (1988). Mesure de stress psychologique (MSP) : se sentir stressé (e). *Canadian Journal of Behavioral Science, Complément, 20*(3), 302-321.

- Lemyre, L. & Tessier, R. (2003). La mesure de stress psychologique en recherche de première ligne : concept, modèle et mesure. *Canadian Family Physician, Le médecin de famille canadien*, 49, 1166-1168.
- Lemyre, L., Tessier, R. & Fillion, L. (1990). *La mesure de stress psychologique : manuel d'utilisation*. Québec : Éditions Behaviora Inc.
- Le Noc L. (2001). *La psychodynamique du travail des infirmières auprès des patients tétraplégiques*. Repéré à http://r.search.yahoo.com/_ylt=A0LEV2ouxbdVrGgAzb_rFAx.;_ylu=X3oDMTBByOHZyb21tBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDBHNIYwNzcg--/RV=2/RE=1438135726/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.airr.eu%2fdocs%2f12.doc/RK=0/RS=uV2aRVOtovl21P8u_5xPkvvOCmE-
- Leplat, J. & Cuny, X. (1974). *Les accidents du travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lesage, F.X., Berjot, S., Amoura, C., Descamps, F. & Grebot, E. (2012). Mesure de stress en milieu de travail par auto-questionnaires validés en français : revue de la littérature. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. Elsevier*, 73(4), 596-606.
- Lévinas, E. (1994). Une éthique de la souffrance : entretien avec Emmanuelle Lévinas. Dans *Souffrances, corps et âme, épreuves partagées* (pp. 134-135). Paris : Autrement.
- Lévy-Leboyer, C., Lonche, C., Huteau, M. & Rolland, J.P. (2003). *La psychologie du travail*. Paris : Éditions d'organisation.
- Lippel, K. (2008). Violence au travail et harcèlement psychologique : normes juridiques régissant la prévention et l'indemnisation. Présenté en conférence à St Jean de Terre Neuve, *Syndicat Canadien de la Fonction Publique et L'invisible qui fait mal, en partenariat avec l'UQAM*. Repéré à http://archive.scfp.ca/updir/K_Lippel-2008_Terre-Neuve.pdf.
- Loeser, J.D. (1980). Perspectives on pain. Dans C. Padgham, A. Hedges, & P. Turner (Éds), *Clinical Pharmacology and therapeutics* (p. 313). Baltimore: Université Park Press.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J.M., Suissa, S., Gosselin, L., ... & Lemaire, J. (1997). A population-based randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.

- Loisel, P., Durand, M.J., Shaprio, S., Contandriopoulos, A.P., Beaudet, J., & Imbeau, D. (2008). Évaluation de l'efficacité d'un programme de collaboration précoce en réadaptation chez les travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie. R-573, *IRSSST*. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-573.pdf>.
- Longneau, J.M. (2007). La souffrance comme expérience d'une phénoménologie de la subjectivité. *Collection du Cirp*, 2, 61-73.
- Loriol, M. (1999). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : Anthropos, coll. Sociologiques.
- Loriol, M. (2003a). La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn-out des infirmières. *Travail et emploi*, 94, 65-74.
- Loriol, M. (2003b). Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *L'année sociologique*, 53(2), 459-486.
- Loriol, M. (2006). Ennui, stress et souffrance au travail. Dans N. Alter (Éd.), *Sociologie du monde du travail* (pp. 224-244). France : Presses universitaires de France.
- Loriol, M. (2007). L'objectivation du stress au travail, une entreprise collective? *Histoire et Sociétés, Revue européenne d'histoire sociale*, 23, 92-108.
- Lupien, S. & Marin, M.F. (2007). Le stress au travail. *Mammoth Magazine*, 4. Repéré à www.hlhl.qc.ca
- Lupien, S., Ouellet-Morin, I., Trepanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., Francois, N., ... & Plusquellec, P. (2013). The DeStress for success program : Effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school. *Neuroscience*, 249, 74-87. doi: 10.1016/j.neuroscience.2013.01.057
- Mallet, D., Herbaut, A., Soyez, S., Delerue, M., Chekroud, H., & Jacquemin, D. (2002). Société, médecine et souffrance des soignants. *La Presse Médicale*, 31(26), 1206-1210.
- Maranda, M.-F. (1998). Compromis fordiste et individualisation des stratégies de défense. Dans R. J. & R. Laflamme (Éds), *Stress, santé et intervention au travail* (pp. 151-158). Actes du IXe congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française, coll. « Gestion des paradoxes dans les organisations » (tome 7), Québec, Presses Inter Universitaires.

- Marchand, A., Boyer, R., Nadeau, C. & Martin, M. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers : volet prospectif*. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/publication-irsst-facteurs-previsionnels-developpement-etat-stress-post-traumatique-suite-evenement-traumatique-policiers-volet-prospectif-r-710.html>
- Marchand, A., Juster, R. P., Durand, P. & Lupien, S. (2014). Burnout symptom subtypes and cortisol profiles : What's burning most? *Psychoneuroendocrinology*, *40*, 27-36.
- Marchand, S. (1998). *Le phénomène de la douleur*. Montréal : Chenelière/McGrawHill.
- Marchand, S. & Arsenault, P. (2002). Spatial summation for pain perception : interaction of inhibitory and excitatory mechanisms. *Pain*, *95*, 201-206.
- Marchand, S., Li, J. & Charest, J. (1995). Effects of caffeine on analgesia from transcutaneous electrical nerve stimulation. *New England Journal of Medicine*, *333*, 325-326 doi : 10.1056/NEJM199508033330521
- Marchand, S., Saravane, D. & Gaumond, I. (2013). *Santé mentale et douleur*. Paris : Éditions Maloine.
- Marmar C. R., Weiss, D. S. & Meitzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experience questionnaire. Dans J. P. Wilson & T. M. Keane (Éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: The Guilford Press.
- Martin, M. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers*. Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat en psychologie.
- Martin, M., Marchand, A., & Brillon., P. (1999). Questionnaires ERPI, EREI et PDEQ traduits en français par Martin, A., (1999). Dans *Validity and reliability of peritraumatic dissociative experiences francophone questionnaire (poster)*. 34th annual congress for the association for advancement of behavior therapy / AABT (3th : 16-19, 2000 : New Orleans.
- Maslach C. & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, *2*, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, *5*, 133-152.

- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslow, A.H. (1968). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.
- Melzack, R. (1961). The perception of pain. *Science American*, 204(2), 41-49.
- Melzack, R. (1980). *McGill-Melzack Pain Questionnaire: Psychological Aspects of pain*. Repéré à <https://www.esahq.org/~media/ESA/Files/ClinicalTrialNetwork/PLATA/Docs/04A%20Appendix4APLATAManuscript%20sfMGPQ%20v10%2025FEB2013.ashx>.
- Melzack, R. & Casey (1968). *Sensory, motivational and central control determinants of chronic pain. A new conceptual model*. Dans D.R. Kenshalo (Éd.), *The skin senses* (pp. 423-443). Illinois, Thomas: Springfield.
- Melzack, R. & Perry, C. (1975). Self-regulation of pain: the use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. *Experimental Neurology*, 46, 452-469.
- Melzack, R. & Perry, C. (1980). *Psychological control of pain*. New York: BMA audio cassette.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science American*, 150(3699), 971-979.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1989). *Le défi de la douleur* (3^e éd.). Paris : Vigot-Édisem.
- Mill, J.S. (1898). *Auguste Comte et le positivisme* (Réédition 1999). Paris : L'Harmattan.
- Molinié, A. F. & Leroyer, A. (2011). Suivre les évolutions du travail et de la santé : EVREST, un dispositif commun pour des usages diversifiés. *PISTES*, 13(2). Repéré à <http://pistes.revues.org/1852>
- Monneuse, D. (2013). *Le surprésentéisme : travailler malgré la maladie*. Paris : Éditions De Boeck.
- Moreau, N. (1999). *Violence ou harcèlement psychologique au travail? Problématique*. Québec : Ministère du Travail, Gouvernement du Québec, Direction des études et des politiques.

- Morin, E.M. (1996). L'efficacité organisationnelle et le sens du travail. Dans T.C. Pauchant et al. (Éds), *La quête de sens - Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature* (pp. 257-287). Montréal : Éditions Québec/Amériques.
- Morin, E.M. & Gagné, C. (2006). *Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être au travail*. IRSST, Rapport R-624. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>
- Morin, E.M. & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion*, 32(2), 31-36.
- Naus, F., Iterson, A.V. & Roe, R. (2007). Organizational cynicism: Extending the exit, voice, loyalty and neglect model of employee's responses to adverse conditions in the workplace. *Human Relations*, 60(5), 683-718.
- Navez, M. (2014). *Douleurs orofaciales : quelle douleur? Quelle prise en charge?* Rencontre interprofessionnelle autour de la douleur. France : Conférence d'introduction.
- Navez M., Laurent B., Peyron R. & Queneau P. (2000). Données physiopathologiques concernant les douleurs et les analgésiques et synopsis pour l'utilisation des antalgiques. Dans P. Queneau & G. Ostermann (Éds), *Le Médecin, le malade et la douleur* (pp. 11-28). Paris : Masson.
- Navez, M., Ricard, C. & Alibeu, J.P. (2003). Évaluation de la douleur chez l'enfant et l'adulte. *Conférence d'actualisation. 45^e congrès international d'anesthésie et de réanimation*. Masson, Paris, 335-355. Repéré à <http://www.douleurpostoperatoire.org/media/cours/27.pdf>.
- Niedhammer, I. & Siegrist, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires: l'apport du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue épidémiologie et santé publique*, 46, 398-410.
- Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M.F., Goldberg, M. & Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue épidémiologie et santé publique*, 48, 419-437.
- Nowak, S. (2010). L'éthique des professions de santé à l'épreuve de la violence dans les relations interdisciplinaires. *Éthique et Santé*, 7(2), 102-107.
- OCDE. *Statistiques 2012*. Repéré à <http://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr>

- OIT : Organisation Internationale du Travail (2003). *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre le phénomène*. Repéré à http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112577.pdf.
- OMS : Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J. A., Zwi, A. et Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Repéré à http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf.
- OSH : European agency for safety and health at work (2009). OSH in figures: stress at work - facts and figures. Repéré à <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh>.
- OSHA. (1998). Nursing homes: hazards and solutions. *Occupational safety and health administration*, Repéré à <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthcare.html>.
- OSHA. (2002). Creative use of ergonomic principles in home care. *Home Healthcare Nurse*, 20(2), 98-103.
- Ouellet, J.-P. (1999). Les besoins de formation et de recherche dans le réseau des services aux personnes âgées. Rapport de consultation. Québec : *Unité de recherche en gériatrie. Université Laval* Repéré à <https://pistes.revues.org/3207>.
- Pelissolo, A. & Lépine J.P. (1997). Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI. *Annales médico-psychologiques*, 155, 497-508.
- Pérodeau, G. & Côté, D. (2002). *Le virage ambulatoire. Défis et enjeux*. Paris : Presses universitaires de France.
- Perrault, C. (1987). PSI, Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la mesure utilisée. Québec : Cahier technique 87-06. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/sq-cahier-technique-87-06.pdf>.
- Pérusse, M. (1995). *Le coffre à outils de la prévention des accidents en milieux de travail*. Napierville : Groupe de communication Sanssectra.
- Phaneuf, M. (2007). L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wpcontent/uploads/2013/02/LZ%CC%8Cpuisement-professionnel-perdr-e-son-A%CC%83%C2%A2me-pour-gagner-sa-vie.pdf>.

- Pheasant, S. (1999). *Bodyspace: Anthropometry, ergonomics and the design of work*. London: Taylor et Francis.
- Platon (380 av. JC). *République*. (2002) Réédition Paris : Garnier-Flammarion Éditeur. Collection Philosophie.
- Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as a ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17, 45-56.
- Pronost, A.M., Le Gouge, A., Leboul, D., Gardembas-Pain, M., Berthou, C., Giraudeau, B. & Colombat, P. (2008). Effet des caractéristiques des services en oncologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie. Springer* 10(2), 125-134.
- Quintard, B., Bruchon-Schweitzer, M. & Cousson-Gélie, F. (1996). *French adaptation of the Ways of Coping Checklist (WCC)*. First conference of the international society of Health Psychology, Montréal, Canada.
- Radkovsky, A., McArdle, J.J., Bockting, C.L.H. & Berking, M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 248-262.
- Rhéaume, J. (2001). *La fin du travail ou le travail sans fin*. Repéré à http://classiques.uqac.ca/contemporains/rheaume_jacques/rheaume_jacques.html
- Rhéaume, J. (2008). Santé mentale et travail, entre plaisir et souffrance : quand le normal devient pathologique. *Revue internationale en psychologie*, 18(3), 457-467.
- Rhéaume, J., Maranda, M.F., Saint-Jean M. & Trudel L. (2000). "Réorganisation du travail et action syndicale : défis et paradoxes". Dans M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina (Éds), *Le travail et ses malentendus. Enquêtes de psychodynamique du travail au Québec* (pp. 53-79). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Rivard, M., Denis, J.L., Contandriopoulos, A.P., Rossignol, M., Bilodeau, H., St-Marie, G., & Lederer, V. (2011). Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PREVICAP. *IRSST R-716*, réadaptation au travail. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100625/n/evaluation-implantation-impact-programme-previcap-r-716>

- Robinson, M. (1995). *Travailler, mais à quel prix! 72 travailleuses témoignent de la violence faite aux femmes dans des milieux de travail syndiqués au Québec*, (Volume 65). Québec : Groupe de recherche multidisciplinaire féministe (GREMF), Université Laval. Repéré à <http://catalogue.cdeacf.ca/Record.htm?idlist=2&record=19116940124919341229>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image: Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE)*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rousseau, T. (2010). *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*. Lyon : Éditions du réseau ANACT.
- Sabourin, G. (2013). *Le présentéisme au travail. Corps présent, rendement absent!* Repéré à <http://www.universitedepaix.eu/business/2015/02/le-presenteisme-au-travail-corps-present-rendement-absent/>
- Saddik, P., Brock, J. & Riedel, J. (2013). Présentéisme : la face cachée de l'absentéisme. Présentéisme : études scientifiques *Revue Avantages*. Repéré à <http://www.conseiller.ca/avantages/nouvelles/presenteisme-la-face-cachee-de-labsenteisme-24345>
- Safy-Godineau F. (2013). La relation entre souffrance et implication au travail dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources : le cas d'une organisation médico-sociale. (Doctorale dissertation, Montpellier 3). Repéré à <http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2011safy.pdf>
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27-37.
- Sanderson, K. & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the work force: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Psychiatric Association*, 51(2), 63-75.
- Sarnin, P., Bobillier-Chaumon, M.E., Cuvillier, B. & Grosjean, M. (2012). Intervenir sur la souffrance au travail : acteurs et enjeux de la durée, *Bulletin de Psychologie*, 65(3), 251-261.
- Schaufelli, W. B. (2001). Job Burn-out. *Annual Review of psychology*, 52, 397-422.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (1996). Professional burnout, recent developments in theory and research. Washington DC: Éditions Taylor et Francis.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

- Selye, H. (1950). Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. *CMA Journal*, 115, 53-55.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphie, PA: J. B. Lippincott.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth's.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (2001). The model of effort-reward imbalance. Dans C. Biron, M. Karanika-Murray, & C. Cooper (Éds), *Improving organizational interventions for stress and well-being: Addressing process and context*. New York: Routledge.
- Siegrist, J. & Peter, R. (2000). The effort-reward imbalance model. Dans P. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis, & D. Baker (Éds), *The workplace and cardiovascular disease* (pp. 83-87). Philadelphie: Hanley et Belfus,.
- Simonet, P., Caroly, S. & Clot, Y. (2011). Méthodes d'observation de l'activité de travail. *Activités*, 8(1), 104-128.
- Sindi, S., Juster, R.P., Wan, N., Nair, N.P., Kin N.Y. & Lupien, S.J. (2012). Depressive symptoms, cortisol and cognition during human aging. The role of negative aging perceptions. *Stress the International Journal on the Biology of Stress*, 15(2), 130-137.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manuel for the State-trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sponar, R. (2012). *Burnout et dépression : l'impact sur la prise en charge*. Repéré à <http://www.changerletravail.fr/burnout-et-depression-l-impact-sur-la-prise-en-charge>
- Statistique Canada. Shields, M & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, profils provinciaux*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-621-m/11-621-m2006052-fra.htm>
- Statistique Canada. (2010). *Études sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>

- Statistique Canada. (2009). *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*. Rapport sur la santé n°82-003-X Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835/tbl/t4-fra.htm>.
- Stordeur, S. (2009). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières : une étude dans un hôpital universitaire. *Revue de l'infirmière*, 155, 36-38.
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É. & Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec : Éditions Multi-Mondes.
- Talbot, J. D., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (1989). Effects of diffuse noxious inhibitory controls on the sensory discriminative dimension of pain perception. *Pain*, 36, 231-238.
- Tan, S.Y. (1980). *Acute pain on a clinical setting: Effects of cognitive behavioral skills training* (Thèse de doctorat inédite). Université McGill, QC.
- Terrisse, B., Pithon, G. & Gallant, N. (1990). *La grille d'observation des pratiques éducatives des mères de jeunes enfants*. Montpellier : Groupe de recherche et d'intervention sur l'éducation et la formation (GRIEF), Laboratoire de psychologie sociale, Université de Montpellier III.
- Thorne, B. (1994). *Comprendre Carl Rogers*. Toulouse : Éditions Privat.
- Trepanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., Plusquellec, P., Francois, N., Sindi, S., ... & Lupien, S. (2013). Early menarche predicts increased depressive symptoms and cortisol levels in Quebec girls ages 11 to 13. *Developmental Psychopathology*, 25(4 Pt 1), 1017-1027.
- Vachon-Preseau, E., Roy, M., Martel, M. O., Caron, E., Marin, M. F., Chen, J., ...& Rainville, P. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, 136(3), 815-827.
- Vallières, E. F. & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Van Rillaer, J. (2013). *Dépression professionnelle : un trouble encore mal diagnostiqué*. Repéré à <http://www.changerletravail.fr/depression-professionnelle-trouble-encore-mal-diagnostique>.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.

- Vézina, M. (2008). *La souffrance au travail : les problèmes éthiques liés à l'évaluation de la performance*. Ottawa : Centre d'éthique de l'Université St Paul.
- Vézina, M., Arcand, R., Bélanger, C., Cloutier, L., Gagné, C., Payette-Chapleau, K., ... & Villeneuve, D. (2011). *Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité au travail*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/eqcotesst>
- Vézina, M., & St Arnaud, M. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler, 1*(25), 119-128.
- Vézina, N. (2001). *La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité*. Comptes rendus du congrès SELF-ACE : Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie, 1, p.44-60.
- Vézina, N., Prévost, J. & Lajoie, A. (1999). Élaboration d'une formation à l'affilage des couteaux. Le travail d'un collectif, travailleurs et ergonomes. *PISTES, 1*(1), 1-17.
- Vinot, F. (2005). Politiques de la souffrance psychique et idéologie de l'insertion. *Cliniques méditerranéennes, 2*(72), 173-184.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Bêcher, J. (1985). WC-R. The ways of coping check-list: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*(3), 26.
- Wager, T.D., Rilling, J.K., Smith, E.E., Sokolok, A., Casey, K.L., Davidson, R.J.,...& Cohen, J.D. (2004). Placebo: Induced changes in MRI in the anticipation and experience of pain. *Sciences, 303*, 1162-1167.
- Wall, P.D. (1977). The presence of ineffective synapses and the circumstances which unmask them. *Philosophical Transactions of the Royal Society, London, Série B, 278*(961), 361-372.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. Dans J.-P. Wilson & T. M. Keane (Éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: The Guilford Press.
- Weiss, D., Marmar, C., Metzler, T. & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 361-368.
- Willard, M. (2012). *La dépression au travail : prévenir et surmonter*. Paris : Éditions Odile Jacob.

Willard, M. (2013). *Soigner la dépression professionnelle par les TTC*. Paris : Éditions Elsevier Masson.

Zawieja, P. & Guarnieri, F. (2013). *L'épuisement professionnel : approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Éditions Armand Collin.

Appendice A

Lettre d'acceptation du comité d'éthique de l'UQTR, du comité hospitalier
d'éthique et le formulaire de consentement éthique

Le 4 juillet 2011

Madame Isabelle Lacharme
Étudiante au doctorat
Département de psychologie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **Étude de la souffrance au travail chez les soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue : des déterminants aux stratégies, pour durer au travail** en date du 27 juin 2011.

Une photocopie de ce certificat portant le numéro CER-11-168-06.01 vous sera acheminée par l'entremise de votre directrice de recherche, Mme Liette St-Pierre, qui la recevra par le courrier interne. Sa période de validité s'étend du 4 juillet 2011 au 31 août 2012.

Cependant, le comité vous suggère de référer une ressources autre que vous pour les participants qui ont besoins de soutien suite à leur participation à la recherche.

Il vous rappelle de lui faire parvenir le certificat du CSSS dès que vous le recevrez.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

AMÉLIE GERMAIN

Conseillère en développement de la recherche

Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

AG/ c.c. Mme Liette St-Pierre, professeure au Département des sciences infirmières

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

290 rue Montigny
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Saint-Jérôme, le 26 août 2011

Mme Liette St-Pierre
Chercheuse responsable
Professeure
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boul. des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7

Mme Isabelle Lacharme
Chercheuse-étudiante
790 boulevard Rosemont, apt. 611
Montréal (Québec) H2S 0A7

Objet: Protocole 2011-234-É

- Étude sur la souffrance au travail chez les soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue: des déterminants aux stratégies, pour durer dans le métier

Approbation finale

Mesdames,

Nous confirmons la réception du formulaire d'information et de consentement, version française, no 3, datée du 26 août 2011, concernant l'étude citée en rubrique, le tout en réponse aux demandes du Comité d'éthique de la recherche.

À la lecture des précisions et document reçus, le tout est jugé satisfaisant et nous procédons donc à l'approbation finale de ladite étude, en vertu d'une entente de délégation et d'endossement avec le CSSS de Rouyn-Noranda.

Nous vous retournons sous pli copie du formulaire susmentionné portant l'estampille d'approbation du Comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les participants.

La présente constitue l'approbation finale du protocole par le Comité qui est valide pour un an à compter du 29 juillet 2011, date de l'approbation initiale. Nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. De même, une demande de renouvellement annuel d'approbation devra être présentée au CÉR à la date anniversaire d'approbation du projet.

Nous vous rappelons également que le projet ne pourra débuter que lorsque la Direction générale du CSSS de Rouyn-Noranda vous en donnera l'autorisation.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Mesdames, nos salutations distinguées.

Original signé par:

Me Marie-Josée Bernardi, avocate
Présidente
Comité d'éthique de la recherche

CC: Mme Huguette Lemay, Directrice générale, CSSS de Rouyn-Noranda.

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

**APPROUVÉ PAR LE COMITÉ
D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE POUR LE CSSS
DE ROUYN-NORANDA**
DATE : _____
SIGNATURE _____

290, rue Montigny
Saint-Jérôme (QC) J7Z 5T3



Université du Québec à Trois-Rivières

Formulaire d'informations et de consentement à la recherche

Projet de recherche: **Étude sur la souffrance au travail chez les soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue: des déterminants aux stratégies, pour durer dans le métier.**

Chercheuse responsable: Mme Liette St-Pierre, Ph.D., professeur, UQTR, Département de psychologie (Directrice de thèse)

Chercheur co-responsable: M. Jacques Rhéaume, Ph.D., professeur à l'UQAM, Communication sociale et publique (Co-directeur de thèse)

Étudiante: Mme Isabelle Lacharme (Doctorante en psychologie, ergonomie, UQTR)

Introduction

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche, mené par la chercheuse-étudiante pour l'obtention du grade de doctorat. Veuillez prendre le temps de lire jusqu'à la fin les renseignements suivants et de comprendre l'implication demandée.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Si ce formulaire contient des mots que vous ne comprenez pas ou des informations qui demanderaient des précisions, vous êtes invité(e)s à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs susmentionnés impliqués dans le projet.

Nature et objectifs de l'étude

Cette étude en ergonomie vise à étudier la situation de travail des soignants dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, dans un contexte de pénurie de personnel et de vieillissement de la population. Dans ce milieu de travail, l'absentéisme pour troubles psychologiques (souffrance) dépassent maintenant celui pour troubles musculo-squelettique (douleur) et vient aggraver la situation.

Votre participation à cette étude serait appréciée. Elle permettrait d'inclure vos réponses et vos commentaires personnels à une synthèse des résultats collectifs. Alors, des actions pourront être mises en place par vos organisations, visant au bien-être au travail de tous.

L'objectif général de cette recherche est de comprendre la nature du lien existant entre les déterminants de la souffrance au travail dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, ses manifestations particulières et les stratégies individuelles ou collectives des soignants pour faire face à cette souffrance.

Les objectifs spécifiques sont :

- étudier les *manifestations de la souffrance des soignants* des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue en termes de fatigue et d'épuisement professionnel, de stress et de détresse, d'anxiété et de signes de dépression.
- documenter les *déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels de la souffrance des soignants* au travail dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.
- décrire les *stratégies organisationnelles* des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue et les *stratégies collectives et individuelles* des soignants au travail, mises en place face à la souffrance.

Nature de la participation demandée

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devez vous attendre à être rejoint(e)s par téléphone. L'assistante de recherche vous appellera entre chaque étape de la recherche, afin de déterminer les moments propices aux rencontres avec l'étudiante.

La première étape se déroulera à l'université de votre ville, un jour de repos, au cours de l'automne 2011 (2 h environ). Vous aurez à remplir un questionnaire comportant des sections thématiques et à participer à un entretien individuel avec l'étudiante, qui sera enregistré sur bande audio. Les questionnaires porteront sur la douleur, la fatigue et l'épuisement professionnel, le stress et la détresse psychologique, l'anxiété et la dépression. Les sujets abordés en entretien seront les manifestations de votre souffrance au travail, ses déterminants organisationnels et personnels, et les stratégies organisationnelles et personnelles mises en place face à cette souffrance. Quelques données cliniques seront également relevées (pouls et tension artérielle, intensité de la douleur et pourcentage de stress) et un prélèvement salivaire fait pour mesurer le cortisol (hormone de stress).

La seconde étape se déroulera à l'université de votre ville, en hiver 2012 (1 h environ). Vous aurez à participer à un entretien collectif (6 à 8 soignants) animé par l'étudiante et enregistré sur bande audio. Les sujets abordés en entretien seront les déterminants psycho-sociaux de la souffrance au travail et les stratégies collectives mises en place face à cette souffrance.

La troisième étape se déroulera sur votre lieu de travail, le premier et le dernier jour d'un cycle de travail (2 x 8 h). L'étudiante vous observera (grilles d'observation) dans vos tâches habituelles et recueillera éventuellement votre évaluation de l'effort, de la douleur et du stress, avec vos commentaires. Elle mesurera quelques données cliniques, tout au long de votre travail avec une montre Polar (temps, pouls, coût cardiaque, dépense énergétique), ponctuellement avec le matériel approprié (nombre de pas, tension artérielle, stress par le cortisol salivaire et le questionnaire Mesure de Stress Psychologique).

L'étudiante ou l'assistante de recherche présente au moment des questionnaires sera en mesure de vous aider à remplir des questionnaires documentant les différentes variables (stress et

détresse, anxiété et dépression, fatigue et épuisement...), si nécessaire. Ces questionnaires commencent par des informations sociodémographiques et professionnelles indispensables à l'attribution d'un groupe de recherche (âge, sexe, scolarité, titre d'emploi, ancienneté). Les enregistrements audio des entretiens sont nécessaires à la compilation des données de recherche par l'assistante de recherche et l'étudiante. Seules l'étudiante et son assistante auront accès à ces enregistrements, qui seront détruits un an après la fin de la recherche.

Votre participation à ce projet s'échelonne entre l'automne 2011 et l'été 2012, à raison de trois heures en deux rencontres (questionnaires et entretiens), s'ajoutant à votre temps de travail. Le temps que vous consacrerez à participer au projet de recherche ne sera ni rémunéré par l'université, ni par le CHSLD qui vous emploie.

Avantages

Il se peut que votre participation puisse vous être directement bénéfique, que vous ressentiez ou non de la souffrance au travail, en validant votre façon d'être et de faire au travail. De plus, elle contribuera à tracer un portrait général de la situation présente des soignants dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Vos résultats individuels vous seront remis, expliqués et commentés par l'étudiante en recherche, en fonction des résultats généraux et des connaissances scientifiques au sujet de la souffrance au travail.

Risques et inconvénients

Votre participation à la recherche ne peut vous causer aucun préjudice physique. De plus, tous les efforts seront mis pour protéger vos données personnelles de recherche et ainsi respecter votre vie privée. Une section «Confidentialité» vous explique notre engagement sur le sujet et les moyens déployés. Par conséquent, aucun préjudice moral ne devrait vous atteindre au cours de cette recherche, à cause d'un bris de confidentialité.

Il se peut que vous trouviez le temps passé à remplir les questionnaires un peu longs et que certaines questions vous dérangent ou vous troublent. De même, lorsque vous serez observé(e)s pendant votre activité de travail, vous pouvez ressentir ponctuellement ou avec le temps une certaine gêne. Si cela se produit, vous pouvez prévenir l'étudiante et lui demander d'arrêter immédiatement ou de convenir avec elle d'arrangements satisfaisants pour vous. De plus, le prélèvement de salive, répété plusieurs fois au cours de la recherche, peut éventuellement vous être désagréable. Si c'est le cas, vous pouvez demander à l'étudiante d'en être dispensé(e)s ou de faire vous-même ce prélèvement, dont le protocole est simple.

Néanmoins, si vous ressentez un quelconque mal-être pendant ou suite à la recherche, vous êtes en droit de demander un soutien, par l'intermédiaire du PAE local (Programme d'Aide aux Employés) ou par l'intermédiaire de l'étudiante en recherche, qui vous mettra en relation avec des professionnels compétents à l'université.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser à participer. Vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Il suffira alors de faire connaître votre décision à l'étudiante ou à son assistante,

verbalement ou par écrit. Ce droit de retrait, une fois exercé, est sans conséquence néfaste pour vous, à court terme ou à long terme, et sans conséquence au travail.

Confidentialité

Toutes les informations que vous fournissez à l'étudiante et toutes les données de recherche recueillies, évaluées ou mesurées seront traitées de manière anonyme et confidentielle. Elles seront compilées par une assistante de recherche et l'étudiante, les seules à avoir accès à vos données brutes. Elles seront codées, pour qu'il soit impossible, pour des tiers non autorisés, de rapprocher votre nom d'informations reçues par vous. L'assistante de recherche tient néanmoins une liste des prénoms des participants et des codes de recherche, pour vous joindre par téléphone entre chaque étape de la recherche.

L'étudiante qui extrait les résultats de vos données brutes, pour les interpréter et les commenter, n'a pas accès à cette liste. Elle ne vous connaît que par un code de recherche. La liste des informations nominatives des participants et les enregistrements audio, tout comme les informations et données individuelles de recherche, sont tenues sous clé dans un classeur à l'UQAT. Elles seront détruites un an après la fin de la recherche.

Seuls les résultats collectifs sont divulgués, dans le respect de la confidentialité. Ils seront présentés à des pairs, dans des congrès ou des colloques, discutés en comité ou en table ronde. Ils feront l'objet d'articles dans des revues scientifiques ou de vulgarisation tout public, de support dans des livres. Ils pourront aussi être utilisés dans des cours universitaires ou des formations professionnelles, à des fins d'apprentissage. Dans tous les cas, il ne sera pas possible de vous identifier.

Communication des résultats individuels de la recherche

Le protocole de la recherche a prévu de vous transmettre vos résultats individuels, sous pli cacheté, lors de la rencontre finale (automne 2012). Alors, ils seront expliqués à chacun de vous, ouvrant à des conseils individuels et à des actions bénéfiques pour vous. Ils ne seront divulgués qu'à vous, bien qu'inclus dans le portrait général de la souffrance des soignants dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Ils servent à répondre aux objectifs de cette étude et à l'avancement de la science.

Les résultats individuels codés peuvent être réclamés par la directrice ou le directeur de thèse de l'étudiante ou par le Comité d'éthique à la recherche, à des fins de vérification. Ces personnes, qui sont tenus au respect de la confidentialité de par leur fonction et leur rôle, ne pourront donc vous identifier.

Communication des résultats généraux de la recherche

Le protocole de la recherche a prévu de vous présenter les résultats généraux de cette étude lors d'une rencontre finale qui se déroulera à l'université (automne 2012). Vous pourrez également les demander par courriel ou par téléphone à l'étudiante, qui se fera un plaisir de vous les faire parvenir.

Compensation financière et indemnisation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation et aucune indemnisation en cas de préjudices liés à votre participation à ce projet de recherche. Néanmoins, en acceptant de participer, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'établissement ou l'Université de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Personnes ressources

Au cours de l'étude, si vous avez des questions à poser sur la recherche ou si vous avez des difficultés liées à votre participation, veuillez contacter la personne responsable ou l'étudiante en recherche :

Mme Liette St-Pierre

Infirmière Ph. D, Professeure au Département des sciences infirmière
Université du Québec à Trois-Rivières,
Téléphone : (819) 376-5011 poste 3459
Liette.St-Pierre@uqtr.ca

Mme Isabelle Lacharme

Infirmière et kinésiologue, Maîtrise en kinanthropologie,
Étudiante au doctorat en psychologie pour la recherche en ergonomie
UQTR/UQAM/UQAT
Téléphone : (819) 762-0971 poste 2439 ou Cellulaire : (438) 886-7705
isabelle.lacharme@uqat.ca ou isabelle.lacharme@uqtr.ca

Au cours de l'étude, si vous avez des problèmes de santé liés à la recherche, au moment et dans les suites de votre participation à ce projet, vous êtes en droit de demander une aide par l'intermédiaire de votre PAE (Programme d'Aide aux Employés), ou par l'intermédiaire de l'étudiante en recherche à un professionnel en santé de l'université (UQAT).

Au cours de l'étude, si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler au sujet de l'éthique de la recherche, veuillez communiquer avec la :

Secrétaire du Comité d'éthique de la recherche

Université du Québec à Trois-Rivières,
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche
Téléphone au (819) 376-5011, poste 2129
CEREH@uqtr.ca

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme a approuvé ce projet de recherche. Il en assure le suivi pour le CSSS de Rouyn-Noranda, lors de révision et de modifications éventuelles apportées au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement.

Consentement

Je déclare avoir lu intégralement le présent formulaire d'informations et de consentement. Je comprends la nature de ma participation à ce projet de recherche et les inconvénients possibles qui en découlent. Je reconnais avoir eu les explications nécessaires et les réponses à toutes mes questions. J'ai pris le temps voulu pour prendre la décision de participer à cette étude. J'accepte donc librement et volontairement de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'informations et de consentement, en double exemplaire. Une copie signée et datée me sera remise. En signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, l'établissement ou l'université de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement (assistante de recherche)

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Engagement de la personne responsable de la recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il/elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il/elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

Nom et signature de la personne responsable

Date

Nom et signature de l'étudiante

Date

Appendice B

Le canevas du Contrat social de la recherche

CONTRAT SOCIAL DE RECHERCHE

pour un doctorat en psychologie (volet recherche, UQTR)

de l'étudiante **Isabelle Lacharme**

dirigée par **Liette St-Pierre** (UQTR) et **Jacques Rhéaume** (UQAM)

1 Historique du contrat social de recherche.

Le besoin d'établir une entente signée, entre les différentes personnes ou groupes œuvrant en recherche participative, a été exprimé par de nombreuses équipes de recherche, lors du Forum Social Mondial à Bélem (FSM au Brésil en 2009). Au retour du FSM, des membres étudiants du Cinbiose (groupe de recherche interdisciplinaire sur la biologie, la santé et l'environnement) à l'UQAM ont réfléchi sur l'évolution que pouvait prendre la recherche participative en rédigeant, notamment, un modèle de contrat social pour la recherche. Ce dernier a été présenté et commenté dans le cadre d'un cours de second cycle en Sciences sociales à l'UQAT, discuté et amélioré par le comité de la relève du Cinbiose à l'UQAM.

2 Qu'est-ce qu'un contrat social en recherche

Un contrat social est une entente élaborée, dans le but de répartir les pouvoirs et les rôles entre les parties, en action vers des objectifs communs. Un contrat social en recherche est également un engagement mutuel entre les parties, dans le respect des règles éthiques, de la santé et de sécurité au travail des participants. Il est établi et signé librement par toutes les parties en présence.

Par l'élaboration et la signature d'un contrat social en recherche, les organisations et les personnes ont l'opportunité de bâtir de nouvelles règles de partenariat et d'organiser la recherche dans le sens de l'intérêt général. Il s'agit d'améliorer le lien entre les chercheurs et les collectivités, et d'accompagner la recherche des préliminaires (contextes, problématiques, demandes) à l'utilisation des résultats dans des actions concrètes profitables à la société.

Le contrat social en recherche est une démarche participative construite, à partir d'un projet de recherche, en fonction de la spécificité de la recherche et des besoins particuliers des partenaires

et des chercheurs. Il s'agit d'un engagement mutuel, reconnaissant l'interdépendance des partenaires pour la réalisation de la recherche et l'appropriation des résultats de la recherche par les collectivités.

Le contrat social en recherche participative est donc un outil spécifique établissant des règles de communication et facilitant la coopération et l'organisation de la recherche à chaque étape. Sur ce contrat, les différents partenaires de la recherche peuvent définir leurs attentes et leurs limites, autour des objectifs communs de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs, tout en respectant la liberté, l'égalité et la sécurité de tous.

3 Du contrat social en recherche au Comité de suivi de la recherche

Les signataires du contrat social en recherche participative peuvent être volontaires à devenir membres du *comité de suivi de la recherche*, constitué habituellement d'une personne au moins de chaque partie. Ce comité se réunit après chaque étape de la recherche, pour faciliter le processus de la recherche participative et aider à comprendre les résultats dans le contexte. Tous les signataires du contrat social en recherche ont autorité à part égale, dans le cadre du comité de suivi, comme invité ou comme membre, pour rappeler les objectifs et les engagements mutuels, pour résoudre des manquements éventuels ou des difficultés imprévues, pour éviter les conflits de pouvoir et d'intérêt.

4 Le contrat social au CHSLD de

CONTRAT SOCIAL DE LA RECHERCHE

Titre de la recherche : Étude de la souffrance au travail chez les soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue : des déterminants aux stratégies, pour durer au travail.

Cadre de la recherche : Doctorat en psychologie, pour la recherche en ergonomie (UQTR/UQAM)

Nom de la chercheuse : Isabelle Lacharme (M. S.), étudiante supervisée par : Liette St-Pierre (Ph. D.), professeur à l'UQTR et Jacques Rhéaume (Ph. D.), professeur à l'UQAM.

Objectif général de la recherche : Comprendre la nature du lien existant entre les déterminants de la souffrance au travail dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue (A.T.), ses manifestations particulières et les stratégies individuelles ou collectives des soignants face à cette souffrance.

Objectifs spécifiques de la recherche :

- étudier les manifestations de la souffrance des soignants des CHSLD en A.T. en termes de fatigue et d'épuisement professionnel, de stress et de détresse, d'anxiété et de signes de dépression.
- documenter les déterminants organisationnels, psychosociaux et personnels de la souffrance des soignants au travail dans les CHSLD en A.T.
- décrire les stratégies organisationnelles des CHSLD en A.T. et les stratégies collectives et individuelles des soignants au travail, mises en place face à la souffrance.

Étapes de la recherche et échéancier :

- investigation préliminaire (printemps 2011)
- questionnaires et entretien individuel (automne 2011)
- entretien collectif (hiver 2012)
- observation et mesure sur le terrain (hiver et printemps 2012)
- rencontre finale et actions prioritaires terrain (automne 2012)

Date : 2011

Nous,

(inscrivez les noms des signataires et leurs fonctions, leur groupe éventuel d'appartenance)

- Isabelle Lacharme, doctorante (UQTR)
- , assistante de recherche (UQAT)

-
-
-
-

Nous, les signataires de ce Contrat social pour la recherche, nous nous engageons globalement à : (inscrivez votre nom à chaque point qui vous concerne)

- Prendre le temps d'une investigation préliminaire pour : comprendre la problématique du milieu ciblé et le contexte environnemental ou de travail et définir des objectifs intéressants pour tous et poser des questions de recherche pertinentes : Isabelle,
- Contribuer à créer un climat de confiance et de coopération à la recherche : Isabelle et l'assistante de recherche (facilitatrice) ...
- Communiquer en favorisant l'écoute active et le message 'je', l'expression de chacun à part égale, le respect des différences d'opinion et de perception : Isabelle et l'assistante de recherche (facilitatrice) ...
- Gérer le temps pour respecter autant que possible les **échéanciers**. Lors de circonstances qui affectent l'échéancier, diffuser l'information pertinente à tout le monde (explication sur les délais supplémentaires requis, modification d'échéancier ...): Isabelle et l'assistante de recherche (prise de rendez-vous avec les participants) ...
- Prévoir une récupération de temps aux soignants participants à l'entretien individuel et collectif, à la rencontre finale : ...

- Accepter les conditions de réalisation de la recherche qui sont : être reçu au Comité d'éthique de l'hôpital, ne pas intervenir dans un conflit social éventuel, ne pas gêner la réalisation habituelle du travail sur le terrain : Isabelle
- Dans les délais prévus, effectuer les activités spécifiques de chaque étape de la recherche : Isabelle

Nous, les signataires de ce contrat sociale pour la recherche, nous nous engageons spécifiquement à : (inscrivez votre nom à chaque point qui vous concerne)

- Partager les informations légales et locales nécessaires à la connaissance du milieu et du contexte de travail :
- Procurer rapidement les autorisations signées d'accès au milieu et aux personnes, selon les règles de sécurité et d'éthique :
- Afficher la proposition de recherche et la date de la présentation du projet de recherche, puis l'appel à participation sur tous les tableaux d'information du personnel :
- Présenter le protocole de recherche aux cadres et aux soignants en diaporama (problématique et objectifs, étapes et outils, échéancier et suivi) : Isabelle
- Faciliter le contact des soignants avec la chercheuse, pour organiser la première étape (**questionnaires et entretiens individuels**) un jour de repos, dans le respect du protocole de recherche : assistante de recherche, ...
- Faciliter la participation des soignants à la deuxième étape (questionnaire et entretien collectif) hors du travail, dans le respect du protocole de recherche : assistante de recherche ...
- Mettre en place les conditions favorables à l'accès au milieu (étape terrain) : ...

- Favoriser la collecte de données sur le terrain, dans les conditions normales de vie ou de travail, sans influence aucune : Isabelle,
- Prendre le temps d'analyser les données pour formuler les résultats de la recherche, à chaque étape : Isabelle et directrice et co-directeur de thèse.
- Présenter au **Comité de suivi** de la recherche les résultats à chaque étape de la recherche, en diaporama à l'UQAT : Isabelle et assistante de recherche.
- Participer aux réunions du Comité de suivi de la recherche, pour avis et commentaires sur la méthodologie et les résultats de la recherche. En cas d'empêchement, prendre connaissance des sujets discutés et faire le nécessaire pour donner son avis : Isabelle, ...
- Présenter une synthèse des résultats à tous les participants, à la fin de la recherche (**rencontre finale**), en diaporama à l'UQAT : Isabelle.
- Diffuser les résultats de la recherche, par des moyens variés et adaptés à tous : Isabelle.

Nous consentons librement et d'une façon éclairée à signer volontairement ce contrat social pour la recherche, sans contrainte et sans attente d'avantage ou de bénéfice d'aucune sorte.

(Signatures à la suite du nom et du prénom écrits en lettres majuscules).

Appendice C
Support d'entretien individuel

Entretien individuel

n°

INTRODUCTION

Informations socio-démographiques

Sexe : féminin masculin

Âge :

18 à 29 ans 30 à 44 ans 45 à 60 ans plus de 60 ans

Origine ethnique :

Scolarité : quel est votre plus haut niveau de scolarité?

Primaire secondaire collégial universitaire

Autres expériences professionnelles :

Statut matrimonial : êtes-vous?

Veuf (ve)

célibataire marié(e) ou conjoint de fait séparé(e) ou divorcé(e)

Famille : Nombre de personnes vivant sous le même toit?

Nombre d'enfants dans la famille?

4 ans et moins 5 à 10 ans 11 à 18 ans 19 ans et plus

Informations générales sur le travail :

Hôpital :

CHSLD :

Unité :

Titre d'emploi :

Infirmier (ère) Infirmier(ère)-auxiliaire Préposé(e) aux bénéficiaires

Ancienneté au poste de travail, dans le métier et dans le CHSLD :

Poste :

Fixe Remplacement

Temps plein Temps partiel

Horaires :

jour soir nuit variables autres

(soulignez la particularité éventuelle des horaires et l'opinion du soignant)

- coupés, décalés, alternés ou irréguliers
- choisis ou imposés
- satisfaisants ou non satisfaisant.

Cycle de travail et de repos :

Nombre d'heures de travail par jour, par semaine et par mois

Vacances : (durée, fréquence, répartition dans l'année)

Informations générales sur la santé

Poids :

Taille :

Activités physiques (minimum de 20 minutes) :

- | | | |
|---|---|--|
| aucune <input type="checkbox"/> | 1 fois par mois <input type="checkbox"/> | 2 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/> |
| 1 fois / semaine <input type="checkbox"/> | 2 fois / semaine <input type="checkbox"/> | 3 fois / semaine <input type="checkbox"/> |
| 4 fois ou plus / semaine <input type="checkbox"/> | | |

Quelles activités?

Habitudes de vie (Marchand et al., 1995) :

activités hors travail (rémunérées, bénévoles, Violon d'ingres):

activités culturelles et artistiques :

vie sociale et amicale :

alimentation (équilibre, quantité, qualité) :

sommeil (quantité, qualité, troubles) :

fume (depuis, nombre par jour) :

consomme de la caféine (café, thé, chocolat, coca cola ... nombre par jour)

boit de l'alcool (même bière et vin, nombre par semaine) :

consomme des drogues (nom usuel et quantité par semaine) :

prend des médicaments régulièrement (nom usuel et pathologie associée) :

Santé en général :Santé physique

excellente très bonne bonne passable
 mauvaise

En général, ressentez-vous de la douleur (physique)?

oui non

Santé mentale

excellente très bonne bonne passable
 mauvaise

En général, ressentez-vous de la souffrance (psychologique)?

oui non

PREMIÈRE PARTIE

La personne au travail

Pouvez-vous me décrire votre **personnalité** au travail en 5 mots clés?

Aimez-vous votre travail, actuellement?

énormément beaucoup moyennement un peu pas du tout

Si énormément ou beaucoup, pouvez-vous dire si vous éprouvez de la **passion** pour votre métier? oui non

Si oui, qu'est-ce qui vous passionne?

Si énormément ou beaucoup, pouvez-vous dire si votre activité de travail est une source de **plaisirs** pour vous? oui non

toujours souvent parfois jamais

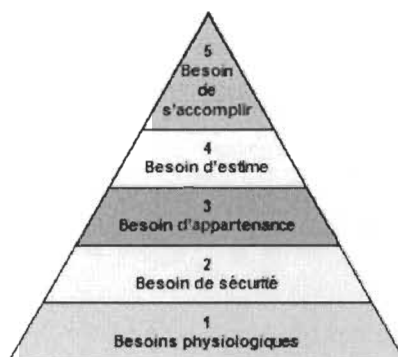
Si oui, en quoi votre travail vous procure-t-il du plaisir (déterminants du plaisir)?

Si oui, comment savez-vous que vous avez du plaisir au travail (manifestations intérieures et extérieures)?

Votre travail répond-il globalement à vos besoins?

oui non

Votre travail répond-il spécifiquement à chaque niveau de besoin? (sur la pyramide de Maslow, noter *oui* ou *non* en regard de chaque niveau et les explications associées)



Quel est votre niveau de satisfaction générale à l'égard de votre travail?

très satisfaite, plutôt satisfaite, plutôt insatisfaite, très insatisfaite.

Expliquez :

Quelles sont vos valeurs personnelles en lien avec votre travail?

Avez-vous le sentiment de faire un travail de bonne qualité?

oui non

Expliquez.

Échelle Perception de soi et Estime de soi (Rosenberg, 1965; traduite et validée par Vallières et Vallerand, 1990)

TCI Personnalité (TCI de Cloninger et al., 1993; traduit et validé par Pelissolo & Lépine, 1997) : recherche de nouveauté, persistance, évitement du danger, dépendance à la récompense, détermination, coopération, transcendance

QVT Qualité de vie au travail (Elizur & Skye, 1990; version française validée par Delmas, 2001)

La douleur (extrait questionnaire nordique : Kuorinka et al., 1997)

Douleur et gravité, au cours des 12 derniers mois

Avez-vous ressenti de la douleur dans l'année?

Oui Non

Si oui, localisations (voir figure jointe) :

Avez-vous ressenti des douleurs importantes, au point de vous déranger dans vos activités professionnelles?

Oui Non

Si oui, quels en sont les signes observables de ces douleurs?

Si oui, quelle est l'intensité sur l'EVA (max, mini) de chaque localisation de la douleur?

Si oui, ces douleurs affectent-elles votre travail en quantité ou en qualité, vos humeurs et votre moral, vos comportements et vos relations, vos croyances et votre vie spirituelle? (soulignez les composantes de la douleur retenues)

Si oui, quelle est la fréquence de ces douleurs dérangeantes au travail?

jamais ...rarement ...parfois ...souvent ...régulièrement ...toujours

Si oui, depuis combien de temps ces douleurs vous dérangent-elles dans vos activités de travail?

moins de 3 mois de 3 à 6 mois de 6 mois à 1 an

de 1 à 2 ans plus de 2 ans

Si oui, durant combien de temps au total avez-vous dû vous absenter du travail à cause de ces douleurs dérangeantes au travail?

aucun arrêt de travail moins de 3 semaines

de 3 semaines à moins de 6 mois plus de 6 mois

Si oui, quels traitements avez-vous reçus pour ces douleurs dérangeantes au travail :

aucun antalgique anti-inflammatoire myorelaxant
 infiltration ou injection chiropractie manipulation
 orthèse physiothérapie ergothérapie chirurgie
 acupuncture autres

DEUXIÈME PARTIE

Les manifestations de la souffrance au travail

Qu'est-ce qui est **le plus difficile pour vous** au niveau physique (douleur)?

Qu'est ce qui est **le plus difficile pour vous** au niveau psychologique (souffrance)?

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti de la souffrance (psychologique)**au travail?**

oui non

Si oui, cette souffrance vous dérange-t-elle dans vos activités professionnelles? (fréquence)

toujours souvent parfois jamais

Si oui, cette souffrance vous dérange-t-elle dans vos activités professionnelles?
(durée)

moins de 3 mois de 3 à 6 mois de 6 mois à 1 an
 de 1 à 2 ans plus de 2 ans

Si oui, durant combien de temps au total avez-vous dû vous absenter du travail à cause de cette souffrance?

aucun arrêt de travail moins de 3 semaines
 de 3 semaines à moins de 6 mois plus de 6 mois

Avez-vous eu un ou des traitement(s) pour soigner votre souffrance au travail?

oui non

Si oui, expliquez lequel ou lesquels?

Au cours des 12 derniers mois, quel est le niveau moyen de plaisir et de souffrance ressenties, que vous attribuez à votre travail? Où vous situez-vous *entre plaisir et souffrance au travail*? Quelle est votre limite acceptable de souffrance au travail?
(déplacez le curseur sur la réglette)

100 %	Plaisir	0 %

0 %	Souffrance	100 %

Expliquez.

Pouvez-vous décrire votre souffrance au travail, les éléments qu'elle contient?

Comment savez-vous que vous éprouvez de la souffrance, au travail (signes extérieurs et intérieurs)?

Anxiété situationnelle et traits d'anxiété (STAI, Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970; ASTA, version française validée, Bergeron, Landry et Bélanger, 1976):

Mesure de stress psychologique au travail (MSP, Lemyre et Tessier, 1988) et % de stress moyen dans l'année, à faire évaluer subjectivement

Échelles des réactions physiques et émotionnelles (EREI et ERPI, Initial Subjective Reaction of physical and emotional scale of the Potential Stressful Event Interview de Falsetti et al., 1994 et Kilpatrick et al., 1991 : validées en français par Martin, Marchand et Brillon, 1999)

Épuisement professionnel Maslach Burnout Inventory, (Maslach & Jackson, 1981; traduit par Dion et Tessier, 1994; adapté par Dion, 1996) 22 énoncés : fatigue émotionnel, dépersonnalisation, sentiment de non-accomplissement au travail.

Inventaire de dépression (BDI, Beck et al. 1961, version française validée par Bourque et Beaudette, 1982).

Détresse psychologique au travail (PSI, Ilfeld, 1976) (dans le regroupement des questionnaires)

Comment savez-vous que vous êtes fatigué(e) (signes extérieurs et intérieurs)?

Comment savez-vous que vous êtes stressé(e) (signes extérieurs et intérieurs)?

Les déterminants de la souffrance au travail

1- **A quoi attribuez-vous, en ce moment, votre souffrance au travail?** (causes organisationnelles, psychosociales et personnelles)

2- Parmi les **changements organisationnels** instaurés depuis 2007, quels sont ceux qui vous conviennent? Expliquez.

Quels sont ceux qui ne vous conviennent pas? Expliquez.

3- Quels sont les éléments (situation, lieu, objet, personne) qui vous stressent, au point de générer une souffrance au travail?

4- Vivez-vous du stress d'anticipation au travail?oui non

Si oui, à quels moments?

Si oui, à quelle intensité (%)?

Si oui, quelles en sont les manifestations (signes)?

Si oui, quels en sont les impacts sur votre vie et votre travail (conséquences)?

Si oui, quel lien établissez-vous éventuellement entre le stress d'anticipation au travail et votre souffrance au travail?

5- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d'une agression physique de la part d'un patient?oui non

Expliquez :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violence émotionnelle (psychologique) de la part d'un patient?oui non

Expliquez.

6- Subissez-vous actuellement de la violence en dehors du travail?

oui non

Avez-vous déjà subi de la violence parentale, conjugale ou filiale, voire autre?

oui non

Vous arrivent-ils d'être **violent (e)** actuellement à **votre travail** (manifestations, signes ressentis et observables)?

oui non

Expliquez :

Vous arrivent-ils actuellement d'être violent (e) en dehors de votre travail?

oui non

Avez-vous déjà été témoin à votre travail de violence?

oui non

Êtes-vous pris(e) en soin au sujet de votre violence?

oui non

Si oui, comment?

Expliquez le lien éventuel entre cette violence et votre souffrance au travail.

7- Regroupement de questionnaires (Bourbonnais et al., 2005)

- Job Content Questionnaire (Karasek, version 1998) : exigences élevées du travail et manque de latitude décisionnelle, non compensés par le soutien psychosocial (déterminants de stress au travail)
- ERI FII (Siegrist, version 2001) : déséquilibre efforts-reconnaissance, volet reconnaissance (déterminants de stress au travail)
- Extraits de "The Nursing Scale" (Gray-Toft et Anderson, 1981) : demande émotionnelle chez les soignants
- Extraits du COPSOQ (Kristensen, 2001) : prévisibilité au travail et sens du travail
- Extraits du MCAR (Baumgarten, Becker et Gauthier, 1990) : comportement agressif des résidents
- Extraits de l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2001): violence physique et intimidation au travail.

8- En raison de la **charge de travail** et des **contraintes de temps** (extrait du questionnaire Evrest : Molinié et Leroyer, 2011) :

- dépassez-vous vos horaires de travail? oui non
- sautez-vous ou écoutez-vous un repas ou une pause? oui non
- traitez-vous trop vite une activité qui demanderait davantage de soin?
oui non

Expliquez vos réponses en lien avec votre souffrance au travail.

9- **Autres déterminants organisationnels et psychosociaux** de votre souffrance au travail? (soulignez ce qui est pertinent et en ajouter au besoin)

Poste de remplacement, cycle et horaires de travail, vacances insuffisantes, mobilité et polyvalence, conflits non gérés, harcèlement, dénonciations, équilibre travail-vie de famille-vie personnelle ...

Expliquez.

10- Face à la **pénibilité** du travail (exigences psychologiques), comment évaluez-vous votre **capacité psychologique** à réaliser votre travail?

- excellente très bonne bonne moyenne
- passable mauvaise très mauvaise

11- **Déterminants personnels de la souffrance au travail**

L'attachement extérieur aux patients qui vont mourir, aux collègues qui partent, aux habitudes qui freinent l'adaptation aux changements ...

La **dépendance extérieure** à la reconnaissance (compliments, récompenses), au soutien (entraide, encouragements), à l'équipe (communication, relation) ...

La **dualité intérieure** (pensées contradictoires, ruminations mentales, hésitations et doutes) ...

L'ignorance intérieure par manque de compétences (formations et informations insuffisantes), par manque de compréhension (intelligence émotionnelle et réflexions intellectuelles) et par manque de conscience (fausses croyances et spiritualité)

L'illusion extérieure que les conditions de travail reviennent comme avant, que les patients guérissent, que les attentes des soignants soient pleinement satisfaites ...

La violence intérieure, par non-respect de ses capacités et de ses limites, de ses pensées et de ses valeurs, par accumulation de contrariétés et d'insatisfactions, d'impatiences et de frustrations.

Parmi ces 6 facteurs individuels pouvant être à l'origine de votre souffrance au travail, quelle part /10 **attribuez**-vous à :

- | | |
|----------------|---------------|
| -l'attachement | - l'illusion |
| -la dépendance | - l'ignorance |
| -la dualité | - la violence |

12- **Parmi les déterminants** organisationnels, psychosociaux et personnels de votre souffrance au travail, pouvez-vous évaluer le % **attribuable** à chacun, dans la composition de votre souffrance globale au travail?

Expliquez.

Les stratégies face à la souffrance

1-**Quelles sont les stratégies organisationnelles** que vous jugez utiles face à votre souffrance au travail? (soulignez ce qui est pertinent et en ajouter au besoin)

Approche prothétique de Milieu de vie, concept d'*Humanitude* et toucher professionnel, formation Oméga ou autres, coopération et soutien, effectifs et moyens, marges de manœuvre, marque de reconnaissance, responsabilités, signes de confiance, souplesse dans les horaires ...

Expliquez.

2-**Quelles sont les stratégies collectives face à la souffrance** auxquelles vous participez? (soulignez ce qui est pertinent et en ajouter au besoin)

Signes de reconnaissance envoyés aux autres et reçus des autres, humour partagé pour désamorcer les conflits latents, réunions ...

Expliquez.

3-Quelles sont vos stratégies personnelles face à la souffrance au travail? (soulignez ce qui est pertinent et en ajouter au besoin)

Confrontation ou évitement, présentéisme, exprimer ou réprimer ses émotions, compétence ou intelligence émotionnelle ...

Expliquez.

4- Questionnaire sur les **stratégies face au stress** (WC-R coping: Vitaliano et al., 1985; traduit par Quintard et al., 1996).

Questionnaire sur les **expériences dissociatives** (PDEQ, Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire Self-Report Version de Marmar, Weiss et Meitzler, 1997; validées en français par Martin, Marchand et Brillon, 1999).

Appendice D

Les questionnaires inclus dans l'entretien individuel

TCI
Inventaire du Caractère et du Tempérament de Cloninger et al. (1993)
Pelissolo A. et Lépine J.P., 1997traduction française et validation

Répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. J'essaie souvent des nouvelles choses uniquement pour le plaisir, ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres au Québec estiment que c'est une perte de temps.
2. J'ai habituellement confiance au Québec que tout ira bien, même dans les situations qui inquiètent la plupart des gens.
3. Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal.
4. Souvent, j'ai l'impression que ma vie ne va pas bien ou manque de sens.
5. Je trouverais intéressant de développer mes capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum au Québec.
6. Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans les situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire.
7. J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec mes amis plutôt que de les garder pour moi.
8. Ma détermination me permet habituellement de mener une tâche longtemps après que les autres aient abandonné.
9. J'attends souvent des autres une solution à mes problèmes.
10. Cela me gênerait d'être seul(e) tout le temps.
11. Parfois je me sens en accord avec la nature au Québec, associé(e) au Tout et même aux organismes non vivant.
12. Quand quelqu'un m'a fait du mal, en général j'essaie de me venger.
13. Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision.
14. Je suis plus travailleur(se) que la majorité des gens.
15. Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans les situations où la plupart des gens au Québec trouvent cela dangereux physiquement.
16. Je préfère garder mes problèmes pour moi.

17. Je ne pense pas que ce soit une bonne idée de secourir les gens faibles, qui ne s'aident pas eux-mêmes.
18. J'ai eu parfois l'impression d'appartenir à un moment choisi, sans limites dans le temps et l'espace.
19. Je ressens parfois la présence spirituelle des autres, mais je ne peux pas l'expliquer avec des mots.
20. J'essaie d'accepter les sentiments des autres, même lorsqu'ils ont été auparavant injustes avec moi.
21. J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes.
22. D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision
23. Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens au Québec, à l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir.
24. Les autres me contrôlent trop.
25. Parfois, j'ai l'impression que ma vie est gouvernée par une entité spirituelle, supérieure à tous les êtres humains.
26. Je me force habituellement plus que la plupart des gens au Québec, parce que je veux faire le mieux possible.
27. J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup.
28. Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes, car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre.
29. Je voudrais souvent arrêter le cours du temps.
30. Il m'est difficile de supporter les gens qui sont différents de moi.
31. Je suis satisfait (e) de ce que je réalise au Québec et je n'ai pas vraiment envie de faire mieux.
32. Souvent, j'obéis à mon instinct, à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation.
33. Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent sur le respect des droits au Québec pour que tout soit fait de manière précise et ordonnée.
34. Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales.

35. Mes amis disent que c'est difficile de connaître mes sentiments, car je leur confie rarement mes pensées intimes.
36. J'aime imaginer que mes ennemis souffrent.
37. J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens.
38. Je ne suis pratiquement jamais énervé au point de perdre le contrôle de moi-même.
39. Je laisse souvent du travail, faute de temps ou parce qu'au départ je pensais pouvoir en faire plus.
40. Mes actes influencent le cours des choses, sans que j'en ai le contrôle.
41. Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait.
42. En général, je respecte les opinions des autres.
43. Je crois avoir eu personnellement des perceptions extrasensorielles.
44. En général, il n'est pas dans mes intérêts de contribuer au succès des autres.
45. En général, j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres.
46. J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles je me suis senti(e) en communion divine avec une force spirituelle merveilleuse.
47. J'ai eu des moments de bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une grande communion avec tout ce qui existe.
48. J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend.
49. Même avec les amis que je préfère, je ne me confie pas beaucoup.
50. J'examine presque toujours tous les détails avant de prendre une décision, même si on me demande une réponse rapide.
51. Je suis plus perfectionniste que la plupart des gens.
52. Les gens estiment que c'est facile de venir me voir, de me demander de l'aide et d'avoir ma sympathie.
53. Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi.
54. Je me force au travail jusqu'à l'épuisement, parce que j'essaie d'en faire plus que ce que je peux réellement.

55. Je déteste voir quelqu'un souffrir.

56. Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens au Québec, même après de légers problèmes de santé ou des évènements stressants.

ASTA

Anxiété Situationnelle – en ce moment
(Bergeron et Landry, 1983)

Adaptation française du questionnaire STAI (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970)

Lisez chaque énoncé puis encerclez le chiffre approprié pour indiquer comment vous vous sentez présentement, en **ce moment à votre travail**. **Cochez la fin de chaque énoncé que vous relier à votre souffrance au travail.**

1= pas du tout

2 = un peu

3 = modérément

4= beaucoup

1. Je me sens calme.	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.	1	2	3	4
3. Je me sens tendu(e).	1	2	3	4
4. Je me sens triste.	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e).	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des contrariétés possibles.	1	2	3	4
8. Je me sens reposé(e).	1	2	3	4
9. Je me sens anxieux(se).	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi.	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux(se).	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e).	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater.	1	2	3	4
15. Je suis relaxé(e).	1	2	3	4
16. Je me sens heureux(se).	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé(e).	1	2	3	4
18. Je me sens surexcité(e) et fébrile.	1	2	3	4
19. Je me sens joyeux(se).	1	2	3	4
20. Je me sens bien.	1	2	3	4

Trait d'anxiété – en général

Lisez chaque énoncé puis encerclez le chiffre approprié pour indiquer comment vous vous sentez **en général**.

	1= presque jamais	2 = quelquefois	3 = souvent	4= presque toujours
21. Je me sens bien.	1	2	3	4
22. Je me fatigue rapidement.	1	2	3	4
23. Je me sens au bord des larmes.	1	2	3	4
24. Je souhaiterais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement.	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e).	1	2	3	4
27. Je suis calme, tranquille et en paix.	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en venir à bout.	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas la peine.	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se).	1	2	3	4
31. Je suis porté(e) à prendre mal les choses.	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi.	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité.	1	2	3	4
34. J'essaie d'éviter de faire face à une crise, ou une difficulté.	1	2	3	4
35. Je me sens mélancolique.	1	2	3	4
36. Je suis content(e).	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête.	1	2	3	4
39. Je suis une personne stable.	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) et bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations actuelles.	1	2	3	4

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Elizur et Skye, 1990; version française validée par Delmas, 2001

À coter de 1 (très peu) à 6 (en très grande partie).

1. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à exprimer le caractère unique de votre personnalité?
2. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre vos **qualités personnelles** et les conditions de travail actuelles?
3. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant entre les différentes qualités de votre personnalité?
4. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater que les composantes de votre personnalité demeurent plus ou moins stables au cours des ans?
5. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à utiliser vos capacités physiques : force, dextérité?
6. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre vos **qualités physiques** et les conditions de travail actuelles?
7. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant parmi vos différentes qualités physiques?
8. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater que les composantes de vos qualités physiques demeurent plus ou moins stables au fil des ans?
9. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à exercer une influence sur la société?
10. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre concevable entre, d'une part, vos **besoins sociaux** et, d'autre part, les structures sociales et autres conditions externes?
11. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant parmi vos différents besoins sociaux?
12. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater que, au cours des ans, les composantes de vos relations avec votre environnement social demeurent plus ou moins stables?
13. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de réussir à exprimer les **valeurs** auxquelles vous croyez?

14. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre, d'une part, vos valeurs et besoins culturels et, d'autre part, les conditions de travail actuelles?

15. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre satisfaisant parmi les différentes croyances et valeurs auxquelles vous adhérez?

16. Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de constater que, au fil des ans, les composantes de vos croyances et valeurs culturelles demeurent plus ou moins stables?

MESURE DE STRESS PSYCHOLOGIQUE (MSP)

(Lemyre, Tessier, &Fillion, 1990)

Pouvez-vous encercler le chiffre de 1 à 8 pour indiquer jusqu'à quel degré chaque phrase vous décrit au travail (en pensant à vos dernières heures de travail).

1 pas du tout										5 plutôt oui
2 pas vraiment										6 passablement
3 très peu										7 beaucoup
4 un peu										8 énormément
1. Je me sens tendue ou crispée	1	2	3	4	5	6	7	8		
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche	1	2	3	4	5	6	7	8		
3. Je prends plus de deux consommations d'alcool par jour	1	2	3	4	5	6	7	8		
4. Je me sens pressée par le temps, coincée par le temps, je manque de temps	1	2	3	4	5	6	7	8		
5. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger	1	2	3	4	5	6	7	8		
6. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.										
7. Je me sens seule, isolée, incomprise	1	2	3	4	5	6	7	8		
8. Je me sens débordée, dépassée, surchargée	1	2	3	4	5	6	7	8		
9. Je suis préoccupée par ce qui va arriver le lendemain	1	2	3	4	5	6	7	8		
10. J'ai le visage (front, sourcils ou lèvres) crispé, froncé, tendu	1	2	3	4	5	6	7	8		
11. Je prends plus de quatre cafés par jour	1	2	3	4	5	6	7	8		
12. Je cherche l'heure constamment, je regarde souvent ma montre ou demande l'heure	1	2	3	4	5	6	7	8		
13. Je suis irritable, j'ai les nerfs à fleur de peau, je m'impatiente contre les gens et les choses	1	2	3	4	5	6	7	8		

14. J'ai de la difficulté à digérer, j'ai mal à l'estomac, je me sens comme un nœud à l'estomac
1 2 3 4 5 6 7 8
15. Je suis découragée, déprimées, dépressive
1 2 3 4 5 6 7 8
16. J'ai des douleurs physique : mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre
1 2 3 4 5 6 7 8
17. Je suis préoccupée, tourmentée ou tracassée
1 2 3 4 5 6 7 8
18. J'ai des variations de température
1 2 3 4 5 6 7 8
19. Je fume plus de 20 cigarettes (un paquet) par jour
1 2 3 4 5 6 7 8
20. Je me ronge les ongles ou mange la peau autour de mes doigts ou me mord les lèvres et l'intérieur des joues
1 2 3 4 5 6 7 8
21. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire
1 2 3 4 5 6 7 8
22. Je pleure
1 2 3 4 5 6 7 8
23. Je suis fatiguée
1 2 3 4 5 6 7 8
24. J'ai les mâchoires serrées
1 2 3 4 5 6 7 8
25. Je suis calme
1 2 3 4 5 6 7 8
26. J'ai les mains moites et je transpire beaucoup, (sue des aisselles et des pieds ...)
1 2 3 4 5 6 7 8
27. Je vois la vie comme étant simple et facile
1 2 3 4 5 6 7 8
28. J'ai le cœur qui bat vite ou qui bat irrégulièrement
1 2 3 4 5 6 7 8
29. J'écris des listes de choses à faire
1 2 3 4 5 6 7 8
30. Je marche vite
1 2 3 4 5 6 7 8
31. Je pousse de longs soupirs, ou je reprends tout à coup ma respiration
1 2 3 4 5 6 7 8
32. J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou suis constipée
1 2 3 4 5 6 7 8
33. Je suis anxieuse, inquiète ou angoissée
1 2 3 4 5 6 7 8
34. Je sursaute (fait des bonds)
1 2 3 4 5 6 7 8

35. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir 1 2 3 4 5 6 7 8
36. Je suis brusque dans mes comportements, je bouge rapidement
1 2 3 4 5 6 7 8
37. Je suis inefficace, inadéquate 1 2 3 4 5 6 7 8
38. J'ai les muscles tendus ou qui tremblent ou je ressens des raideurs musculaires
1 2 3 4 5 6 7 8
39. J'ai l'impression de perdre le contrôle 1 2 3 4 5 6 7 8
40. Je suis agressive 1 2 3 4 5 6 7 8
41. Je suis confuse, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration
1 2 3 4 5 6 7 8
42. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés 1 2 3 4 5 6 7 8
43. J'évite les contacts sociaux ou je ne fais plus de hobby, de sorties, d'activités
socioculturelles, je m'isole, je me retire 1 2 3 4 5 6 7 8
44. J'ai la respiration courte, saccadée, limitée, rapide 1 2 3 4 5 6 7 8
45. Je sens beaucoup de pression sur les épaules 1 2 3 4 5 6 7 8
46. J'ai l'impression que chaque chose me demande un effort considérable
1 2 3 4 5 6 7 8
47. Je me sens pleine d'énergie, en forme 1 2 3 4 5 6 7 8
48. Je suis fébrile, j'ai toujours envie de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervée
1 2 3 4 5 6 7 8
49. Je mange vite, j'avale mon repas en moins de quinze minutes
1 2 3 4 5 6 7 8
50. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes
1 2 3 4 5 6 7 8
51. Je suis stressée 1 2 3 4 5 6 7 8
52. Je suis malhabile, je fais des gaffes, je trébuche, je lâche des choses, j'ai des incidents divers
1 2 3 4 5 6 7 8
53. Je suis détendue 1 2 3 4 5 6 7 8

Formule MSP

Les réponses aux 53 affirmations du MSP de Lemyre et Tessier sont cotées de 1 à 8 avec une inversion dans la formulation pour quatre d'entre elles (25, 27, 47 et 53). Le score corrigé du MSP se calcule donc en inversant les quatre réponses : une cote 8 devient 1, une cote 7 devient 2, une cote 6 devient 3, une cote 5 devient 4. Le pointage maximal corrigé est donc de : $53 \times 8 = 424$ et le pointage minimal corrigé est de $53 \times 1 = 53$. Le pointage individuel corrigé du MSP est traduit en pourcentage, pour en faciliter l'utilisation, par la formule suivante :

$$\frac{(\text{score personnel corrigé} - \text{score minimum corrigé}) \times 100}{\text{score maximum corrigé} - \text{score minimum corrigé}}$$

Exemple (réponses déjà inversées si besoin), selon le mode d'emploi de Lemyre et Tessier (1988) : MSP score individuel 168

$$\frac{168 - 53}{424 - 53} = \frac{115}{371} = 31 \%$$

Ce pourcentage de manifestations du stress est à prendre en compte lorsqu'il dépasse 30 %, dit inacceptable au travail (Edmond, 2003; Navez et al., 2000). Les scores individuels sont évalués au niveau collectif, en calculant le nombre de soignants participants ayant un pourcentage de stress au travail supérieur à 30 %.

ÉCHELLES DES RÉACTIONS PHYSIQUES AU STRESS

ERPI (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire Self-Report Version. Marmar, Weiss et Metzler, 1997. Validées en français par Martin, Marchand et Brillon, 1999) et adaptées pour la présente recherche.

Les réactions physiques observées ou observables, mesurées ou mesurables, **lors d'un évènement ou d'une situation stressante au travail**, sont regroupées dans les énoncées suivantes. Veuillez entourer pour chacune le chiffre correspondant à la description de vos réactions physiques pendant ou après ce qui a été vécu.

	1-pas du tout	2-un peu	3- modestement	4- extrêmement
1- Tremblements ou secousses musculaires	1	2	3	4
2- Augmentation du rythme cardiaque ou palpitations	1	2	3	4
3- Essoufflement ou apnée	1	2	3	4
4- Transpiration	1	2	3	4
5- Étourdissement, vertige, sensation de malaise ou de mal être	1	2	3	4
6- Nœud dans la gorge, sous le thorax ou dans le bas ventre	1	2	3	4
7- Sensations d'engourdissement ou de picotement dans les membres	1	2	3	4
8- Température du corps perturbée (bouffée de chaleur ou frissons)	1	2	3	4
9- Douleurs ou inconfort	1	2	3	4

ÉCHELLE DES RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES

EREI (Initial Subjective Reaction of emotional scale of the Potential Stressful Event Interview de Falsetti et al., 1994 et Kilpatrick et al., 1991; validées en français par Martin, Marchand et Brillion, 1999) et adaptées pour la présente recherche.

Les réactions émotionnelles, **lors d'un évènement ou d'une situation stressante au travail**, sont regroupées dans les énoncées suivantes. Veuillez entourer pour chacune le chiffre correspondant à la description de votre vécu émotionnel au cours ou après l'évènement stressant.

1-pas du tout	2-un peu	3- modestement	4- extrêmement
1- J'ai peur			1 2 3 4
2- Je me sens impuissante, parce que je ne peux rien contrôler			1 2 3 4
3- Je pense que je suis sérieusement blessée (physiquement ou émotionnellement)			1 2 3 4
4- Je me sens mal, ne sachant pas si je vais pouvoir aller au travail et si je vais pouvoir y survivre			1 2 3 4
5- Je me suis sentie coupée de mes émotions, comme engourdie			1 2 3 4
6- Je me sens triste			1 2 3 4
7- Je me sens embarrassée			1 2 3 4
8- J'ai l'impression d'être trahie			1 2 3 4
9- Je me sens en colère, insatisfaite de ou dans mon travail			1 2 3 4
10- Je suis dégoûtée par mon travail			1 2 3 4
11- Je crains l'épuisement professionnel			1 2 3 4
12- Je me crois inadapté à mon travail			1 2 3 4

REGROUPEMENT DES QUESTIONNAIRES
(Bourbonnais et al., 2005)

Latitude décisionnelle
(Karasek, 1985; Karasek et al., 1998)

Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mon travail consiste à refaire toujours la même chose.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Au travail, j'ai l'occasion de faire plusieurs choses différentes.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Demande psychologique

(Karasek, 1985, Karasek et al., 1998)

Mon travail exige d'aller très vite

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mon travail exige de travailler très fort

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

On me demande de faire une quantité excessive de travail

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mon travail est très mouvementé.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Soutien social des supérieurs et des collègues

(Karasek et al., 1988, 1998)

Mon supérieur immédiat se soucie du bien-être des personnes qui sont sous son autorité.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je vis.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Les personnes, avec lesquelles je travaille, sont qualifiées pour effectuer les tâches qu'elles accomplissent.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Les personnes, avec lesquelles je travaille, s'intéressent personnellement à moi.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Les personnes, avec lesquelles je travaille, sont amicales.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Les personnes, avec lesquelles je travaille, facilitent la réalisation du travail.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

Reconnaissance

(Siegrist, 2001)

Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

On me traite injustement à mon travail.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Mes perspectives de promotion sont faibles.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Ma sécurité d'emploi est menacée.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Vu tous mes efforts, je reçois tout le respect et l'estime que je mérite à mon travail.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

La demande émotionnelle
(Gray-Toft et Anderson, 1981)

L'administration de soins douloureux à un résident.

1. Jamais
2. A l'occasion
3. Fréquemment
4. Très fréquemment.

Le sentiment d'impuissance face à un résident dont l'état ne s'améliore pas.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

L'écoute ou la discussion avec un résident au sujet de sa mort prochaine.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

La mort d'un résident.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

La mort d'un résident auquel vous étiez attaché.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

L'absence du médecin lors du décès d'un résident.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord
5. Ne s'applique pas

La vue des résidents qui souffrent.

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Prévisibilité au travail
(Kristensen, 2001)

Au travail, recevez-vous suffisamment d'avance l'information sur des décisions importantes ou des changements à venir?

1. Toujours
2. Souvent
3. Quelquefois
4. Rarement
5. Jamais.

Recevez-vous toute l'information nécessaire pour bien effectuer votre travail?

1. Fortement en désaccord
2. En désaccord
3. D'accord
4. Fortement en accord

Sens du travail
(Kristensen, 2001)

Vos tâches de travail ont-elles pour vous un sens?

1. Extrêmement
2. Beaucoup
3. Assez
4. Peu
5. Très peu ou pas du tout.

Avez-vous l'impression que le travail que vous effectuez est important?

1. Extrêmement
2. Beaucoup
3. Assez
4. Peu
5. Très peu ou pas du tout.

Vous sentez-vous motivée et impliquée dans votre travail?

1. Extrêmement
2. Beaucoup
3. Assez
4. Peu
5. Très peu ou pas du tout.

Comportements agressifs des résidents
(Baumgarten, Becker et Gauthier, 1990)

Un résident qui jure, qui utilise un langage insultant.

1. Jamais
2. A l'occasion
3. Fréquemment
4. Très fréquemment

Un résident qui crie sans aucune raison.

1. Extrêmement
2. Beaucoup
3. Assez
4. Peu
5. Très peu ou pas du tout.

Un résident qui attaque physiquement (frappe, mord, griffe, pince, crache, donne des coups ...)

1. Extrêmement
2. Beaucoup
3. Assez
4. Peu
5. Très peu ou pas du tout.

Un résident qui refuse l'aide dans les soins personnels (bains, s'habiller, se brosser les dents ...)

1. Extrêmement
2. Beaucoup
3. Assez
4. Peu
5. Très peu ou pas du tout.

La violence physique et l'intimidation au travail

Enquête sociale et de santé, 1998 – Institut Statistiques du Québec, 2001.

Au cours des 12 derniers mois, au travail avez-vous subi une ou plusieurs situations suivantes?
Encerclez le chiffre qui correspond à votre réponse.

De la violence physique de la part de :

Supérieur(e)s	Subordonné(e)s	Collègues	Résidents	Famille de résidents
1. Toujours	1. Toujours	1. Toujours	1. Toujours	1. Toujours
2. Souvent	2. Souvent	2. Souvent	2. Souvent	2. Souvent
3. Quelquefois	3. Quelquefois	3. Quelquefois	3. Quelquefois	3. Quelquefois
4. Rarement	4. Rarement	4. Rarement	4. Rarement	4. Rarement
5. Jamais.	5. Jamais.	5. Jamais.	5. Jamais.	5. Jamais.

De l'intimidation de la part de :

Supérieur(e)s	Subordonné(e)s	Collègues	Résidents	Famille de résidents
1. Toujours	1. Toujours	1. Toujours	1. Toujours	1. Toujours
2. Souvent	2. Souvent	2. Souvent	2. Souvent	2. Souvent
3. Quelquefois	3. Quelquefois	3. Quelquefois	3. Quelquefois	3. Quelquefois
4. Rarement	4. Rarement	4. Rarement	4. Rarement	4. Rarement
5. Jamais.	5. Jamais.	5. Jamais.	5. Jamais.	5. Jamais.

Détresse psychologique au travail

PSI, Ilfeld, 1976

Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Avez-vous des blancs de mémoire?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) découragé(e)?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous laissé(e) emporté(e) contre quelqu'un ou quelque chose?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Avez-vous ressenti(e) des peurs ou des craintes?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Avez-vous pleuré ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?

1. Jamais
2. De temps en temps
3. Assez souvent
4. Très souvent.

Maslach Burnout Inventory

(MBI, Maslach & Jackson, 1981, traduit par Dion et Tessier, 1994; adapté par Dion, 1996)

Encerclez le chiffre de 0 à 6 qui indique la fréquence d'apparition de ces sentiments en vous

0 jamais

1 quelques fois par année ou moins

2 une fois par mois ou moins

3 quelques fois par mois

4 une fois par semaine

5 quelques fois par semaine

6 chaque jour

1- Je me sens émotionnellement vidée par mon travail

0 1 2 3 4 5 6

2- Je me sens épuisée à la fin de ma journée de travail

0 1 2 3 4 5 6

3- Je me sens épuisée quand je me lève le matin pour faire face à ma journée de travail

0 1 2 3 4 5 6

4- Je peux facilement comprendre ce que mes patients ressentent

0 1 2 3 4 5 6

5- J'ai l'impression que je traite quelques patients comme s'ils étaient des objets impersonnels

0 1 2 3 4 5 6

6- Travailler avec du monde tous les jours est vraiment un effort pour moi

0 1 2 3 4 5 6

7- Je m'occupe très efficacement de mes patients

0 1 2 3 4 5 6

8- Je me sens vidée par mon travail

0 1 2 3 4 5 6

9- Je sens que j'influence positivement la vie des autres par mon travail

0 1 2 3 4 5 6

10- Je suis devenue plus insensible envers les gens depuis que je fais ce travail

0 1 2 3 4 5 6

11- J'ai peur que ce travail m'éloigne de mes émotions

0 1 2 3 4 5 6

12- Je me sens très énergique	0	1	2	3	4	5	6
13- Je me sens frustrée par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14- Je sens que je travaille trop fort	0	1	2	3	4	5	6
15- Je ne m'inquiète pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
16- Travailler en contact direct avec des patients met beaucoup trop de tension sur moi	0	1	2	3	4	5	6
17- Je peux facilement créer une atmosphère relaxante avec les patients	0	1	2	3	4	5	6
18- Je me sens vivifiés après avoir travaillé intensivement avec mes patients	0	1	2	3	4	5	6
19- J'ai accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
20- Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21- Dans mon travail, je fais face aux problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22- Je sens que des patients me blâment pour certains de leurs problèmes.	0	1	2	3	4	5	6

Inventaire de dépression

Beck, 1961 (traduit et validé par Bourque et Beaudette, 1982; évalué par Beck et al., 1988)

On peut parler de dépression éventuelle, si vous vivez ces symptômes depuis au moins 3 ou 4 semaines, tous les jours ... et en lien avec le travail. Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez celui qui décrit le mieux votre état.

0-Je ne me sens pas triste.

1-Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0-Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir

1-Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2-Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir

3-L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0-Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).

1-Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2-Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3-Je suis un(e) raté(e).

0-Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1-Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2-Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3-Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0-Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1-Je me sens coupable une grande partie du temps.

2-Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3-Je me sens constamment coupable.

0-Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1-J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2-Je m'attends à être puni(e).

3-Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0-Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1-Je suis déçu(e) de moi-même.

2-Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3-Je me hais.

0-Je ne crois pas être pire que les autres.

1-Je critique mes propres faiblesses et défauts.

2-Je me blâme constamment de mes défauts

3-Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant

0-Je ne pense jamais à me tuer.

1-Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais

2-J'aimerais me tuer.

3-Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

0-Je ne pleure pas plus que d'habitude.

1-Je pleure plus qu'autrefois

2-Je pleure constamment.

3-Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

0-Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.

1-Je suis légèrement plus irritable que d'habitude

2-Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.

3-Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci

0-Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres

1-Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.

2-J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.

3-Les gens ne m'intéressent plus du tout.

0-Je prends mes décisions exactement comme autrefois.

1-Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.

2-J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.

3-Je suis incapable de prendre des décisions.

0-Je ne crois pas que mon apparence a empiré.

1-Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).

2-Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).

3-Je crois que je suis laid(e).

0-Je travaille aussi bien qu'autrefois.

1-J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.

2-Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.

3-Je suis absolument incapable de travailler.

0-Je dors aussi bien que d'habitude.

1-Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.

2-Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.

3-Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.

0-Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude

1-Je me fatigue plus vite qu'autrefois

2-Un rien me fatigue

3-Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

0-Mon appétit n'a pas changé

1-Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.

2-Mon appétit a beaucoup diminué.

3-Je n'ai plus d'appétit du tout.

0-Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps

1-J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).

2-J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).

3-J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).

0-Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude

1-Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs des maux d'estomac ou de la constipation.

2-Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose

3-Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre

0-Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido

1-Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois

2-Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels

3-J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

Questionnaire sur les expériences dissociatives

PDEQ : Weiss et Marmar (1997); Weiss et al. (1995)
traduits en français par Martin, Marchand et Brillon (1999)

Pour chaque énoncée, veuillez encercler le chiffre correspondant à la description au plus près de votre expérience de travail présente, lors de situations ou d'évènements stressants ou traumatisants.

1	2	3	4	5
pas du tout vrai	un peu vrai	moyennement vrai	très vrai	extrêmement vrai

1- Je suis une autre au travail, c'est-à-dire débranchée de ma vie personnelle, de mon moi-même, comme ayant changé de peau.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2- Je me mets (volontairement ou non) sur le pilote automatique, c'est-à-dire dans le moule appris à l'école et renforcé par les conditions de travail, dans un rôle stéréotypé de soignante. J'ai un masque et un uniforme, même si je reste en civil.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3- Ma perception du temps est perturbée, bien que je doive suivre un emploi du temps horaire assez strict. Je suis comme suspendue entre le passé et le futur, l'instant est confondu avec la durée, bien que je cours toujours après le temps qui me manque pour faire le minimum requis.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4- Les tâches ou les situations qui me paraissent difficiles au travail me semblent irréelles, comme hors de moi-même. Alors, je vis comme dans un mauvais rêve ou une pièce de théâtre, c'est-à-dire sans émotion vraie. Pourtant je me pense responsable de mes actes et de mes comportements.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5- À chaque difficulté au travail, je me vois et m'entend comme acteur et spectateur à la fois, bien que consciente de mes actes et de mes comportements. J'ai l'impression de ne pas avoir choisi la pièce, la représentation qui se donne.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6- Je suis coupée de mon corps, relégué au rang de machine ou d'outil à produire une tâche. Mon corps est sans forme et sans nom, incapable de percevoir justement son effort, sa douleur et le stress

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7- Dans les situations les plus difficiles, je pense que ce qui m'arrive arrive à quelqu'un d'autres mais pas à moi. Je n'ai pas eu l'impression d'être blessée alors que c'était le cas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Échelle de gestion du stress

WC-R de Vitaliano et al. (1985), version française de Quintard et al. (1996)

	non	plutôt non	plutôt oui	oui
1-J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi				
2-J'ai souhaité que la situation stressante disparaisse ou finisse				
3-J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais				
4-Je me suis battu(e) pour ce que je voulais				
5-J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé				
6-J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé				
7-J'ai changé positivement				
8-Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème				
9-J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10-J'ai pris les choses une par une.				
11-J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12-J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation stressante				
13-Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après				
14-Je me suis culpabilisé(e)				
15-J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions				
16-Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation stressante				
17-J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18-J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème				
19-J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir				
20-J'ai essayé de tout oublier				
21-J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22-J'ai essayé de ne pas agir de manière précipité ou de suivre la première idée				
23-J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
24-J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25-J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
26-Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				
27-Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				

Appendice E
Les grilles d'observation et d'évaluation

GRILLES D'OBSERVATIONS INDIVIDUELLES (exemple)

Date de l'observation :

Horaires de travail :

Lieu de travail :

Observation de l'activité de travail habituelle : en continue sur 8 h, le dernier jour d'un cycle de travail.

Observation des différents signes extérieurs de souffrance au travail.

Ces signes personnels observables ont été ciblés lors de l'entretien individuel avec cette soignante. Ils sont parfois observés lors d'une action spécifique et dans un contexte particulier. Ils sont à vérifier et à commenter par la soignante (en aparté) au sujet des manifestations vécues, des déterminants visés et en lien éventuel avec des stratégies face à la souffrance au travail.

Description des observables ciblés :

Plaisir au travail : sourit, rit, taquine ou blague, donne du temps et de l'attention (se berce avec, joue avec, fait un casse-tête avec)

Douleur exacerbée (dos, épaules) : la main touche le bas du dos rapidement (moins de 3 s), la main frictionne quelques instants le bas du dos (entre 3 s et 3 min), roulement des épaules en rotation interne ou externe, étirement des bras en l'air.

Fatigue (maux de tête) : la main touche le front furtivement (moins de 3 s), maintien plusieurs doigts pressés sur sa tête un moment (entre 3 s et 3 min)

Stress : sursaute

Consignes :

À chaque situation de travail souffrante et en contexte identifiée, cocher dans les tableaux suivants le ou les observables ciblés et autres non-ciblés, pour évaluer leur fréquence au moment (horaire) et durée. Ajouter dans les cases de ces tableaux les commentaires de l'observé(e) recueillis en aparté sur les manifestations de sa souffrance, extérieures visibles et intérieures ressentis, en liant avec les déterminants supposés et les stratégies éventuelles.

Plaisir au travail heure et minutes durée action / contexte	P1 sourit ou rit	P2 taquine et fait des blagues	P3 donne de l'attention et du temps	P4 autres

Commentaires :

Douleur exacerbée heure et minutes durée action / contexte	D1 touche furtivement dos (≤ 3 s)	D2 frictionne le dos (entre 3 s et 3 min)	D3 rotation épaules	D4 étirement bras en l'air

Commentaires :

Fatigue (maux tête) Stress heure et minute durée action / contexte	F1 touche front rapidement (≤ 3 s)	F2 maintien doigts sur tête un moment (entre 3 s et 3 min)	S1 sursaute	FS1 autres

Commentaires :

Date :

GRILLES COMMUNES D'OBSERVATIONS et D'ÉVALUATION des soignants de CHSLD en A.T. en situation réelle de travail

La recherche doctorale '*entre plaisir et souffrance des soignants au travail dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue*' s'est appuyée sur les données des entretiens individuels et collectifs pour préparer les supports d'observation sur le terrain. Les grilles communes d'observations des soignants en souffrance au travail ont été construites à partir des difficultés relationnelles se dégageant des divers entretiens. Elles respectent les définitions des observables repérés et la progression des indices, illustrée par les soignants avec des exemples concrets lors des entretiens.

L'observation individuelle des soignants en activité réelle de travail est réalisée en continue pendant 8 h, le dernier jour d'un cycle de travail. Au début de l'horaire de travail, la chercheure présente les grilles communes d'observations au (à la) soignant(e) observé(e), l'informe sur les observables (choix et définitions) et sur la méthode d'observation et de cotation. En fin d'horaire de travail, une **évaluation des soignants** par résident, par collègue ou par supérieur est faite et une auto-confrontation avec l'observation de la chercheure réalisée, à la recherche de concordance ou de compréhension de l'appréciation des soignants.

La première grille commune d'observations des soignants (échelle de type Likert, avec progression continue et égale) documente les *Qualités psychoaffectives des relations du (de la) soignant(e) avec les résidents* dont il (elle) a la charge. La graduation progressive en catégories de -2 à +3 est définie et expliquée en fonction des traits ou expressions observables (regarder, écouter, sentir).

- **antipathie (-2)** : animosité, aversion ou hostilité. **Évite** de communiquer (visage crispé ou fermé, front plissé), de toucher (prise éloignée ou indirecte, manutention mécanisée), de parler (silence, lèvres serrées), de regarder (regarde autour ou ailleurs, ferme les yeux). Est en **désaccord** avec les comportements du résident ou en conflit ouvert : communication verbale brève et d'un ton sec ou communication abondante et agressive (dit non à toute demande, paroles précipitées, visage tendu et rouge, crie ou hausse le ton, râle ou gronde), fait des gestes malveillants (s'oppose ou résiste, toucher rude, pince ou tape, tire ou pousse sans ménagement), montre du dégoût, de la répulsion ou de la répugnance (fait la mou, plisse le nez, s'écarte et détourne la tête), se dit méfiant, "avoir peur", "être irrité(e) ou stressé(e)". Fait **moins que** les tâches minimales.

- **indifférence (-1)** : détaché, **sans** émotion ou **sans** intérêt. Communication légère avec le résident (regard terne et sous focalisé sur le résident, paroles identiques de jour en jour et monocordes, expression faciale distante) ou communication ordinaire avec les collègues devant le résident (regard animé et sur focalisé sur la collègue ou au loin, paroles échangées avec les collègues et hors contexte du résident, visage expressif en fonction des propos échangés avec les collègues). Touche machinalement, manque d'attention et d'écoute. Fait les tâches **minimales**.

- **neutre (0)** : ni attaché / ni détaché, **peu** marqué émotionnellement. Communication verbale avec **peu** d'intonations et de rythme, expression faciale restreinte ou inexpressive, regard simplement posé sur le résident, toucher professionnel. Fait ses tâches consciencieusement, **sans plus**.

- **sympathie (+1)** : disposition envers le résident, **affection** spontanée et lien chaleureux. Communication facile avec **partage** des émotions et du ressenti, mise en concordance du vécu, **accord et soutien** du soignant qui s'engage **à côté** du résident. Visage détendu et souriant, regard échangé et vivant, toucher humain et langage amicaux ou familiers (tu, prénom, prendre la main, caresser le dos). Fait **plus que** ses tâches pour faciliter la vie du résident et répondre à ses besoins.

- **empathie (+2)** : **attachement, dépendance** et promiscuité. Communication plutôt non verbale car le soignant **s'identifie** au résident et *vit* des émotions **avec** lui (rire, pleurer), le **comprendre au-delà** des mots, applique le concept d'*Humanitude* (surnom, regard doux, prend contre soi, offre des petits cadeaux, revient un jour de repos pour lui lire le journal, lui masser le dos ou les pieds, lui donner un bain supplémentaire). Fait **beaucoup plus** que ses tâches et répond aux demandes particulières du résident.

- **compassion (+3)** : qualité de bienveillance et de protection, ouverture à la souffrance du résident sans la prendre sur soi, dimension plus qu'humaine de la relation (**détachement, connaissance**) c'est-à-dire au-delà de l'espace et du temps, avec Amour (**unité, interdépendance**). Est présent auprès du résident avec une perception subtile de son vécu, l'accompagnant dans sa réalité vers la paix et la sérénité, vers l'éveil à autre chose qui le dépasse (visage rayonnant, regard intense, toucher noble et juste).

<i>Qualités psychoaffectives des relations du soignant avec chaque résident*</i>							
t (h)	Antipathie (-2)	Indifférence (-1)	Neutre (0)	Sympathie (+1)	Empathie (+2)	Compassion (+3)	Total
Total							

* la relation observée par la chercheuse peut être différente du vécu du soignant en relation avec chaque patient ... elle peut aussi être différente ce jour qu'en général.

Commentaires

La seconde grille commune d'observations des soignants (échelle de type Likert, avec progression continue et égale) documente les *Comportements professionnels des collègues de travail en présence ou en relation avec le (la) soignant(e) observé(e)*. La graduation progressive en catégories de -2 à +2 est définie et expliquée en fonction des attitudes et comportements observables.

- **laxiste (-2)** : indulgent, tolérant d'une façon excessive, permissif, complaisant, laisse aller. Un **manque de conscience professionnelle** amène le soignant à nier ses obligations ou à diminuer la gravité des faits (**manquements, erreurs graves**), à ne pas exercer de pouvoir ou à ne pas prendre ses responsabilités, à éviter de poser des actions ou à laisse pourrir les situations, à refuser l'engagement ou à fuir l'affrontement, à négliger son travail (paresseux, désinvolte) ou à en faire **moins que le minimum**.

- **négligent (-1)** : distrait, désordonné, insouciant. Une **conscience professionnelle insuffisante** amène le (la) soignant(e) à faire des **oublis** ou des **erreurs mineures**, parce qu'il (elle) est "tête en l'air" ou rêveur, manque d'attention ou d'intérêt au travail, est imprévoyant ou indolent, **détaché** de la réalité du travail.

- **neutre (0)** : consciencieux et appliqué juste un peu, réalise son travail avec quelques incidents sans importance (échappe une compresse, renverse un verre, se cogne aux angles de mur).

- **consciencieux (+1)** : sérieux, attentif, appliqué, assidu, dévoué. Une **bonne conscience professionnelle** est soutenue par l'amour du travail bien fait, un sens de l'honnêteté, une vigilance du soignant qui sait être prévoyant et professionnel pour agir au mieux de ses connaissances et compétences.

- **perfectionniste (+2)** : scrupuleux, méticuleux, rigoureux, soigneux, soucieux. Une **conscience professionnelle accrue** par un idéal de perfection, c'est-à-dire une qualité de soins et de concentration au travail, un respect strict des règles d'hygiène et des protocoles de soins, un souci d'ordre et un sens moral ou éthique. Le soignant a besoin d'être parfait pour s'accomplir à son travail, calmer son inquiétude ou ses préoccupations majeures du moment.

La troisième grille commune d'observations des soignants (échelle catégorielle) documente les *Modes de gestion des relations professionnels des supérieurs avec le soignant observé*. Les catégories de 'a à e' sont définies et expliquées en fonction de l'application de principes politique appliqués à la gestion du personnel dans les CHSLD participants.

- **autocratie (a)** : pouvoir et autorité, un chef impose des règles et dicte des actions, pose les conditions du travail et exerce des contraintes sur les travailleurs. Les cadres sont les dépositaires d'une autorité hiérarchique sur les soignants, un droit légitime à commander et à dominer, à imposer des changements et à agir par pression, à appliquer des normes non négociables. Les soignants acceptant le rôle des cadres consentent à se soumettre aux lois gouvernementales et aux règlements internes, aux jugements et aux décisions de leurs supérieurs. Les soignants ont alors le devoir d'obéir à leur volonté et à leurs exigences, même si cela n'a pas de sens pour eux ou est dangereux pour leur santé. Ils ne peuvent s'opposer à la puissance hiérarchie et prennent le risque de se "déshumaniser" au travail.

- **démocratie (b)** : art de transiger, de négocier, de parlementer, de faire des ajustements ou des compromis. Les cadres favorisent l'initiative et la participation des soignants dans la prise de décisions. Ils échangent avec les représentants élus des soignants sur certains sujets (écoute et respect), mais finissent par prendre seuls les décisions. La marge de manœuvre est donc mince et les moyens de pression peu efficaces. Par contre, le droit de retrait et de grève, les travaux légers sont des acquis non négligeables.

- **socialisme (c)** : liberté, égalité et fraternité. Les cadres donnent un maximum de marges de manœuvre aux soignants, la liberté est une question de concertation : "la liberté individuelle s'arrête là où la liberté collective commence". Il s'agit de faire ensemble, de décider en équipe des orientations et d'exercer son bon sens, de coopérer pour progresser et de protéger sa santé et sa sécurité. Cette autogestion de l'institution devenue mutualiste favorise l'émancipation des soignants, leur solidarité et leur *Humanitude*.

- **libéralisme (d)** : non-ingérence de la hiérarchie dans les luttes de pouvoir, dans les règles relationnelles. Lorsque l'opposition des soignants aux cadres et la résistance à l'autorité n'a plus d'objet, des soignants s'improvisent *chefs* et exercent un pouvoir sur leurs collègues, une emprise ou une influence faite de pression et de manipulations, imposent leurs points de vue et leurs façons de faire. Au nom de la liberté, le pouvoir est morcelé, les soignants disent alors vivre "l'enfer" au travail.

- **anarchie (e)** : indépendance, liberté complète, confusion, désordre. Lorsque les cadres renoncent à leur pouvoir, par incapacité ou impossibilité à s'imposer par la persuasion ou par la crainte, par manque de formations ou de compétences, "le bateau vogue sans capitaine". La suppression de toute autorité, l'abolition de la hiérarchie conduit alors à la faillite de l'institution.

<i>Modes de gestion des relations professionnels des supérieurs avec le soignant observé *</i>						
t (h)	Autocratie (a)	Démocratie (b)	Socialisme (c)	Libéralisme (d)	Anarchie (e)	Total
Total						

* le mode de gestion des supérieurs observé par la chercheuse peut être différent de celui perçu comme étant cause de souffrance au travail par le soignant observé + le mode de gestion du soignant observé est aussi à évaluer par la chercheuse et à confronter avec la perception du soignant

Commentaires :