

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ENQUÊTE SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL
CHEZ LES PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
GINA TREMBLAY

FÉVRIER 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

AVANT-PROPOS

Comme toute recherche repose sur une part de subjectivité du chercheur, même pour celui qui se dit neutre et impartial, je tiens à préciser d'entrée de jeu certains points en ce qui concerne ma posture de chercheuse dans le cadre de cette recherche. L'idée ici est de nommer explicitement les influences qui ont orienté ma démarche de recherche et d'assurer une transparence quant aux biais potentiels qui ont pu l'affecter.

D'abord, il faut savoir que le terrain de recherche choisi chevauche mon terrain de pratique professionnelle. En effet, je suis intervenante sociale depuis plus de vingt ans dans le réseau public de la santé et des services sociaux du Québec et ma recherche porte sur l'épuisement au travail des préposées aux bénéficiaires des services gériatriques et des centres hospitaliers publics. Toutefois, je ne partage pas le même secteur de services que les personnes enquêtées. Au cours des dernières années, j'ai travaillé notamment auprès de familles en difficulté et d'adultes présentant des problèmes de santé mentale et des maladies chroniques. Cette posture d'intervenante sociale, qui expose à des risques de biais, est toutefois avantageuse lorsque vient le temps de porter un regard analytique sur les situations et les enjeux du terrain. Ainsi, tout au long de ma démarche, j'ai pris soin de prendre en considération les enjeux liés à ma posture et à leurs impacts, tout en utilisant à bon escient ma connaissance du milieu.

Je dois préciser également que mon intérêt pour la santé mentale au travail s'est développé à partir de mes contacts avec des personnes aux prises avec des problèmes liés à leur travail, et aussi à partir de situations vécues par des collègues et des gestionnaires touchés par le problème de l'épuisement au travail. D'autre part, dans

la foulée des transformations sociales qui ont affecté la société québécoise, et par conséquent le réseau québécois de la santé et des services sociaux depuis les années de 1990, je me suis interrogée quant aux impacts de ces changements sur les pratiques des intervenants sociaux en contexte institutionnalisé et sur les bénéficiaires de services. En effet, depuis ces années, les orientations néolibérales gouvernementales se sont tournées progressivement vers ce qu'ils ont nommé la nouvelle gestion publique (NGP), une approche qui s'inscrit dans une logique managériale considérant que les services publics doivent être gérés selon les principes de l'économie marchande, à l'image de l'entreprise privée. Cette approche de gestion crée des contradictions dans les milieux de travail, entre les principes de rentabilité et de qualité des services.

C'est donc dans le souci de développer une réflexivité indispensable à tout praticien du social et d'éclairer cette problématique affectant mon environnement professionnel que je me suis engagée dans le programme de maîtrise en travail social, dont ces pages sont le produit final.

Au cours de ma démarche de terrain, j'ai eu l'occasion de rencontrer des préposées aux bénéficiaires qui m'ont fait découvrir leur réalité de travail. Ces participantes sont au cœur de ce travail de recherche et je les remercie de leur contribution. Je tiens également à remercier les responsables syndicaux de leur précieuse collaboration pour le recrutement des préposées. Mes contacts avec les participantes et les représentants syndicaux ont soutenu ma motivation tout au long de ma démarche.

D'autre part, au cours de mon parcours universitaire, j'ai découvert la sociologie clinique en bonne partie grâce à ma directrice de recherche, Marie-Chantal Doucet, professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal. C'est à travers nos échanges que j'ai progressivement appris à mieux saisir les nuances de la sociologie clinique et du processus de recherche. Je tiens à lui témoigner toute ma

reconnaissance pour avoir accepté de diriger mon mémoire et permis, à travers ses écrits, de mieux saisir les enjeux du travail social.

Je tiens aussi à remercier les professeurs de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal pour leur apport à ma formation. Ce parcours universitaire a contribué à mon éveil intellectuel, notamment à parfaire ma réflexion théorique et ma posture épistémologique et éthique, indispensables à quiconque intervient dans la sphère du social.

Enfin, je tiens à remercier Émilie Dazé d'avoir mis ses compétences à contribution pour la relecture de ce mémoire. Ses services professionnels de correctrice et de critique ont été d'un grand soutien.

TABLES DES MATIÈRES

LISTES DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	x
RÉSUMÉ	xii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	6
1.1 État de la question	6
1.2 Portrait des milieux de pratique	11
1.2.1 Les centres d’hébergement et de soins de longue durée	11
1.2.2 Les centres hospitaliers.....	13
1.3 Portrait du métier de préposée aux bénéficiaires	14
1.3.1 La formation générale et la formation continue	15
1.3.2 L’organisation du travail	16
1.3.3 Les fonctions du collectif de travail.....	17
1.4 <i>Burnout</i> et santé mentale : la reconnaissance d’un problème social	18
1.5 Les perspectives de recherche en santé mentale au travail	20
1.5.1 Les approches individualisantes	21
1.5.2 Les approches à portée sociale	23

1.6 Pertinence sociale et scientifique	24
1.7 Questions et objectifs de recherche.....	24
CHAPITRE II	
LE CADRE THÉORIQUE	26
2.1 La clinique du travail	27
2.1.1 La psychodynamique du travail (PDT).....	27
2.2.2 La clinique de l'activité	28
2.2.3 La sociologie clinique.....	29
2.2 Les dimensions heuristiques	33
2.2.1 L'organisation du travail et les relations sociales.....	33
2.2.2 La souffrance	33
2.2.3 Les stratégies pour contrer la souffrance	36
2.2.3 La reconnaissance.....	37
CHAPITRE III	
LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	40
3.1 Stratégie générale	40
3.2 Population à l'étude, critères de sélection et recrutement.....	41
3.3 Méthodes et instruments de la collecte de données	44
3.4 Méthode d'analyse des données.....	45
3.5 Limites de l'étude.....	48
3.6 Dimension éthique de la recherche	48
CHAPITRE IV	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	50
4.1 Les facteurs agressants de l'environnement de travail.....	52

4.1.1 Le rythme effréné du travail	52
4.1.2 La surcharge de travail.....	54
4.1.3 Des relations tendues avec les patients.....	57
4.1.4 La dimension émotionnelle du travail	59
4.1.5 Le manque de respect et de considération	60
4.1.6 Un travail d'équipe dysfonctionnel	62
4.1.7 Deux irritants organisationnels.....	64
4.2 L'épuisement au travail.....	67
4.2.1 La fatigue.....	67
4.2.2 Les maux physiques.....	69
4.2.3 Les manifestations d'envahissement	70
4.2.4 L'impuissance et la désillusion.....	71
4.2.5 Une perte d'estime de soi	73
4.2.6 Le sentiment de ne pas bien faire son travail.....	74
4.3 Les stratégies utilisées pour gérer la situation.....	75
4.3.1 Les modifications de l'horaire de travail	76
4.3.2 Le congé de maladie	77
4.3.3 La médication	77
4.3.4 La distance relationnelle	78
4.3.5 L'isolement	78
4.4 Les logiques contradictoires de l'environnement de travail	79
4.4.1 Un écart entre le travail prescrit et la réalité du terrain	80

4.4.2 Un écart entre la responsabilité et la non-reconnaissance	81
4.4.3 Un écart entre la nouvelle gestion publique et la politique d'humanisation des soins.....	82
CHAPITRE V	
ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	84
5.1. L'environnement de travail	85
5.1.1 L'organisation du travail	86
5.1.2 Les relations sociales	87
5.1.3 Un milieu de travail paradoxal	88
5.2 La dimension personnelle	90
5.2.1 Les différentes formes de souffrance.....	91
5.3 Les stratégies de défense.....	97
5.3.1 Une posture de retrait pour se protéger.....	97
5.4 Les manques de reconnaissance.....	99
5.4.1 Le sentiment de ne pas être reconnue	100
5.5 Les perspectives d'intervention.....	102
5.5.1 Développer le pouvoir d'agir.....	103
5.5.2 Politiser la souffrance liée à l'organisation	103
CONCLUSION.....	105
ANNEXE A	
GUIDE D'ENTRETIEN	109
ANNEXE B	
CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES	111

ANNEXE C	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	113
BIBLIOGRAPHIE	117

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 2.1	Les approches en clinique du travail	32
Tableau 3.1	Profil des participantes	43
Tableau 3.2	Environnement de travail selon Dagenais (2006)	45

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AEPC	Association des établissements privés conventionnés
ASSSMCQ	Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
BIT	Bureau international du travail
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (acronyme en anglais)
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAD	Maintien d'aide à domicile
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
PAB	Préposée(s) aux bénéficiaires
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PDT	Psychodynamique du travail
PIB	Produit intérieur brut
TMS	Troubles musculo-squelettiques

RCR Réanimation cardio-respiratoire

UE Union européenne

RÉSUMÉ

Ce mémoire vise à mieux comprendre la souffrance au travail des préposées aux bénéficiaires des centres hospitaliers et des services gériatriques du Québec. Ces travailleuses présentent le taux le plus élevé d'absence au travail pour des raisons de santé mentale et de troubles musculo-squelettiques, un indicateur de surcharge de travail. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux soulève la présence d'un problème de rétention du personnel dans cette catégorie d'emploi. Pour mieux comprendre la souffrance au travail des préposées aux bénéficiaires, six d'entre elles ayant vécu un épisode d'épuisement au travail ont été interrogées, dans le cadre d'entretiens exploratoires, à propos du sens accordé à leur expérience. La recherche a été menée selon le cadre théorique de la sociologie clinique. On y explore les formes de souffrance au travail des préposées, les facteurs agressants de leur environnement de travail et les stratégies individuelles qu'elles emploient. Cette recherche qualitative vise à mieux comprendre cette problématique à partir des expériences des personnes concernées par ce mal-être au travail, en posant un regard critique sur les transformations et les enjeux de la société contemporaine. Les résultats de cette recherche mettent en lumière les difficultés de ce secteur de travail. En somme, les travailleuses ressentent au plan personnel une souffrance psychique, physique et éthique qui relève d'enjeux sociaux et organisationnels plus vastes. Enfin, sont indiquées les perspectives d'intervention en travail social permettant d'agir sur la situation, et par conséquent améliorer directement la qualité des services aux patients.

Mots-clés: préposées aux bénéficiaires, épuisement au travail, *burnout*, santé mentale, sociologie clinique.

INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale au travail sont en augmentation dans les sociétés occidentales depuis le début des années 1990. Une étude menée par le Bureau international du travail (BIT, 2000) portant sur les politiques et programmes d'hygiène mentale révèle que les troubles psychiques y sont de plus en plus fréquents: un travailleur sur dix souffre de dépression, d'anxiété, de stress ou de surmenage. Cette étude rend également compte du fait que les pays de l'Union européenne (UE) dépensent annuellement, en moyenne, de 3 à 4 % de leur produit intérieur brut (PIB) pour défrayer les coûts liés à ce problème.

Au Québec, les problèmes de santé mentale au travail sont également en augmentation. Selon les données de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail de la santé et de la sécurité (CNESST), les demandes d'indemnisation au travail ont doublé entre 1990 et 1997. Les coûts financiers engendrés par ce problème sont passés de 1,5 à 5,1 millions de dollars annuellement (Vézina et Bourbonnais, 2001).

Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec est considéré comme un milieu particulièrement à risque pour la santé mentale des travailleurs. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), non seulement les problèmes de santé mentale au travail y sont en augmentation depuis les années 1990, mais comme dans d'autres secteurs de travail, ils y sont devenus la première cause des congés de maladie (MSSS, 2005). Comme l'indique un rapport du MSSS (2010), la catégorie de personnel la plus touchée par les absences au travail en raison de problèmes de santé mentale et de troubles musculo-squelettiques (TMS) est celle des

préposées aux bénéficiaires (PAB)¹. C'est pourquoi cette recherche de type empirique s'intéresse spécifiquement à la problématique de la santé mentale au travail chez les préposées aux bénéficiaires qui travaillent dans le secteur public du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, plus précisément en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en centres hospitaliers (CH).

À l'ère de la modernité, les travailleurs sociaux sont confrontés à une panoplie de nouvelles réalités sociales. En effet, ils œuvrent dans des milieux où s'expriment et se déploient de nouvelles formes de souffrances sociales, de dominations et d'injonctions administratives. Par ailleurs, l'importance accordée à l'individu dans la société contemporaine est aussi un changement sur lequel il apparaît nécessaire de s'attarder. Une prise en compte de ces nouvelles réalités est indispensable pour qui désire mieux comprendre les problèmes sociaux et mettre à jour de façon avisée ses pratiques d'intervention. Cette recherche veut donc développer la réflexivité indispensable à tout praticien du social en éclairant cette problématique de la santé mentale au travail chez les préposées aux bénéficiaires.

Pour cette recherche s'inscrivant dans le cadre de la maîtrise en travail social, je tenais à rendre compte à la fois de l'impact des déterminants sociaux et des dimensions individuelles (affectivité, psychique, existentielle et symbolique) de la santé mentale au travail. Ainsi, pour mener mon étude, j'ai choisi de m'inspirer de la sociologie clinique². J'ai mené six entretiens exploratoires auprès des préposées aux bénéficiaires ayant vécu une période d'épuisement lié au travail. Il s'agit d'une

¹ Considérant que mon échantillon est composé d'un seul homme et au regard de la présence majoritaire des femmes dans ce métier, j'ai choisi de féminiser le terme « *préposée aux bénéficiaires* » dans le cadre de ces pages. Le métier des PAB au Québec est l'équivalent des aides-soignantes en France.

² Le terme « clinique » provient initialement de la médecine et désignait une relation de proximité avec son patient à l'époque où les médecins auscultaient les personnes malades chez elles, au chevet de leur lit. Aujourd'hui, le terme est utilisé par des disciplines comme la psychologie, les soins infirmiers, le travail social, et la psychiatrie pour indiquer la présence de symptômes chez les patients (Karsz, 2011).

démarche d'investigation menée directement auprès des individus pour comprendre les phénomènes sociaux (De Gaulejac, 2014). Comme le précise De Gaulejac, l'analyse en sociologie clinique tente de démêler les nœuds entre les dimensions sociale et psychique au sein des conduites individuelles et collectives, particulièrement dans le registre du travail. Cet auteur soutient qu'outre l'analyse des structures, la place que prend aujourd'hui l'individu dans la société requiert de nouveaux axes d'investigation (ibid.).

Doucet (2007) explique pour sa part que la sociologie clinique s'inscrit dans une posture compréhensive, par la prise en compte des significations données par les individus aux phénomènes vécus, comparativement à une posture explicative qui tiendrait plutôt compte des structures sociales. L'individu est considéré comme porteur d'une dimension sociale. En fait, les conduites individuelles résultent à la fois de la psyché individuelle et des modèles culturels. Dans la perspective de la sociologie clinique, le rapport entre le chercheur et le participant alterne entre la distance et le rapprochement, comparativement à celui du chercheur traditionnel qui assure une distance entre lui et son objet. Ce type de recherche propose un mouvement réciproque entre la théorie et le terrain de recherche, tandis que la recherche traditionnelle insiste plutôt sur les rapports de causalité entre des faits sociaux (ibid.). En somme, l'approche théorique propre à la sociologie clinique s'avère pertinente pour l'analyse, puisque j'explore les significations du mal-être au travail des participantes et les facteurs agressants de leur environnement de travail.

La particularité de cette recherche est d'explorer la situation des travailleurs touchés par des problèmes de santé mentale au travail en abordant à la fois les dimensions sociale et personnelle de la santé mentale au travail, et plus particulièrement, en explorant la souffrance sociale en lien avec l'environnement de travail. En travail social, très peu d'études ont été menées sur la santé mentale au travail. En effet, au cours des dernières années, les travailleurs sociaux ont déployé leurs actions vers

l'intégration au travail et se sont intéressés au développement de l'employabilité plutôt qu'aux problèmes de santé mentale qui lui sont associés. Pourtant, d'autres disciplines, comme le *counseling* en orientation, la psychologie et la sociologie, ont développé des connaissances dans le domaine. Considérant l'ampleur de cette problématique, il est apparu pertinent de mener une recherche empirique de type qualitatif sur le sujet.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Au premier, j'expose la problématique en présentant l'état de la question, les milieux de pratique concernés (CHSLD et CH), le métier de préposée aux bénéficiaires ainsi que les perspectives de recherche dans ce domaine. Je termine en soulignant la pertinence sociale et scientifique du sujet et en posant clairement les questions et les objectifs qui orientent cette recherche.

Au second chapitre, je présente le cadre conceptuel guidant cette recherche en explicitant mes choix. Y sont abordés les aspects théoriques de la sociologie clinique utilisés pour l'analyse des données, et les dimensions heuristiques explorées lors de l'enquête sur le terrain, soit les facteurs agressants de l'environnement de travail, les formes de souffrance impliquées, les stratégies de défense individuelles et les formes de reconnaissance.

Le troisième chapitre est consacré à la méthodologie utilisée pour mener mon enquête. J'indique d'abord la stratégie générale de la recherche, pour ensuite présenter: la population à l'étude, les critères de sélection des participantes et les modalités de recrutement; la méthode et l'instrument de collecte des données; la méthode d'analyse des données et les limites de la recherche. Je termine en expliquant comment a été traitée la dimension éthique impliquée par toute enquête auprès de sujets humains.

Le quatrième chapitre est pour sa part réservé à la présentation des données recueillies. Je dégage d'abord les thèmes abordés par les préposées aux bénéficiaires (PAB) lors des entretiens en lien avec les facteurs agressants de l'environnement de travail. Je poursuis, en guise de deuxième partie, en détaillant la période d'épuisement au travail et les souffrances qui lui sont associées. Et, dans une troisième partie, j'aborde les stratégies de défense utilisées pour se protéger de ces souffrances. Je termine en exposant trois logiques contradictoires du milieu de travail qui contribuent au mal-être des PAB.

Enfin, le dernier chapitre se consacre à l'analyse des résultats et comporte cinq parties. D'abord, pour approfondir les sources du mal-être au travail, j'explore l'environnement de travail. Ensuite, j'analyse la dimension personnelle des problèmes de santé mentale au travail en identifiant les différentes formes de souffrance manifestées. Dans une troisième partie, j'expose la stratégie de survie privilégiée pour survivre à leur environnement de travail. Je poursuis, dans un quatrième point, en abordant les manques de reconnaissance vécus chez les participantes. Et, pour terminer, je retiens des perspectives d'intervention en travail social au plan individuel et collectif, qui pourraient permettre à ces personnes d'avoir un pouvoir d'agir sur leur souffrance.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Ce chapitre est consacré à la description de la problématique de recherche. J'y présente d'abord l'état de la question. Ensuite, je brosse un portrait sommaire des préposées aux bénéficiaires et de leurs milieux de pratique. La troisième section porte sur la notion de *burnout* et son lien avec la santé mentale. Dans une quatrième section, je présente différentes perspectives actuelles de la recherche dans le domaine de la santé mentale au travail. Enfin, je termine le chapitre en indiquant la pertinence sociale et scientifique du sujet ainsi que les questions et les objectifs orientant cette recherche.

1.1 État de la question

Le travail est reconnu comme étant un vecteur de santé mentale et d'intégration sociale (Malenfant *et al.*, 2002; Dejours, 2009). Pourtant depuis les années 1990, les problèmes de santé mentale sont la première cause d'absence au travail. Que s'est-il passé ces dernières décennies pour que les travailleurs présentent tant de difficultés à s'adapter au travail, et pour que les milieux de travail soient devenus des milieux à risque sur le plan de la santé mentale?

Selon l'étude du BIT, cet accroissement des problèmes de santé mentale au travail s'explique par les transformations du marché à la suite de la mondialisation de l'économie et par l'intensité de la concurrence due à l'évolution des techniques de l'information et de la communication (BIT, 2000). De plus, des chercheurs-

sociologues (Dagenais, 2006; De Gaulejac, 2011) soutiennent que l'expansion du modèle néolibéral³ et la nouvelle gestion publique ont modifié les environnements de travail et, par conséquent, ont eu des répercussions sur la santé mentale des travailleurs. La modernisation de ces milieux a créé, entre autres, une intensification et une surcharge du travail (ibid.). Pour d'autres chercheurs (Aubry et Couturier, 2013), ces transformations des milieux de travail ont fragilisé les collectifs qui assuraient une certaine solidarité sociale et tenaient lieu de soutien à la gestion du stress.

Quant à Dejours (2008), il estime que la pénibilité au travail s'est modifiée selon le contexte social, économique et politique. Ce psychanalyste et psychiatre explique qu'au début du XIXe siècle, les travailleurs luttent pour leur survie en revendiquant une limite à la durée du travail. À partir de la Première Guerre mondiale jusqu'à la fin des années 1960, les conditions de travail ont été au cœur des revendications ouvrières. Par la suite, ce sont les transformations de l'organisation du travail qui ont été à l'origine de la souffrance psychique au travail et qui, du fait, ont été la cible des revendications des travailleurs (Dejours, 2008).

L'augmentation des emplois dans le secteur tertiaire a également créé de nouveaux enjeux pour les travailleurs. Lallement (2007) soutient par exemple que la croissance de ce secteur a eu pour effet de placer le « client » au cœur de la relation de travail. Or, si l'interaction avec la clientèle peut être une source de valorisation, elle peut aussi en être une de frustrations.

³ Ce modèle s'est développé vers les années 1980, à la suite des Trente Glorieuses et de la crise des États-Providence. Les orientations du modèle néolibéral reposent entre autres sur une réduction de l'intervention de l'État dans la sphère économique et aussi dans la sphère sociale. Par ailleurs, c'est à la suite du développement progressif de ce modèle que les approches de gestion des services publics ont eu recours à des principes d'efficacité, d'imputabilité et de flexibilité. Cela a eu pour effet l'augmentation des inégalités sociales et l'émergence de nouveaux problèmes sociaux (Bresson, Jetté, Bellot, 2013).

D'autre part, comme l'explique Aubert (2004), depuis environ une vingtaine d'années, la modernité a évolué vers une ère d'hypermodernisation marquée par la montée de l'individualisme. Cette ascension de l'individualisme a changé la donne sur plusieurs plans. Zoll (1992) soutient à ce propos qu'elle a produit une mutation des valeurs et, par conséquent, une modification du mode de socialisation et une transformation du lien social. Depuis, l'individu fait face à des exigences difficilement conciliables: il vit dans l'urgence du dépassement personnel et tente de se définir par lui-même (Aubert, 2004). Aujourd'hui, l'individu peut faire appel à une panoplie de repères pour faire ses choix et pour se construire lui-même en fonction de ses propres valeurs. Ces multiples possibilités engendrent un brouillage des repères, ce qui éveille, par surcroît, des sentiments d'incertitude (ibid.). Pour Soulet (2008), ce grand défi de l'individu, soit de se réaliser lui-même, a créé de nouvelles formes de détresse et d'inégalités sociales.

Ainsi, cette crise de l'incertitude affectant les sociétés modernes place l'individu devant de nouveaux défis quant à la construction de son identité. L'individu moderne a besoin du regard de l'autre pour se définir; il est en quête de reconnaissance pour se construire. Le milieu de travail se présente alors comme un lieu de prédilection pour la construction identitaire des individus (El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009).

Le cas du Québec

Comme il a été mentionné en introduction, le réseau québécois de la santé et des services sociaux est considéré comme un milieu à risque pour la santé mentale des travailleurs. Les problèmes de santé mentale au travail y sont en augmentation depuis les années 1990 et sont aujourd'hui la première cause des congés de maladie (MSSS, 2005). Devant ce constat, le MSSS a tenté de mettre en place des mesures préventives. Or, malgré le déploiement, en 2012, d'un plan de prévention pour

diminuer le taux d'absence au travail en raison d'un problème de santé, ce taux a continué d'augmenter (MSSS, 2013b). Les mesures administratives mises en place n'ont pas donné les résultats escomptés.

En plus d'être la catégorie de personnel la plus touchée par les absences au travail et celle qui détient le taux de TMS le plus élevé, la catégorie des PAB est celle qui détient le taux de rétention du personnel le plus bas (MSSS, 2010). Pour le MSSS, ce problème de rétention des préposées est plus préoccupant que les départs à la retraite (Grenier, 2008). En effet, le taux de départ des préposées de moins de 30 ans est de 37,6 % au cours de la première année d'embauche, comparativement à un taux de 26,7 % pour les préposées de plus de 50 ans. Cette situation incite les établissements à faire appel à des agences privées pour répondre aux besoins de personnel (Commission de la santé et des services sociaux [CSSS], 2013). C'est en raison de ces particularités du métier de PAB que j'ai choisi de m'attarder sur leur situation, afin de mieux comprendre les enjeux de ce problème d'absentéisme au travail.

Comme le mentionne la CSSS (2013), ce sont les PAB des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui passent le plus de temps auprès des personnes hébergées et qui dispensent la majorité des soins directs (CSSS, 2013). À cet égard, la formation et la rétention de ce personnel constituent des enjeux cruciaux pour assurer la qualité des services (ibid.). La santé mentale des préposées étant un enjeu important à cet égard, il y a tout lieu de penser qu'une meilleure compréhension des problèmes de santé mentale au travail peut permettre d'améliorer la situation.

Aubry et Couturier (2013a) expliquent que les préposées doivent faire face à des injonctions organisationnelles contradictoires portant notamment sur la quantité de travail et la qualité des pratiques. Cette situation génère une souffrance éthique, étant

donné qu'elles ont l'impression de ne pas bien faire leur travail (Aubry et Couturier, 2013a).

Par ailleurs, les PAB se situent au bas de la hiérarchie (Aubry, 2012b). Pour Arborio (2012), elles doivent faire l'apprentissage d'un rôle de subordonné au sein d'un environnement de travail hiérarchisé. Aubry (2012b) soutient dans le même sens que les PAB sont placées en position dominée dans l'organisation hiérarchisée des CHSLD. Cette domination se traduit entre autres par des soupçons concernant la qualité de leur pratique.

Selon Aubry (2012c), une des particularités de la formation des PAB se situe dans l'expérience vécue au cours du stage et de la première phase d'orientation à l'organisation, alors qu'elles font la connaissance de leur milieu de pratique et se familiarisent à leur rôle. Habituellement, les futures préposées commencent leur formation en portant un idéal quant à la relation et aux soins à donner aux personnes. Or, l'auteur explique que les étudiantes vivent une période de désillusion dès le stage: elles réalisent alors qu'elles ont très peu de temps pour s'occuper des bénéficiaires. Pourtant, dans leur formation, la relation d'aide est une dimension valorisée et est présentée comme un élément fort du métier de PAB (ibid.).

Dès leur stage de formation, les nouvelles préposées réalisent que le temps pour la relation avec le résident est restreint. C'est au cours de cette étape d'intégration que les PAB expérimentées transmettent des stratégies de régulation aux nouvelles recrues afin de faciliter leur travail et de les aider à gérer le stress (Aubry, 2012a). Une de ces stratégies consiste à commencer le travail en s'occupant des cas lourds pour finir avec des tâches plus légères. Au cours de son étude, Aubry (2012a) a aussi identifié des formes de stratégies moins conformes, comme l'utilisation d'un lève-personne sans aide ou encore faire manger deux personnes simultanément pour gagner du temps.

1.2 Portrait des milieux de pratique

La présente recherche porte spécifiquement sur les PAB qui travaillent dans le réseau public de la santé et des services sociaux québécois, soit dans les CHSLD et les CH. Puisque ces environnements de travail sont complexes et en constante transformation, il est utile de prendre connaissance de leur évolution et leurs orientations afin de mieux comprendre les enjeux liés aux conditions de leur pratique.

1.2.1 Les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Les CHSLD tels qu'on les connaît sont en place depuis 2004. En effet, l'appellation « centre d'hébergement et de soins de longue durée » est entrée en vigueur dans la foulée de la réforme de la santé et des services sociaux de 2004. Entre les années 1992 et 2003, ces établissements d'hébergement public de type gériatrique étaient désignés comme « centres d'accueil ». Avant leur mise en place, les soins aux personnes âgées étaient dispensés par les familles (Association des établissements privés conventionnés [AEPC], 2014).

Lors de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 1991 (Réforme Rochon), le gouvernement a bonifié la politique de maintien à domicile et a procédé à une opération de désinstitutionnalisation⁴. Par conséquent, l'accès aux ressources d'hébergement public s'est vu de plus en plus encadré par des critères d'accessibilité selon le niveau d'autonomie (Charpentier *et al.*, 2010). Depuis, le paysage des

⁴ Il faut préciser qu'à l'origine, la politique québécoise de désinstitutionnalisation, dans les années 1960, visait à humaniser les soins en mettant en place des services dans la communauté ou au domicile. Toutefois, vers 1985, l'activation de ce mouvement de désinstitutionnalisation a reposé sur une logique budgétaire visant à répondre aux restrictions imposées par le gouvernement (Lecomte, 1997).

ressources d'hébergement s'est complexifié par l'établissement graduel d'un réseau privé d'hébergement pour les personnes âgées. Par ailleurs, d'autres types d'hébergement sont accessibles, comme les familles d'accueil et les ressources de type intermédiaire offrant des services à des personnes âgées semi-autonomes. Cela dit, la présente recherche porte spécifiquement sur les ressources de type CHSLD public.

Les CHSLD ont une double mission. La première est d'offrir un hébergement substitut et des services d'assistance, tels que de l'aide aux déplacements, à l'alimentation, à l'hygiène corporelle et à l'habillement. La seconde est d'offrir des soins de longue durée pour répondre aux besoins cliniques des patients, tels que des services médicaux, psychosociaux, pharmacologiques, de réadaptation et de soins infirmiers (MSSS, 2003). Le MSSS a adopté dès 2003 une nouvelle orientation pour améliorer la qualité de vie des résidents, qui vise à implanter l'approche « milieu de vie » en remplacement des approches médicale et institutionnelle. Comme son nom l'indique, cette approche vise à ce qu'un CHSLD offre un environnement de soins qui ressemble le plus possible à la vie quotidienne de la personne hébergée.

Dans son portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents, l'AQESSS (2013) indique que 3 % de la population des 65 ans et plus ont recours à un centre d'hébergement public ou privé. En 2011-2012, la durée moyenne de l'hébergement y était de 837 jours (2 ans et 30 jours) (CSSS, 2013). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentent 41 % des usagers. La majorité des personnes hébergées sont des femmes, à raison de 72 % (MSSS, 2003). Ces personnes hébergées en CHSLD présentent une perte d'autonomie importante aux plans physique ou cognitif; plus de 80 % des résidents présentent des pertes cognitives (ibid.). Ces établissements reçoivent également des personnes handicapées présentant une déficience physique ou intellectuelle et des personnes atteintes de maladies dégénératives, comme la sclérose en plaques, une tumeur cérébrale ou un

traumatisme physique grave. Ces résidents sont âgés de 65 ans et moins et représentent 11 % des personnes hébergées (MSSS, 2003).

1.2.2 Les centres hospitaliers

La mission d'un centre hospitalier est d'offrir dans ses installations des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés (Loi sur la santé et les services sociaux [LSSS], Gouvernement du Québec, 2007). Les centres hospitaliers tels qu'on les connaît aujourd'hui se sont transformés au fil des réformes du réseau de la santé et des services sociaux, notamment depuis la mise en place de la politique de maintien à domicile (MAD) en 1991. L'organisation des services a modifié le profil des patients des CH en raison de la mise en place des chirurgies d'un jour et des services à domicile. Depuis, ces patients requièrent une surveillance plus soutenue en lien avec leur état de santé. Autrement dit, il s'agit de patients plus « lourds ».

Généralement, l'établissement est divisé en départements (des unités de soins) en fonction des spécialités médicales : l'urgence, la cardiologie, l'oncologie, la gynécologie, la santé mentale, l'orthopédie, les traumatisés crâniens et une unité appelée « médecine », qui reçoit les personnes âgées en attente d'un hébergement.

Profil des patients hospitalisés

Les bénéficiaires de services des hôpitaux sont des personnes de tous âges dont l'état de santé requiert une investigation, de la surveillance et des soins médicaux dispensés selon une logique et une approche curatives. Par ailleurs, le profil des patients se module en fonction du profil de la région administrative où est localisé

l'hôpital. Par exemple, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec où s'est déroulée cette recherche présente le taux de personnes âgées le plus élevé au Québec, selon l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ASSSMCQ, 2011). Cette caractéristique a des répercussions sur l'utilisation des services du centre hospitalier.

En ce qui concerne leur gestion, il faut dire que les établissements de santé et de services sociaux ont implanté la nouvelle gestion publique (NGP) lors de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004, dans la foulée du projet de modernisation de l'appareil de l'État alors mis en place par le gouvernement libéral. L'implantation de cette nouvelle approche au sein du réseau a apporté des changements au niveau de l'organisation des services et du fait, au niveau de leur prestation. Comme l'explique une équipe de chercheurs de l'Université d'Ottawa (Rouillard, Fortier, Monpetit et Gagnon, 2008), cette approche de gestion s'articule autour d'une logique managériale, qui s'inscrit en remplacement de la logique bureaucratique. Selon cette logique, la fonction publique doit être gérée selon les balises de l'entreprise privée. Des paramètres d'efficacité, d'efficience et d'économie conditionnent l'organisation des services dispensés. Pour ces chercheurs, cette vision réduit le rôle de l'État à celui d'un dispensateur de services.

1.3 Portrait du métier de préposée aux bénéficiaires

Les personnes qui choisissent le métier de PAB sont en majorité des femmes. En effet, les données du MSSS indiquent que les femmes représentent 79 % des employés de la catégorie des PAB (Grenier, 2008 : 10). Au fil du temps, la proportion d'hommes préposés aux bénéficiaires a diminué (Grenier, 2008). La

même situation existe en France, où le pourcentage de femmes qui occupent la fonction d'aide-soignante est actuellement de 90 % (Aubry, 2012c). C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de féminiser le terme « *préposée* » aux bénéficiaires dans le cadre de cette recherche.

Comme le précise Marché-Paillé (2011), la fonction de première ligne des PAB inscrit ces travailleuses dans la catégorie générique du travail infirmier. Le travail infirmier est divisé en trois volets : les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées. Ces dernières sont au bas de l'échelle hiérarchique et n'appartiennent pas à un ordre professionnel (ibid.).

Les PAB travaillent auprès des malades et des personnes âgées ou handicapées présentant une perte d'autonomie. Ce sont elles qui passent le plus de temps auprès des patients. Elles offrent de l'aide aux bénéficiaires pour la gestion de leur vie quotidienne et leur portent assistance, notamment pour l'hygiène personnelle, l'alimentation et les déplacements. Elles s'acquittent également des tâches ménagères liées à l'environnement de soins et préparent les bénéficiaires pour les examens médicaux.

1.3.1 La formation générale et la formation continue

Le programme de formation générale des PAB comprend 750 heures et dure environ huit mois. Il mène à l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) décerné par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (Aubry, 2012c; Grenier, 2008). Ce programme vise à développer « des compétences au comportement professionnel et à l'éthique, à la relation d'aide au sein d'une équipe, à la santé mentale, aux troubles cognitifs et aux soins palliatifs. » (MSSS, 2012)

Parallèlement à cette formation, les futures préposées doivent suivre le cours de Réanimation cardio-respiratoire (RCR) et celui de Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), qui sont offerts par des maisons d'enseignement reconnues par le Ministère.

D'autre part, entre 2009 et 2011, le MSSS a déployé une formation en cours d'emploi (formation AGIR) auprès de l'ensemble des PAB des CHSLD, dans le but de bonifier leur pratique et d'intégrer la philosophie de l'approche Milieu de vie lors de la dispensation des soins. Aubry (2012c) explique que cette formation est fondée sur le principe selon lequel les besoins des résidents priment sur les logiques organisationnelles et professionnelles de la prestation de services. Selon cette approche, l'organisation des services doit être conçue pour offrir qualité de vie et bien-être aux personnes (CSSS, 2013). Le travail doit donc être structuré en fonction des besoins, des goûts et des habitudes de vie des personnes hébergées. Cette approche requiert la participation de tous les acteurs (MSSS, 2003).

1.3.2 L'organisation du travail

Il existe trois statuts d'emploi pour les préposées : à temps complet, à temps partiel ou disponible pour remplacements. La charge de travail comporte la responsabilité des soins d'assistance d'un certain nombre de patients. Le nombre de patients par PAB varie selon le quart de travail, qui a lieu de jour, de soir ou de nuit. La charge de travail est habituellement de six patients par préposée en CHSLD de jour et environ douze selon les départements pour ce qui est des CH.

Les PAB travaillent au sein d'une équipe composée de différents professionnels: les infirmières auxiliaires, les infirmières, les médecins, les responsables du service de

gériatrie ou de l'unité de soins, etc. Elles pourvoient aux soins d'assistance alors que les infirmières auxiliaires procurent une partie des soins infirmiers sous la supervision des infirmières. Ces dernières ont pour leur part la responsabilité d'évaluer l'état de santé des patients, de dispenser les soins infirmiers et de voir au bon fonctionnement de l'équipe. Quant aux chefs d'unités (ou assistants), ils sont responsables de l'efficacité du service et de la relation avec la famille.

Une étape décisive pour les PAB est le moment de la première expérience d'intégration dans un CHSLD. Lors de cette période, les préposées sont évaluées par des pairs séniors (Aubry, 2012c). L'enjeu porte sur l'acquisition d'une compétence cruciale, soit la capacité d'intégrer le rythme contradictoire du travail. Il s'agit de la capacité d'alterner entre le rythme lent du résident et le rythme rapide convenant aux autres tâches (installer un lève-personne, changer le lit, etc.). Si la préposée ne travaille pas suffisamment vite, elle ralentit l'équipe de travail et peut faire retarder l'heure du déjeuner ou du dîner, par exemple (ibid.).

1.3.3 Les fonctions du collectif de travail

Dans l'organisation du travail des PAB, le collectif de travail détient trois fonctions essentielles. D'abord, il joue un rôle majeur dans la régulation du stress. Deuxièmement, le travail d'équipe permet de transformer les injonctions organisationnelles en misant sur des normes collectives pour équilibrer des rythmes contradictoires: une norme de ralentissement au contact du résident et une norme de rapidité pendant les autres tâches. Enfin, le collectif a pour fonction d'évaluer les compétences des nouvelles recrues, dont celle de s'adapter à ces rythmes contradictoires (Aubry, 2012a).

Ce survol des milieux de pratique et des contingences du métier de PAB permet de mieux comprendre l'environnement de travail concerné par cette recherche. Ces travailleuses évoluent dans un environnement complexe, dans lequel les orientations ministérielles et l'approche de gestion imposées ont des répercussions sur l'organisation du travail. Peut-on penser que cet environnement de travail et la position de subordonnées qu'elles y occupent portent atteinte à la santé mentale des PAB? C'est l'hypothèse explorée dans ces pages. À la prochaine section, j'aborde le thème de l'épuisement professionnel (le *burnout*) et j'établis des liens entre ce concept et la santé mentale.

1.4 *Burnout* et santé mentale : la reconnaissance d'un problème social

La fatigue et le mal-être au travail ont sans doute toujours existé, mais sous différentes formes selon les époques. Dans la culture judéo-chrétienne est véhiculée l'idée que les travailleurs doivent « gagner leur ciel ». Au début du XIX^e siècle, à l'ère industrielle, ils travaillaient à la sueur de leur front et dans l'ennui (Loriol, 2003).

Les premières recherches en psychopathologie du travail ont été menées dans les années 1950 par Le Guillant (1990-1968), un psychiatre (Molinier et Flottes, 2012). C'est une recherche sur la fatigue nerveuse des téléphonistes et mécanographe qui a permis de démontrer l'impact d'un travail répétitif sous contrainte de temps sur la santé mentale de ces travailleuses. Une autre recherche sur la condition de « bonne à tout faire » a mis en lumière les répercussions de la condition sociale caractérisée par la servitude et la domination sur le psychique (Molinier et Flottes, 2012).

Ce sont les psychiatres qui, les premiers, ont observé que les symptômes de leurs patients découlaient de leur situation au travail au cours de leur pratique. Claude Veil (1920-1999), un psychiatre français, a été le premier à parler d'épuisement professionnel en 1959 (Molinier et Flottes, 2012). Toutefois, ce n'est qu'en 1974 qu'un autre psychiatre, Herbert J. Freudenberger (1926-1999), a utilisé l'expression *burnout* pour illustrer par un symbolisme fort la situation de ses patients, qu'il qualifiait de « brûlés » par le travail (Kirouac, 2007; Manoukian, 2009). Ce psychiatre américain d'origine allemande a été le premier à proposer une description de la problématique sous trois aspects : des réactions émotionnelles, physiques et comportementales (Kirouac, 2007; Manoukian, 2009).

Au fil du temps, des chercheurs et des cliniciens ont élaboré leurs propres définitions de l'épuisement au travail. Comme l'épuisement professionnel et la dépression présentent des similitudes, Manoukian (2009) indique une nuance permettant de distinguer les deux : la tristesse est un symptôme plus prononcé dans la dépression tandis que l'épuisement est plus marqué dans le cas du *burnout*. Bien entendu, ces deux signes cliniques (épuisement et tristesse) se manifestent dans les deux syndromes. Dans le cadre de la présente recherche, j'utilise les termes *épuisement au travail*, *épuisement professionnel* et *burnout* comme des synonymes.

Mon choix d'explorer la souffrance au travail repose sur l'évolution de la question des problèmes de santé mentale ces trente dernières années. Un regard contemporain sur la santé mentale au travail a déplacé son centre d'investigation et d'analyse du concept de maladie mentale vers celui de souffrance. C'est à partir de ce moment que ce concept s'est développé (Delgènes, 2014). Comparativement aux symptômes liés aux pathologies en santé mentale — qui sont expliqués par des histoires de vie personnelles —, les symptômes liés à la souffrance au travail sont pour leur part caractérisés par des contraintes au travail (ibid.).

Où se situe le *burnout* sur l'échiquier de la santé mentale? Au Québec, la politique en ce domaine a découpé en deux grandes catégories les problèmes de santé mentale : la première concerne les troubles sévères et persistants comme les psychoses ou la schizophrénie, et la deuxième comprend les troubles transitoires, comme les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse ou dépressive ou encore la dépression. Cette deuxième catégorie renvoie à des problèmes qui varient selon les normes sociales (Kirouac, 2007). Seul le corps médical a l'autorité de diagnostiquer un problème de santé mentale, et ce à partir des normes fixées par la 5e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (American Psychiatric Association, 2013). Le syndrome du *burnout* n'y figure pas.

Puisque le diagnostic de *burnout* n'est pas reconnu au plan médical, les individus reçoivent des diagnostics relevant de la catégorie des problèmes de santé mentale transitoires. Cela permet de penser que les statistiques disponibles sur le taux d'absence au travail pour un problème de santé mentale ne reflètent pas l'ampleur du malaise. En effet, il est possible que des individus vivent un épuisement au travail sans être recensés comme tels par les statistiques officielles.

1.5 Les perspectives de recherche en santé mentale au travail

La littérature portant sur la santé mentale au travail présente différentes façons d'envisager ce problème. À partir de textes synthèses de différents auteurs, je fais ici le survol des recherches dans le domaine en indiquant quelques repères témoignant de l'évolution de la problématique de l'épuisement au travail. Je dégage dans cette section les apports de la psychologie et de la sociologie au domaine de la santé mentale au travail. Pour l'essentiel, ces disciplines ont développé deux grandes

visions de cette problématique: un regard individualisant le problème et un autre tenant compte de sa dimension sociale.

1.5.1 Les approches individualisantes

À partir d'une analyse critique de Maranda (1995) portant sur différentes approches individualisantes en santé mentale au travail, je présente ici trois types de recherches dans le domaine, respectivement en psychologie, en psychosociologie et en sociologie du travail. Maranda explique que tout un pan des recherches sur le sujet a été mené autour des théories du stress. Ces théories tentent de décrire les comportements individuels par des signes objectifs. Anderson (2004) explique à ce propos que la théorie du stress s'inscrit sous le paradigme positiviste et renvoie la responsabilité à l'individu en ce qui a trait à la gestion des exigences de son environnement. Devant les difficultés à gérer ces exigences, l'individu doit prendre des mesures pour les atténuer, comme suivre des cours de relaxation, faire de l'activité physique, prendre des médicaments ou ajuster ses pensées et ses croyances. Maranda (1995) souligne que selon cette vision, le stress en milieu de travail n'est pas considéré comme un problème social, mais plutôt comme une faiblesse chez la personne.

D'autres études s'inscrivant dans une approche psychosociologique ont porté leur attention sur la personnalité et l'environnement. Maranda (1995) explique que le stress est perçu ici comme une réaction comportementale due à des perceptions devant les situations. Ces études portent notamment sur les conflits de rôle (comme les écarts entre les attentes et la réalité) et l'ambiguïté de rôle (comme la confusion dans la perception des attentes et des contraintes). Maranda estime que même si cette perspective de la psychosociologie tient compte de la personnalité et des facteurs de

stress reliés à l'environnement, elle a tout de même contribué à orienter le regard scientifique vers le milieu de travail. L'auteure poursuit en expliquant que des recherches ont aussi été menées sous l'angle de la sociologie du travail, qui mettent en relation le milieu de travail et le stress, et ce, en identifiant des conditions de travail.

Elle cite l'exemple de Karasek, un sociologue et psychologue américain qui a identifié des conditions de travail, comme les conditions physiques de l'environnement (bruit, chaleur, etc.) ou encore un travail répétitif ou sous contrainte de temps, et les a mis en relation avec la marge de manœuvre du travailleur. Ce modèle met en lumière qu'une exposition élevée à une surcharge de travail et une faible latitude dans la prise de décision conduisent à un haut niveau de stress et, par conséquent, à des risques de maladie. Ainsi, l'adaptation au stress implique de donner une marge de manœuvre nécessaire aux travailleurs afin qu'ils puissent le gérer (Maranda, 1995).

Du côté de la psychologie, d'autres chercheurs ont élaboré des définitions et ont conçu des outils d'évaluation pour mesurer l'épuisement au travail. D'abord, le modèle de Maslach et Jackson (1996) évalue le *burnout* à partir de vingt-deux items répartis selon trois aspects: l'épuisement émotionnel, le changement de comportement et l'accomplissement personnel. Le modèle « effort et récompense » de Siegrist, lui aussi conçu en 1996, porte pour sa part sur la perception du travailleur de ses investissements au travail et de leur récompense en termes de statut et de rétribution salariale. Ainsi, un individu estimant que ses récompenses ne correspondent pas à son niveau d'investissement présenterait des signes de démobilisation au travail (Kirouac, 2013).

Comme le relève Kirouac (2013), ces modèles d'évaluation du *burnout* reflètent surtout les contraintes du travail contemporain. Ainsi, les traitements prônés à la

suite du dépistage de cas de *burnout* ou de personne à risque portent sur des stratégies individuelles, comme les habitudes de vie. Même si plusieurs indicateurs relevés sont liés à l'environnement de travail, dans ce cas également, les traitements de type individuel prédominent (ibid.).

1.5.2 Les approches à portée sociale

Outre ces recherches à tendance plutôt individualisante, tout un pan de la recherche portant sur la santé mentale au travail repose sur la prise en compte de sa dimension sociale. La sociologie et la psychologie ont contribué, au cours des trente dernières années, à dégager les enjeux liés au travail en développant des approches et des repères théoriques et méthodologiques qui prennent en compte les dimensions sociales. Par exemple, la sociologie a étudié les impacts de la gestion sur la santé des travailleurs (De Gaulejac, 2011) et elle a produit une réflexion macrosociologique sur la question de l'épuisement professionnel (Kirouac, 2007). De son côté, la psychologie a développé des approches comme la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, des approches qui considèrent les aspects sociaux du problème de la souffrance au travail.

Plus particulièrement, en France, les approches cliniques issues de différentes orientations liées au travail ont été répertoriées sous l'appellation « clinique du travail ». Pour Clot et Lhuilier (2010), la clinique du travail est une ressource ou un instrument pour l'action en milieu de travail plutôt qu'une école ou une théorie. Elle vise la transformation et la production de connaissances. Plus particulièrement, la clinique du travail a circonscrit les trois objets centraux de ses activités: l'organisation du travail, le collectif et le métier (ibid.). Comme le mentionne

Lhuilier (2006), ces approches, outre leurs différences, ont en commun de porter un regard sociologique sur les problèmes de santé mentale au travail.

1.6 Pertinence sociale et scientifique

Considérant l'augmentation bien documentée des problèmes de santé mentale au travail depuis les trois dernières décennies, les recherches dans ce domaine s'avèrent pertinentes au plan social comme au plan scientifique. Comme le soulève De Gaulejac (2011), le travail est un phénomène qui touche plusieurs domaines de l'existence humaine. Ainsi, au plan social, les décideurs politiques, les gestionnaires et les syndicats font face à un problème complexe aux coûts importants. Ce problème semble d'ailleurs commun à l'ensemble des pays industrialisés.

Quant à la pertinence scientifique, il faut constater l'intérêt pour le sujet de chercheurs issus de différents milieux et disciplines, notamment la recherche clinique et la sociologie du travail. Une recherche menée en travail social portant sur la santé mentale au travail des PAB est donc justifiée, puisqu'elle permet une meilleure compréhension de leur souffrance au travail. Elle constitue un premier pas pour agir sur la situation et fixer des cibles d'intervention pertinentes.

1.7 Questions et objectifs de recherche

Cette recherche qualitative a pour but général de saisir la réalité des PAB dans le contexte du travail contemporain. Elle se veut complémentaire aux recherches expérimentales et statistiques et a pour objectif d'explorer les expériences de ces salariées en lien avec leur souffrance au travail, en développant des connaissances à

partir du savoir expérientiel propre aux personnes enquêtées. J'analyserai donc pour ce faire l'épreuve de la souffrance au travail en lien avec les facteurs agressants de l'environnement de travail qui affectent la santé mentale des PAB. Plus précisément, je tenterai de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quels sont les facteurs agressants qui génèrent cette souffrance au travail des PAB?
- Quelles significations les PAB donnent-elles à leur souffrance au travail?
- Quelles stratégies de défense individuelles utilisent-elles pour faire face à cette souffrance?

À la suite de ce bref survol de l'état de la question, des milieux de pratiques, du profil des PAB et des perspectives de recherche dans le domaine de la santé mentale au travail, le prochain chapitre présente le cadre théorique qui oriente cette recherche.

CHAPITRE II

LE CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre présente le cadre théorique qui a guidé l'exploration des significations que donnent les préposées aux bénéficiaires à leur souffrance au travail et à identifier les stratégies individuelles qu'elles utilisent pour l'atténuer, tout en ciblant les sources de leur mal-être. Y sont explicitées également les dimensions heuristiques explorées lors des entretiens et les raisons de mes choix en ce qui concerne les concepts-clés utilisés pour l'analyse.

Pour répondre à la fois à ma posture de chercheure-étudiante et à mes objectifs de recherche, j'ai choisi de m'inspirer de la sociologie clinique. Cette posture permet de prendre en compte à la fois les déterminants sociaux et les dimensions personnelles du problème à l'étude, tout en explorant le terrain à partir de la subjectivité des travailleuses.

Ce chapitre est divisé en deux sections. Comme je l'ai précisé dans le premier chapitre, la clinique du travail comprend différentes approches cliniques portant un regard sociologique sur les problèmes de santé au travail. Dans le but de mieux expliciter le choix de l'approche retenue pour mener mon étude, je présente dans un premier temps, trois approches en clinique du travail. Enfin, dans une dernière section, j'aborde les dimensions heuristiques de cette recherche, soit l'environnement de travail, la souffrance qui s'y vit, les stratégies de défense employées pour y répondre et la question de la reconnaissance dans ce milieu spécifique.

2.1 La clinique du travail

Je présente dans cette partie trois approches en clinique du travail, soit la psychodynamique du travail (PDT), la clinique de l'activité et la sociologie clinique du travail en précisant le choix de mon cadre théorique.

2.1.1 La psychodynamique du travail (PDT)

Dejours (2009) a conçu le cadre théorique de la psychodynamique en 1993 pour tenir compte des changements sociaux qui affectent de plus en plus les travailleurs en raison des orientations néolibérales déjà évoquées. Son objectif était d'analyser « la lutte » des travailleurs pour maintenir leur équilibre mental dans des milieux de travail toxiques. Ses recherches mettent en lumière la dynamique entre les exigences de l'environnement de travail et les stratégies de défense utilisées par les travailleurs pour se protéger et maintenir leur équilibre mental. Ce cadre théorique prend sa source dans la psychopathologie du travail, une approche développée par les psychiatres Tosquelles (1912-1994) et Le Guillant (1990-1968) à la suite de la Deuxième Guerre mondiale. Ces médecins ont voulu répondre à leurs préoccupations cliniques concernant les impacts des milieux de travail sur la santé mentale de leurs patients (ibid.).

Dans la PDT, les dimensions collectives sont analysées pour mettre en lumière l'impact de l'organisation du travail sur le lien social, c'est-à-dire sur la formation ou la destruction des rapports entre les êtres humains (Dejours, 2009). Pour cet auteur, le travail n'est pas strictement de l'ordre individuel, mais passe également par des liens de coopération. Des recherches ont été menées dans cette perspective, d'une part en fonction des problèmes de santé mentale et d'organisation du travail et,

d'autre part, en fonction de l'acteur et des rapports sociaux (Dejours, 2006). Ici, les recherches mènent à une analyse dynamique qui tient compte de l'impact de l'environnement sur les processus psychiques des individus (Dejours, 1993, cité par Vézina, 2000).

Par exemple, une recherche menée par Maranda, Viviers et Deslauriers (2014) dans le milieu de l'éducation au Québec révèle que la souffrance du personnel scolaire (enseignants, professionnels, employés de soutien, et directeurs) est le fruit d'un dysfonctionnement politique, fonctionnel et systémique. Ces chercheurs ont analysé les stratégies de défense utilisées par ces salariés pour maintenir un état d'équilibre mental et se protéger des exigences de l'environnement de travail (messages contradictoires, contraintes de temps, immédiateté et urgence, manque de respect, violence, etc.). L'étude révèle que les travailleurs utilisent deux types de mécanismes de défense qui nuisent à l'accomplissement de leur travail: certains se surinvestissent dans leurs tâches alors que d'autres vont adopter une position de retrait au plan physique, comme en prenant les congés autorisés par la convention collective, pour mieux s'adapter à leur environnement de travail. Cette analyse a permis la mise en place d'un plan d'action pour modifier l'environnement de travail (ibid.).

2.2.2 La clinique de l'activité

Pour Clot (2008), la clinique de l'activité vise à soutenir les actions des collectifs de travail dans le but de développer leur pouvoir d'agir. L'auteur soutient qu'il existe entre l'organisation du travail et le travailleur une action de réorganisation de la tâche mise en œuvre par le collectif de travail. L'absence de ce collectif de travail mènerait à un affaïssement de l'action individuelle, à une diminution du pouvoir d'agir et de la

vitalité du collectif de travail et, par conséquent, à une perte d'efficacité du travail et de l'organisation (ibid.).

En clinique de l'activité, les interventions ont lieu lorsque le développement de l'activité de travail est empêché, lors de dysfonctionnements organisationnels ou encore de changements organisationnels. Dans cette optique, c'est le développement contrarié de l'activité qui génère de la souffrance chez les travailleurs. Molinier et Flottes (2012) expliquent en fait qu'un enjeu important pour le maintien d'une bonne santé mentale au travail est la possibilité de discuter collectivement de ce qu'est un travail bien fait, ce que Clot nomme la dispute au travail (Clot, 2008).

2.2.3 La sociologie clinique

La sociologie clinique s'est intéressée au cours des dernières années à mieux comprendre les enjeux sociaux de la souffrance au travail. De Gaulejac et Mercier expliquent, dans leur Manifeste pour sortir du mal-être au travail (2012), que la sociologie clinique analyse l'impact de l'idéologie capitaliste sur les approches de gestion et les injonctions managériales, au niveau de la souffrance des travailleurs. Cette nouvelle perspective de la sociologie tient compte de la spécificité et de la subjectivité de l'individu pour comprendre les rapports sociaux.

Les recherches menées dans cette perspective révèlent que les entreprises de haute performance mettent les travailleurs sous pression avec des messages contradictoires, tels que: « ... il faut faire plus, mieux et plus vite avec moins... » (De Gaulejac, 2014) Ainsi, le travailleur est appelé à travailler plus rapidement pour augmenter sa production, avec moins de moyens et tout en rehaussant la qualité des services. Par ailleurs, toujours selon De Gaulejac (2014), le facteur de stress le plus important

repose sur l'injonction du changement permanent. Ce message de changement fait vivre de l'insécurité aux travailleurs et les oblige à se mettre en action pour se recycler et acquérir de nouvelles compétences. Dans un tel climat de travail, leur souffrance s'intensifie.

C'est au début des années 1990 que la sociologie clinique a commencé à être reconnue. Cette époque a été marquée par une mouvance sociale dans laquelle l'individu était confronté à de nouveaux défis, comme se définir par lui-même et devenir autonome. Durant cette période de changements, une nouvelle lignée de sociologues a intégré à ses recherches la subjectivité des acteurs, afin de comprendre les conduites humaines. L'attention a alors été portée à la fois sur les dimensions sociale et personnelle de l'individu (De Gaulejac *et al.*, 2012)

En fait, la sociologie clinique s'est inspirée d'une part de la psychosociologie, de la socioanalyse, de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité, et d'autre part de la théorie critique développée par l'École de Francfort⁵ (De Gaulejac, 2014). Honneth (2008) représente la troisième génération de l'École de Francfort. Ce philosophe a renouvelé la théorie critique à partir du concept de reconnaissance, y ajoutant de ce fait une composante sociale forte. Outre la conception de la théorie de la reconnaissance, Honneth a par ailleurs mené des travaux sur les déformations de la reconnaissance et sur les paradoxes, voire les pathologies, des sociétés capitalistes contemporaines (*ibid.*).

Ainsi, si on se réfère au texte de Doucet (2013) portant sur les perspectives théoriques en sciences humaines, il est possible de dire que la sociologie clinique

⁵ L'École de Francfort réfère à un groupe d'intellectuels allemands à qui on attribue le développement de la philosophie sociale et de la théorie critique dans les années 1950. La théorie critique de la société s'est développée à partir de travaux interdisciplinaires issus à la fois de la philosophie et des sciences sociales dans le but de développer une connaissance concrète du monde (Dejours, 2007).

s'inscrit dans un schème herméneutique par ses racines psychanalytiques, mais aussi dans un schème actanciel par sa visée critique et transformatrice héritée de l'École de Francfort.

Le cadre théorique de la sociologie clinique tient compte des registres socioéconomique, politique et idéologique, registres qui influencent les orientations des organisations (De Gaulejac, 2014). D'autre part, il considère l'individu dans ses dimensions affective, psychique, existentielle et symbolique. Conséquemment, cette approche est apparue suffisamment flexible et globale pour favoriser une meilleure compréhension de la souffrance au travail des PAB. L'employer dans ma démarche me permet d'explorer l'environnement de travail sous différents registres, et ainsi en faire ressortir les paradoxes.

Ce cadre d'analyse s'avère pertinent pour le travail social, car il permet à la fois de développer des connaissances à partir de la subjectivité des individus et de rendre compte de la réciprocité des dimensions sociale et psychique en intervention sociale. Ainsi, dans une perspective socioclinique, Doucet (2011) a problématisé les dimensions psychique et sociale dans l'intervention. Cette auteure explique que la prise en compte de l'affectivité ne revient pas à psychologiser ou à individualiser les situations; au contraire, elle soutient que les émotions et les sentiments découlent aussi des contextes sociohistoriques et qu'ils témoignent d'un changement de paradigme alors que sont désormais pris en comptes les dynamiques psychiques et les contextes sociaux.

Puisque je soutiens que l'épuisement au travail des PAB est une situation complexe qui relève d'un ensemble de facteurs se situant à différents niveaux, la prise en compte de ces dimensions psychique et sociale s'avère essentielle.

Tableau 2.1
Les approches en clinique du travail

Les approches (Bases théoriques)	Apports de l'approche et concepts-clés	Défis
<p>Psychodynamique du travail</p> <p>Christophe Dejours, psychiatre, en 1980</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tradition psychanalytique - Psychopathologie du travail 	<ul style="list-style-type: none"> - La prise en compte des déterminants sociaux de l'environnement du travail sur la santé mentale des travailleurs. - Analyse la souffrance au travail en tenant compte des conflits du sujet en lien avec sa situation de travail. - Le travail a une dimension de plaisir et de souffrance. - Stratégies de défense individuelles et collectives. - Collectif et règles du métier. <p>Coopération</p> <p>Reconnaissance et sens</p> <p>Écart entre le travail prescrit et le travail réel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requiert l'autorisation des autorités, des décideurs et des administrateurs - Consensus au sein des instances de l'organisation - Requiert une équipe d'intervenants
<p>Clinique de l'activité</p> <p>Yves Clot, psychologue</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tradition vygostskyenne - Psychologie - Sociologie du travail 	<p>Transformation globale du travail</p> <p>Soigner le travail plutôt que l'individu par le biais de l'analyse de l'activité du travail et du collectif du travail</p> <p>Autonomie collective</p> <p>Disputes professionnelles (espace de discussion)</p> <p>Genre (de métier) et le style action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requiert l'autorisation des autorités, des décideurs et des administrateurs - Consensus au sein des instances de l'organisation - Requiert une équipe d'intervenants
<p>Sociologie clinique du travail</p> <p>Vincent de Gaulejac, sociologie en 1990</p> <p>Sociologie du travail</p> <p>Psychanalyse</p> <p>Théorie critique</p>	<p>Permet d'identifier les déterminants sociaux aux plans idéologiques, sociopolitiques, économiques, et les retombées sur les pratiques de gestion</p> <p>Identification des paradoxes</p> <p>Étude des grandes organisations</p> <p>Lecture critique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requiert l'autorisation des autorités, des décideurs et des administrateurs - Requiert une équipe d'intervenants - Équilibre entre l'analyse critique et les pistes d'intervention pour les transformations sociales

2.2 Les dimensions heuristiques

En guise de repère pour explorer l'environnement de travail en lien avec la souffrance des PAB, j'ai utilisé le modèle de Dagenais (2006) afin de faire ressortir les facteurs agressants du travail. Par la suite, j'ai ciblé trois concepts à explorer: d'abord ceux de souffrance et de stratégie de défense individuelle, qui me permettent de cerner directement le phénomène; puis le concept de reconnaissance, que j'ai intégré au cours de la démarche à la lumière des propos tenus par les participantes lors des entretiens.

2.2.1 L'organisation du travail et les relations sociales

Dagenais (2006) divise en deux volets l'environnement de travail, soit l'organisation du travail et les relations sociales. L'organisation du travail est circonscrite par la charge de travail à laquelle le travailleur doit faire face, tandis que les relations sociales sont délimitées par les tensions relationnelles entre les collègues, les gestionnaires et les patients. Ces volets de l'environnement de travail m'ont servi de rubriques pour encadrer les thèmes abordés lors des entretiens. Les aspects considérés sont résumés au chapitre III (voir le tableau 3.1).

2.2.2 La souffrance

La souffrance est un concept difficile à opérationnaliser. Je l'utilise néanmoins pour mieux comprendre les problèmes de santé mentale au travail. Comme plusieurs chercheurs (Périlleux et Cultiaux, 2009; Dujarier, 2009; De Gaulejac, 2014) l'ont souligné, la souffrance demande à être entendue et dépitée; elle constitue une

atteinte au pouvoir d'agir (Périlleux et Cultiaux, 2009; Dujarier, 2009). Ici, il ne s'agit pas d'une souffrance d'exister, mais plutôt d'une souffrance qui est causée par des formes d'injustices.

La souffrance a donc plusieurs visages et définitions. Dujarier (2009) souligne qu'il est difficile de l'expliquer. Ainsi, pour la comprendre, il faut passer par la parole, dans un espace de discussion. L'auteure ajoute que parler de « sa souffrance » est risqué, car cela oblige l'individu à y penser et, par le fait même, à la ressentir. C'est pourquoi elle se détecte difficilement sans dispositif spécifique. Par ailleurs, les individus développent des stratégies de défense pour la contenir. Pour cette raison, il m'est apparu pertinent d'explorer dans le cadre d'entretiens semi-directifs les stratégies de défense déployées face à la souffrance au travail chez les PAB.

Selon Dujarier (2009), la souffrance est habituellement vécue et catégorisée selon trois types: morale (ou psychique), physique et sociale. Dans le cadre de cette recherche, j'ai utilisé ces trois catégories comme repères pour cerner les formes de souffrance exprimées par les PAB. D'autre part, pour mieux nuancer les manifestations de souffrance chez les participantes, j'ai intégré une autre catégorie de souffrance, pour sa part reliée à l'éthique.

Par ailleurs, comme la littérature indique que la souffrance sociale est causée par des enjeux sociaux, mais qu'elle est éprouvée psychiquement, voire physiquement par la personne, j'ai tenté de cerner si les expressions de souffrance psychique ou physique des PAB reposent sur des facteurs relevant des enjeux sociaux ou d'un conflit interne aux personnes. Par exemple, Dujarier (2009) mentionne que les souffrances physiques liées à des troubles musculo-squelettiques (TMS) ou à l'absence de solidarité en milieu de travail peuvent générer des souffrances psychiques. Pourtant, ces formes de souffrance proviennent de facteurs extérieurs à l'individu.

Pour me guider dans le repérage des différentes formes de souffrance manifestées chez les participantes, je me suis inspirée des définitions de différents auteurs, qui sont présentées dans les paragraphes suivants.

Pour Soulet (2008), la souffrance sociale est la conséquence d'une situation qui traduit l'incapacité, pour un individu, de répondre aux exigences sociales d'autonomie et de réalisation de soi en raison d'une non-disponibilité de ressources et de support. Puisque la souffrance est au cœur du lien social, l'auteur estime indispensable de la reconnaître pour développer des leviers d'action à son égard (ibid.). J'ai donc utilisé ces repères de la définition de Soulet pour dégager si les PAB font face à une souffrance de nature sociale.

Dans le but de repérer des indices de souffrance psychique, j'ai retenu des indicateurs reliés à une perte d'estime de soi, comme la honte, le découragement et l'inhibition (Jacques, 2004). L'enjeu de l'expression de cette souffrance porte sur ses sources: relève-t-elle d'une cause personnelle ou d'une cause externe à l'individu?

Pour ce qui est de la souffrance physique, j'ai considéré la plainte subjective et des maux physiques relevés dans les discours des participantes. Par la suite, j'ai tenté d'identifier les sources de ces maux physiques pour mieux comprendre cette souffrance : l'expression de maux physiques provient-elle de la pratique du métier de PAB ou de facteurs extérieurs au travail?

Quant à la souffrance éthique, j'ai tenu compte des propos des participantes en lien avec le sentiment de ne pas bien faire son travail. Rolo (2013) explique que le concept de la souffrance éthique au travail a été élaboré par Dejours dans les années 1990, en s'inspirant de la sociologie éthique. Dejours (2014) définit la souffrance éthique comme un malaise vécu par un travailleur qui consent à s'engager au sein d'une organisation qu'il condamne.

Somme toute, le mal-être au travail est devenu un problème social qui renvoie à la complexité de la vie moderne. De Gaulejac (2014) explique que cette souffrance au travail est composée de différents registres qui se chevauchent: l'économique, l'idéologique, le politique, l'institutionnel et ses modes de gestion et d'organisation. En fait, l'auteur soutient que la souffrance est un symptôme de dysfonctionnement du système et qu'il faut décrypter sa signification à travers ces différents registres. Il est bon de rappeler, avec Hanique, que la négation du mal-être au travail ne peut que l'aggraver (Hanique, 2003, cité par De Gaulejac *et al.*, 2014).

2.2.3 Les stratégies pour contrer la souffrance

Alderson (2004) explique que c'est par le biais de stratégies défensives que les travailleurs atténuent leur souffrance; l'individu tente ainsi de trouver un « équilibre » en développant des moyens pour contrer son malaise. Plus particulièrement, les stratégies défensives renvoient aux comportements déployés par les travailleurs pour résister aux facteurs agressants de leur milieu de travail (ibid.). Par exemple, l'hyperactivité, de même que la consommation d'alcool et de médicaments ont été ciblées comme des moyens d'adaptation aux facteurs agressants. Or, si les stratégies défensives ont pour fonction de protéger l'intégrité et d'atténuer la souffrance des travailleurs, la mise en place de ces stratégies ne change rien aux facteurs agressants de l'environnement de travail (Maranda, 1995).

Alderson (2004) mentionne que l'utilisation d'un système de défense empêche l'identification des sources de la souffrance et, par conséquent, celle de pistes de solutions. L'auteur précise qu'une surutilisation de défenses pour s'adapter aux conditions stressantes conduit à une éventuelle fragilisation du système de défense du

travailleur. C'est alors que ce dernier va présenter des symptômes de somatisation ou de fatigue. C'est en tentant de mieux explorer la source de ces stratégies de défense que ce projet de recherche peut contribuer à mieux comprendre et à améliorer la situation des PAB.

Deux dimensions seront considérées en ce qui concerne la notion de stratégie de défense : celle reliée à l'adaptation aux conditions de pénibilité au travail (comme le surinvestissement, l'hyperactivité ou l'hypertravail) et celle reliée aux réactions de retrait et de protection (se détacher, s'isoler, prendre un congé de maladie ou un congé différé) (Gilbert, 2012).

2.2.3 La reconnaissance

Je n'avais pas l'intention de traiter de la dimension de reconnaissance de prime abord, mais comme les préposées soulèvent peut-être ce thème en nommant le non-respect et le manque de considération, j'ai décidé d'intégrer le concept de reconnaissance à mon analyse.

Ce thème n'est pas nouveau et réapparaît fréquemment lorsqu'est abordé le monde du travail. Selon des recherches dans le domaine de la souffrance au travail, le déficit de reconnaissance est un enjeu important pour la construction de l'identité. Comme je l'ai déjà soulevé en introduction, les milieux de travail sont devenus des lieux de prédilection pour la recherche de reconnaissance et la construction identitaire. Dejours (1993) soutient à ce propos que le travail comporte deux formes de reconnaissance: celle du travail bien fait et celle de la reconnaissance exprimée par les pairs.

J'ai jugé pertinent de recourir au concept de reconnaissance tel que développé dans la théorie de la reconnaissance de Honneth (2008), car ce dernier a analysé d'un point de vue social et critique les pathologies liées à l'absence de reconnaissance qui sont propres à la société moderne. L'analyse de l'auteur au sujet du déficit de reconnaissance rejoint plusieurs thématiques soulevées par les PAB. Je reviendrai sur ce point au dernier chapitre portant sur la discussion des résultats.

Honneth (2000) soutient que la reconnaissance est un fondement de l'identité de l'individu et de la socialisation et, par ricochet, un repère pour l'intégration sociale. Pour l'auteur, l'absence de relations de reconnaissance ouvre sur des expériences de mépris et d'humiliation qui portent atteinte à la formation de l'identité de l'individu, et j'ajoute du vivre ensemble.

Honneth (2000) a conceptualisé la théorie de la reconnaissance en identifiant trois registres où celle-ci se déploie: la zone affective, le plan juridique et le spectre social (amour, égalité, mérite). La première zone est liée aux manifestations affectives et d'amour qui constituent le socle du développement du sentiment de sécurité. Ensuite, le volet juridique du droit moderne permet une reconnaissance des libertés et de l'égalité. Enfin, la reconnaissance sociale renvoie à la capacité de reconnaître la contribution des autres dans le contexte d'une société pluraliste. Pour l'auteur, la reconnaissance, dans ses différents registres, doit être comprise en termes de justice sociale.

Dans le but d'opérationnaliser le concept de reconnaissance, j'ai utilisé les formes d'expression des manques de reconnaissance à partir de l'analyse qu'en fait Renault (2007). L'auteur explique que la théorie de la reconnaissance peut contribuer à élargir le concept de justice sociale, car elle met en lumière les différentes formes du déni de reconnaissance. Ainsi, l'identification de ces formes de déni permet de figurer les différents aspects de l'injustice sociale. L'auteur a circonscrit les effets de

ce déficit de reconnaissance à l'intérieur de la vie sociale selon trois catégories : la reconnaissance dépréciative, la méconnaissance (ou l'invisibilité) et la reconnaissance fragmentée (ou insatisfaisante).

La reconnaissance dépréciative renvoie à la perception de l'autre comme un être inférieur ou ne possédant pas les qualités requises pour être considéré comme un partenaire. Elle peut s'exprimer sous le registre de la stigmatisation, l'individu étant alors perçu comme nuisible ou condamnable. Pour sa part, la deuxième forme de déni de reconnaissance, la méconnaissance, se déploie dans un contexte où l'individu doit endosser un rôle qui ne lui convient pas, ou encore n'endosse aucun rôle reconnu socialement (mort sociale ou invisibilité). Enfin, la reconnaissance fragmentée (ou insatisfaisante) concerne un individu qui oscille entre deux rôles sociaux, ou encore qui est incapable de donner un sens à sa vie. L'auteur soutient qu'elle est déchirante pour l'individu, qui se trouve pris dans des situations contradictoires.

Pour résumer, la sociologie clinique me sert de repère théorique pour mener cette enquête sur l'épuisement au travail des PAB. J'utilise les concepts de souffrance et de stratégie de défense pour rendre compte des différentes formes de souffrance vécues et des stratégies de défense utilisées par les participantes pour les contrer. D'autre part, j'utilise le modèle de Dagenais (2006) pour explorer les sources de mal-être dans l'environnement de travail, plus particulièrement au niveau de l'organisation du travail et des relations sociales. J'analyse également les différentes formes de déni de reconnaissance que l'on peut retrouver dans les milieux de travail.

À partir de ce cadre théorique, je devrais être en mesure de démontrer que l'épuisement au travail des PAB n'est pas simplement causé par une surcharge de travail sur le plan du ratio patients/préposée, mais plutôt par un ensemble de facteurs qui rendent les conditions d'exercice du métier possiblement pénibles. Le prochain chapitre fait le point sur les modalités de cette enquête.

CHAPITRE III

LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre porte sur la méthodologie utilisée pour cette recherche. Il comporte six volets. J'y expose d'abord la stratégie générale empruntée. Ensuite, je présente la population à l'étude, les critères de sélection des participantes et les modalités de leur recrutement. Troisièmement, je décris la méthode et les instruments de collecte des données. Quatrièmement, j'explique les modalités d'analyse. Dans la cinquième partie, j'indique les limites de la recherche. Je termine en évoquant les considérations éthiques qu'elle implique.

3.1 Stratégie générale

Dans le but d'atteindre les objectifs fixés pour cette recherche, j'ai réalisé une enquête de terrain par le moyen d'une méthodologie qualitative. Il s'agit d'une recherche exploratoire menée auprès de personnes touchées par la problématique choisie, c'est-à-dire des PAB ayant vécu un état d'épuisement lié au travail. Sa finalité est également descriptive et interprétative, puisqu'elle tente de mieux saisir la réalité des personnes concernées.

Cette recherche qui s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en travail social est, du fait, limitée dans le temps. Comme il s'agit d'une étude exploratoire à échantillon restreint, elle ne vise pas l'établissement de généralisations, mais plutôt le développement de la compréhension des expériences singulières des participantes.

3.2 Population à l'étude, critères de sélection et recrutement

Dans la présente recherche, l'échantillon est limité à six personnes, qui ont été sélectionnées en fonction de leurs caractéristiques plutôt que de façon aléatoire (Mongeau, 2009). Comme population à l'étude, j'ai choisi des PAB du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec qui ont vécu ou vivent un épuisement au travail.

Considérant que les syndicats sont interpellés par cette problématique de l'épuisement au travail des PAB, j'ai contacté dans un premier temps une instance syndicale se trouvant, pour des raisons pratiques, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Lors d'un premier contact téléphonique, en janvier 2015, j'ai présenté brièvement l'objet de mon étude et ma demande d'aide pour le recrutement de participantes. Le message a été acheminé au président du syndicat et ce dernier m'a rappelée pour fixer un rendez-vous d'information. J'ai donc rencontré deux membres de l'exécutif syndical, qui ont par la suite présenté le projet au comité exécutif. À la demande du président du syndicat, une deuxième rencontre a été tenue en février 2015 avec un représentant syndical régional, pour présenter l'objet de mon étude et ma demande d'aide pour le recrutement. C'est avec intérêt que le syndicat des PAB a accepté de coopérer.

Je tiens à mentionner que j'avais choisi, dans un premier temps, de recruter des personnes présentant un diagnostic médical de santé mentale entrant dans la catégorie des troubles transitoires, comme la dépression, l'anxiété et les troubles d'adaptation avec humeurs anxieuses ou dépressives. De plus, j'avais circonscrit uniquement les CHSLD comme terrain de recherche. Toutefois, au cours du recrutement et au fil des discussions avec les acteurs syndicaux, j'ai réajusté ces critères de sélection.

D'abord, les membres de l'instance syndicale m'ont demandé d'intégrer les PAB travaillant en soins de courte durée dans les centres hospitaliers, puisqu'elles présentent également une problématique d'épuisement au travail. D'autre part, j'ai rencontré un obstacle concernant l'expression « diagnostic médical en santé mentale », qui semble de prime abord avoir été mal comprise. En effet, dès les premiers échanges avec les membres de l'exécutif syndical, des questions de clarification sur ce terme ont été posées. Lorsque j'ai mentionné l'expression « épuisement au travail », ces acteurs m'ont mentionné que cette appellation convenait mieux à la réalité des préposées. Les critères de sélection de l'échantillon ont donc été ajustés en ce sens, en intégrant les deux milieux de travail institutionnels des préposées, soit les services de courte et de longue durée dans le cadre d'une étude portant sur l'épuisement au travail.

Enfin, à la suite des rencontres avec les représentants syndicaux, en février 2015, un communiqué pour inviter les PAB à participer à l'étude a été publié sur Facebook, par le journal syndical et sur les babillards des différents centres où travaillent les PAB. Le président de l'exécutif a également lancé l'invitation dans les assemblées syndicales. Les personnes intéressées m'ont ensuite contactée, directement, pour fixer un rendez-vous. Dès la première diffusion de l'invitation en février, j'ai reçu deux appels. Par la suite, j'ai dû recontacter le président pour qu'il relance l'appel de participation auprès de ses membres.

J'ai mené mes entretiens auprès de six participantes entre février et juin 2015. Je résume au tableau 3.1 certaines données les concernant. Considérant que mon échantillon était composé d'un seul homme et au regard de la présence majoritaire des femmes dans ce métier, je tiens à rappeler que j'ai choisi d'utiliser le féminin dans le cadre de ce mémoire.

Tableau 3.1
Profil des participantes

Pseudonyme ⁶	Lieu de travail	Nbre d'années de service
Ève-Marie	CH - Soins de courte durée	2
Annabelle	CH - Soins de courte durée	5
Béatrice	CH - Soins de courte durée	7
Françoise	CH - Soins de courte durée	17
Doris	CHSLD - Soins de longue durée	17
Carl	CHSLD - Soins de longue durée	24

En cours de route, trois personnes se sont désistées. Lors du premier contact, une personne m'avait laissé un message sur ma boîte vocale en me disant « c'est pour votre étude, y faut que ça change », mais elle n'a pas répondu à mes deux relances téléphoniques. Les deux autres personnes étaient en congé de maladie pour épuisement. Lors de nos échanges téléphoniques, elles m'ont expliqué qu'elles n'avaient pas suffisamment d'énergie pour participer à une rencontre plus formelle. Ces deux personnes comptaient plus de quinze années de service. Elles m'ont confié qu'elles n'étaient plus capables de tenir le coup. Par ailleurs, au cours de certains entretiens, des participantes m'ont dit qu'elles en avaient parlé à des collègues, mais je n'ai pas reçu d'appels en ce sens. Une autre participante m'a demandé lors de l'entretien si une de ses collègues m'avait appelée; elle m'a expliqué que cette dernière pensait sérieusement à donner sa démission, car elle n'en pouvait plus. Il est probable que les personnes présentent des difficultés à parler de leur souffrance, comme le soutient Dujarier (2009).

⁶ Il est à noter que l'utilisation de pseudonymes vise le respect de l'anonymat.

3.3 Méthodes et instruments de la collecte de données

J'ai mené avec les participantes des entretiens d'environ une heure et demie qui ont été enregistrés, pendant lesquels j'ai exploré avec elles leur expérience de travail. Ces entretiens étaient semi-directifs compte tenu du guide d'entretien utilisé, que j'ai bâti pour guider les échanges selon mes objectifs de recherche (Mayer et Ouellet, 1991). Ces entretiens ont été menés dans un local offert par le syndicat pour la durée de la démarche de terrain.

Le guide d'entretien (voir l'annexe A) contient trois grandes questions ouvertes et des sous-questions. Je souhaitais d'abord amener les répondantes à verbaliser leur expérience de travail autour de trois grands thèmes : la période d'épuisement au travail, les facteurs agressants de l'environnement de travail et les moyens utilisés pour l'atténuer, tout en laissant la liberté d'aborder d'autres thèmes. Ces questions ouvertes couvraient, en partie, les catégories conceptuelles sélectionnées au préalable, soit les dimensions de l'environnement de travail, les formes de souffrance et les stratégies de défense. Quant au concept de reconnaissance, je l'ai intégré en cours de démarche à la suite des propos tenus par les participantes en lien avec ce thème.

De façon à opérationnaliser les concepts, j'ai retenu des définitions et des indicateurs pour chacun des sous-thèmes (voir l'annexe B). Un guide des dimensions heuristiques a été conçu pour la préparation des annotations du verbatim à partir des concepts-clés que j'ai présentés au chapitre précédent, soit la souffrance, les stratégies de défense, les facteurs agressants de l'environnement de travail et la reconnaissance.

Ainsi, et comme mentionné au chapitre précédent, j'ai exploré l'environnement de travail à partir du modèle de Dagenais (2006). Ce modèle comporte deux volets, soit l'organisation du travail et les relations sociales. Ces éléments sont résumés au tableau 3.2.

Tableau 3.2
Environnement de travail selon Dagenais (2006)

Volets de l'environnement de travail	Aspects à considérer
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Charge psychique - Charge cognitive - Quantité de travail
Relations sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Conflit - Charge émotionnelle ou violence - Tensions relationnelles

3.4 Méthode d'analyse des données

L'analyse des données et leur traitement ont été effectués dès les premiers entretiens réalisés à partir de février 2015 et se sont terminés en octobre 2015. En guise de première étape pour analyser les données, j'ai identifié les thèmes abordés par les participantes à partir des questions du guide d'entretien (voir l'annexe A). Paillé et Mucchielli (2012) définissent un thème comme un extrait du verbatim qui présente un sens ou une signification en fonction du cadre d'analyse (ibid.). Par conséquent, lors de cette étape, j'ai tenté de nommer les thèmes les plus fidèles possible à

l'expérience des participantes pour éviter d'y accoler des catégories de nature plus conceptuelle.

Ainsi, à la suite des rencontres avec les participantes, les enregistrements des entretiens ont été retranscrits sous la forme de verbatims. Cette première opération m'a permis de me familiariser avec les données et de m'imprégner des propos des participantes en vue de repérer les thèmes potentiels (Deslauriers, 1991). Par la suite, comme deuxième action, j'ai procédé à la condensation des données brutes en identifiant, en marge du verbatim, les thèmes des propos des participantes à partir des questions ouvertes du guide d'entretien. Dans cette étape de la condensation des données, j'ai repéré les liens entre les thèmes qui portaient un caractère explicatif pour les participantes (Corbière et Larivière, 2014). C'est au cours de cette étape que j'ai réalisé que les thèmes soulevés par les participantes rejoignaient le sens des thèmes déjà explorés dans la littérature scientifique.

Par la suite, et puisque l'analyse thématique ne permet pas d'analyser en profondeur des concepts et d'interpréter des situations complexes (Paillé et Mucchielli, 2012), j'ai choisi de procéder également à une analyse par catégorie conceptualisante pour mieux comprendre le problème de la souffrance au travail des participantes. Les auteurs (ibid.) expliquent que le concept de « catégorie conceptualisante » est un outil qui permet l'analyse des données en misant davantage sur la description d'un phénomène que sur l'identification d'un thème. En fait, Paillé et Mucchielli (2012) définissent la catégorie conceptualisante comme un condensé de signification, c'est-à-dire un concept en devenir qui prend forme à partir d'un travail de proximité avec l'objet étudié. Ainsi, la catégorie permet de créer une représentation théorique du phénomène étudié (ibid.).

Lors de la deuxième étape d'analyse, j'ai donc réexaminé les données en me guidant sur des catégories conceptualisantes préétablies en fonction de la littérature

scientifique (voir l'annexe B). J'ai employé ces catégories dès que j'ai constaté, lors des premières démarches d'analyse des données, qu'il y avait peu de nouveaux phénomènes émergeant du terrain. En effet, les propos des participantes rejoignaient des phénomènes déjà dégagés par les recherches antérieures.

Enfin, dans un troisième temps, j'ai comparé les données de chacun des verbatims, et ce, pour identifier les thèmes émergents ou divergents. Même si ces données ne peuvent être généralisées, la comparaison de l'ensemble des thèmes permet de documenter le phénomène étudié (Paillé et Mucchielli, 2012). Ces trois étapes de l'analyse du corpus se sont chevauchées tout au long de la démarche, au fur et à mesure que sont devenues disponibles les données des entretiens.

Par ailleurs, au fil de ma démarche, j'ai réalisé qu'une analyse de type interprétatif était nécessaire pour comprendre les problèmes de santé mentale au travail dans toute leur complexité. C'est ainsi qu'il est possible d'élargir et d'approfondir l'analyse de la situation pour répondre aux questions et aux objectifs de la recherche (Paillé et Mucchielli, 2012). De ce fait, l'analyse se présente sous la forme d'une déduction interprétative plutôt que sous le mode d'une induction théorisante. Comme l'expliquent Paillé et Mucchielli (2012), la déduction interprétative se développe à partir de leviers théoriques et d'emprunts occasionnels à des théories ou des recherches antérieures pertinentes, comparativement à l'induction théorisante qui vise la production d'une conceptualisation du corpus.

Ce choix est en lien avec ma démarche d'analyse des données produites. En effet, lors de l'analyse des données empiriques, comme je l'ai précisé précédemment, je n'ai pas identifié de nouveaux phénomènes émergeant des témoignages des participantes qui auraient pu mener à l'élaboration de nouvelles catégories conceptualisantes. Par conséquent, je me suis plutôt basée sur les catégories préétablies par la littérature.

3.5 Limites de l'étude

Cette recherche comporte des limites malgré toute la rigueur apportée au processus. Une première limite concerne son échantillon restreint. Seul un nombre limité de PAB d'une seule région urbaine du Québec a été rejoint. Aussi, deux types de milieux de pratique publics, soit les CHSLD et les centres hospitaliers, ont été explorés. Par conséquent, les résultats obtenus ne sont pas généralisables pour l'ensemble du Québec ni pour tous les types d'établissements embauchant des PAB. S'ils permettent une meilleure compréhension de l'épuisement au travail des préposées aux bénéficiaires, une étude à plus grande échelle permettrait d'aller plus loin dans la compréhension du phénomène.

Une seconde limite concerne l'absence de mise en commun des résultats auprès des participantes et des syndicats, des collègues et des gestionnaires de proximité. L'avis des participantes sur les résultats des données aurait permis un enrichissement méthodologique.

Enfin, l'analyse de contenu comporte une part de subjectivité. Un problème de fiabilité peut survenir en raison du processus de codage et du système de catégories (Mayer et Ouellet, 1991). Les informations étant moins objectives, des risques de biaiser la démarche de recherche sont à considérer (Quivy et Van Campenhoudt, 2011).

3.6 Dimension éthique de la recherche

Dans le but d'assurer la confidentialité des données, le consentement libre et éclairé et le respect de l'intégrité des participantes, trois critères ont été considérés : la

compétence de la personne à donner son consentement libre et éclairé, sa connaissance de la recherche et la volition, c'est-à-dire la conscience claire de la participante de son libre droit de participer à la recherche et de se retirer à n'importe quel moment (Allard et Bouchard, 2010).

Pour assurer que le consentement libre et éclairé des participantes soit respecté, un contrat formel a été présenté à chacune. Les formulaires de consentement ont été signés conjointement par la participante et la chercheure-étudiante (voir l'annexe C). Ce formulaire de consentement contient les informations suivantes : les objectifs de la recherche, la description de l'identité de la chercheure-étudiante, de la direction de recherche et du responsable à l'éthique, la durée et la nature de la recherche, la description de la procédure, une description des risques et des bénéfices potentiels, une assurance de participer librement à l'étude et de pouvoir se retirer à n'importe quel moment, un engagement quant à la confidentialité et une mention selon laquelle la participante a eu un espace pour poser des questions (Allard et Bouchard, 2010).

Ce contrat formel comprend également la stratégie de publication des données, la façon dont le participant recevra les résultats, la manière dont sa confidentialité sera protégée, l'identité d'une personne indépendante à contacter pour discuter des aspects éthiques de la recherche ainsi qu'une description des aspects financiers engagés par la participation (Allard et Bouchard, 2010). Quant à la confidentialité et l'anonymat des participantes, des mesures ont été prises pour les respecter. Leurs noms ont été remplacés par des pseudonymes et un engagement formel de confidentialité leur a été présenté.

Le cadre méthodologique étant exposé, je poursuis au prochain chapitre en présentant les résultats de l'analyse des données produites.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre rend compte des résultats de ma démarche de recherche sur le terrain. J'y présente les données recueillies lors des entretiens individuels menés auprès des PAB dans le but de mieux comprendre leur souffrance au travail. Les différentes sections sont organisées selon les résultats d'un travail d'analyse des thèmes à partir des questions du guide d'entretien. C'est au chapitre suivant que je discuterai les résultats de cette recherche à partir de la littérature scientifique consultée ainsi que du cadre théorique choisi pour la mener.

Le chapitre est structuré en quatre parties en fonction des objectifs de recherche et des grands thèmes centraux qui ressortent des entretiens. Dans la première section, je décris les thèmes abordés en lien avec les facteurs agressants de l'environnement de travail. Plus précisément, je traite des difficultés rencontrées par les travailleuses les ayant menées à leur état d'épuisement, en décrivant sept thèmes récurrents abordés au cours des entretiens. Ensuite, j'aborde la période d'épuisement au travail en relevant les souffrances qui lui sont associées. Je présente cinq manifestations générant de la souffrance qui ont placé les participantes dans un état d'épuisement au travail. Dans une troisième partie, je poursuis en indiquant les moyens mis en place par les PAB pour contrer ces souffrances et atténuer cet épuisement. En guise de quatrième partie, j'ai répertorié certaines logiques contradictoires de l'environnement du travail des participantes pour mieux comprendre la complexité de leur réalité.

Avant d'aborder ces éléments, il est nécessaire de présenter le profil des participantes et certaines considérations générales émergeant de l'analyse des données.

Profil des préposées et considérations sur les données

Comme je l'avais déjà précisé au chapitre III, l'échantillon de cette recherche est composé de six préposées⁷ aux bénéficiaires, soit un homme et cinq femmes. Le nombre de leurs années d'expérience au travail varie entre deux et vingt-quatre, selon les répondantes (voir le tableau 3.1). Au moment des entrevues, quatre préposées travaillaient en CH et deux autres en CHSLD.

À propos du travail de préposée, j'avais entendu parler de l'ingratitude des tâches — que doivent accomplir une multitude de travailleuses des services aux personnes ou, pour reprendre l'expression d'Everett Hughes (1897-1983), du « sale boulot » —, mais plus rarement de la charge émotionnelle liée à l'exposition journalière à des réalités humaines difficiles. Dans l'ensemble des entretiens et de façon très spontanée, les PAB ont abordé cette dimension émotive liée à l'exposition à la maladie, à la mort et à la perte d'autonomie. Pour répondre à ce constat, j'ai ajouté le thème de la charge émotionnelle à mon analyse.

Par ailleurs, j'ai noté que le thème des malaises physiques traverse le discours de toutes les participantes, y compris chez celle qui ne compte que deux ans de service. Comme je l'ai indiqué en introduction de ce mémoire, les PAB présentent un taux élevé de TMS⁸, ce qui est révélateur d'une surcharge de travail (MSSS, 2010). Ainsi, pour bien refléter cette réalité, j'ai ajouté les maux physiques aux formes de souffrance détaillées.

D'autre part, puisque les participantes ont exprimé un malaise lié à leur métier et un sentiment partagé de non-reconnaissance de la valeur de leur travail, j'ai intégré le

⁷ Je rappelle que le féminin est employé dans ces pages même si l'échantillon comprend un homme, pour rendre compte de la féminisation du métier de PAB.

⁸ Troubles musculo-squelettiques

concept de reconnaissance à mon cadre théorique. Nous avons vu que le déficit de reconnaissance est un enjeu important dans la construction identitaire, et il traduit une forme d'injustice sociale. Pour ce faire, j'utilise le concept de reconnaissance élaboré par Honneth (2008). Cet auteur a mis en relief la question de la reconnaissance dans les sociétés modernes. Ses constats au sujet du déficit de reconnaissance rejoignent les thématiques abordées par les participantes de cette recherche.

Ces précisions faites, la prochaine section présente les thèmes abordés par les préposées lors des entretiens.

4.1 Les facteurs agressants de l'environnement de travail

Les sources de l'épuisement au travail des PAB sont nombreuses et s'influencent mutuellement. À la suite de l'analyse des entretiens individuels, j'ai divisé en sept thèmes les difficultés rencontrées par les travailleuses en lien avec leur environnement de travail soit l'organisation du travail et les relations sociales. Au fil de l'analyse, j'ai constaté que les thèmes soulevés par les participantes rejoignent ceux relevés par la littérature scientifique. La réalité dont témoignent ici les PAB vient confirmer les résultats d'autres recherches.

4.1.1 Le rythme effréné du travail

Lorsque les PAB parlent d'une journée de travail, elles abordent toutes la question du rythme de travail intense. Elles sont constamment sollicitées par des demandes venant des patients. Le flux des demandes crée une surcharge de travail et une

difficulté à répondre adéquatement aux besoins des bénéficiaires, ce qui fait de chaque quart de travail une course contre la montre. Cette situation transparaît dans les réponses des participantes dès la question d'ouverture de l'entretien : « Pouvez-vous me décrire une journée type de votre travail? » Les préposées mentionnent toutes, en premier lieu, le rythme de travail intense :

On est tout le temps à la course. Le matin, on prend connaissance de notre plan de travail, après ça, c'est : Go! Il faut lever les patients. On entre, on dit bonjour, puis oups, c'est parti. Les patients, on a beau essayer de pas les brusquer pour qu'ils se lèvent plus vite ou tout ça, mais, en même temps... il faut se dépêcher parce que sinon, on n'a pas le temps. [...] on court, on court, on n'a pas le temps, c'est le patient qui nous le dit: « ça fait 3 jours que j'ai pas été lavé ». Il n'y a personne qui a le temps. Tout le monde... est dans le jus, si je peux dire. (Béatrice)

Cette autre participante dit : « on répond aux cloches, on répond aux cloches » et explique que les patients sonnent une cloche lorsqu'ils ont besoin d'assistance pour aller aux toilettes, se lever, exprimer un besoin comme celui de voir une infirmière, etc. Elle précise que ces cloches indiquent une priorité d'intervention et qu'elles dictent le rythme du travail. Par ailleurs, elles permettent la répartition des tâches entre les infirmières, les auxiliaires infirmières et les PAB. Ce sont ces dernières qui ont la responsabilité de répondre aux cloches.

Ainsi, les participantes exercent leur métier à un rythme rapide, qui va à l'encontre d'une approche d'humanisation des soins. Les PAB expriment qu'elles ont peu de temps à consacrer à la dimension relationnelle nécessaire à la qualité des soins.

4.1.2 La surcharge de travail

Les PAB ont expliqué que leur tâche s'est complexifiée et alourdie avec le temps, au fil des orientations politiques, des reconfigurations du système de santé et des services sociaux, des coupes budgétaires et des réaménagements bureaucratiques. Lors des entretiens, elles ont mentionné être en surcharge de travail. De plus, elles ont souligné que cette surcharge de travail augmentait chaque année. Ces changements dans leur tâche et leur charge de travail ne sont pas reconnus. Par exemple, pour une participante, les coupes budgétaires du MSSS ont des répercussions sur la charge de travail, et de plus, elle ne se sent pas entendue quand elle tente de nommer ses difficultés :

Non, il n'y a pas d'écho quand on parle de nos difficultés. Puis plus ça va, moins il y en a de l'écho, parce que le gouvernement, il coupe tout le temps dans le budget. Donc, il ne rajoute pas de personnel. Le manque de personnel c'est le principal problème. (Béatrice)

Cette autre participante raconte qu'elle est prise avec un surplus de tâches et qu'en plus, le matériel n'est pas disponible. Elle n'arrive pas à répondre aux demandes des infirmières, ce qui crée des tensions entre le personnel de l'équipe. Considérant la situation, le département est en réorganisation :

Je ne suis pas capable de faire ce qui est demandé... y'en a trop. Là, le monde chiale: tu n'as pas monté ma machine... La direction le sait, c'est pour ça qu'il y a une réorganisation. On n'a jamais de chaises roulantes de disponibles; tu te cours tout le temps tellement y a des tâches à faire... Je ne peux pas fournir.... on est tous tannées, on est tous débordées. (Françoise)

Selon les propos des participantes, trois facteurs contribuent à cette surcharge. D'abord, les PAB sont responsables d'un trop grand nombre de patients sur un même quart de travail. De plus, leurs responsabilités se sont développées à la suite de

l'attribution de nouvelles tâches imposées au fil des réformes administratives. Le troisième facteur soulevé concerne l'alourdissement de la clientèle qui demande de plus en plus de temps à soigner.

4.1.2.1 Un ratio préposée/patients trop élevé

En effet, toutes les préposées ont mentionné que leur charge de travail était trop lourde. Elles disent devoir assumer la responsabilité de trop de patients sur un même quart de travail. Un participant, Carl, ne veut plus travailler sur le quart de jour en raison de la surcharge. Il l'exprime clairement : « De jour, non, ce n'est pas faisable. » Une autre participante explique : « On a trop de patients. On a entre dix à quinze patients par jour. Je suis déjà montée à dix-sept patients sur mon quart de travail. En moyenne, on en a treize. » (Béatrice)

Une autre PAB explique qu'elle donnait des bains, la nuit, aux patients pour réduire la surcharge de travail du personnel de jour, une directive provenant de la direction. Ces tâches assignées durant la nuit démontrent à la fois le surcroît de travail sur les quarts de jour et une certaine reconnaissance du problème de la part de la direction.

Moi j'ai des bains aussi à donner pendant la nuit; j'ai un minimum de trois bains à donner; en plus, il faut que je change les trois lits. *Qu'est-ce qui fait que vous donnez des bains la nuit?* Pour enlever de la surcharge au personnel de jour. (Ève-Marie)

Selon les témoignages des participantes, le nombre trop élevé de patients est une source importante d'épuisement. Par conséquent, elles disent « se sentir débordées ».

4.1.2.2 Un niveau de responsabilité accru

Un autre aspect qui contribue à la surcharge de travail des PAB et qui traverse l'ensemble des discours des participantes est l'ajout de nouvelles tâches, comme le mentionne Béatrice : « Ben souvent, ils (les gestionnaires de l'établissement) nous rajoutent des tâches, là. » En fait, les préposées ont de plus en plus de responsabilités en raison des changements au sein de l'organisation du travail et des orientations du MSSS. Par exemple, une nouvelle orientation dans la philosophie des soins est de maintenir l'autonomie du patient en lui faisant faire des activités quotidiennes, comme marcher. Cette participante explique :

Ils [les assistants des départements qui informent les intervenantes de la nouvelle orientation de l'organisation] nous avaient demandé de faire marcher les patients dans le corridor. Ils nous ajoutent souvent des tâches, ils nous disent: faites marcher les patients dans le corridor, c'est pour leur autonomie. Ça fait que là je les incite plus à se lever en leur parlant qu'en forçant après, alors souvent ils n'aiment pas ça, ils se choquent. (Annabelle)

Ces nouvelles responsabilités sont un facteur de stress qui contribue à augmenter l'épuisement au travail des PAB et à consolider leur sentiment d'une non-reconnaissance de leur réalité de travail.

4.1.2.3 L'alourdissement de la clientèle

Par ailleurs, l'alourdissement de la condition de santé des personnes en besoin de soins contribue à augmenter la charge de travail des PAB. Ce changement est dû notamment à de nouvelles conditions d'admissibilités en CHSLD. En effet, depuis la réforme de 2004, des critères d'admission ont été ajustés pour prioriser les patients nécessitant un nombre d'heures de soins plus élevé. Par conséquent, les résidents arrivent souvent en CHSLD lorsque leur état de santé s'est détérioré et leur perte

d'autonomie plus importante. Cette PAB fait part de son observation du milieu depuis son arrivée dans le réseau de santé et des services sociaux, il y a dix-sept ans:

Tu sais, moi, je pense que c'est la lourdeur de la tâche qui s'en vient vraiment difficile. Le fait que les résidents arrivent plus tard en CHSLD, ils sont plus hypothéqués. Donc, les patients sont plus lourds, la course pour s'en occuper est plus longue. Moi ce que je vois, c'est que la charge augmente, sauf que le temps qui nous est alloué pour notre travail, lui, a diminué. (Doris)

En somme en ce qui a trait au volet de l'organisation du travail, le thème le plus important de l'analyse des entretiens est le rythme effréné du travail dû à une surcharge au niveau des tâches. Les participantes ont mentionné être en surcharge de travail en raison du ratio préposée/patients, une augmentation des responsabilités et l'alourdissement de la clientèle.

Cette intensification du rythme du travail contribue à développer une fatigue physique et mentale. Pour les participantes, il s'agit d'un facteur explicatif important de leur épisode d'épuisement au travail. En fait, cette rapidité avec laquelle elles doivent accomplir les soins aux patients est un élément central pour comprendre la signification qu'elles attribuent à leur expérience.

Toutefois, lorsque sont interrogés d'autres aspects de leur travail, il faut constater que plusieurs autres facteurs liés aux relations sociales contribuent également à cette fatigue.

4.1.3 Des relations tendues avec les patients

Comme je l'ai déjà mentionné, les relations sociales au sein du milieu de travail sont, après l'organisation du travail, le deuxième élément en importance à considérer

parmi les facteurs agressants de l'environnement de travail. Dagenais (2006) soutient même que de bonnes relations au travail peuvent compenser une charge de travail élevée. Les relations sociales constituent donc un volet important à explorer dans le cadre de cette recherche.

Lors des entretiens, les PAB ont parlé de leurs liens avec leurs patients. Comme ce sont elles qui passent le plus de temps auprès des usagers, les possibilités de tensions avec eux sont importantes. Les participantes ont parlé de deux niveaux de tension en lien avec les bénéficiaires : le premier concerne les difficultés relationnelles avec les patients; et le deuxième porte sur la charge émotionnelle liée à l'exposition à la maladie, au vieillissement et à la mort. Les PAB ont des contacts de proximité avec les patients, et cette posture les place dans des situations de tension relationnelle, de conflit, voire de violence, comme le raconte cette préposée :

Je me suis fait agresser par un résident. Je me suis fait sauter dans le dos, j'ai eu un coup de poing au visage [...] il m'a tiré par les cheveux. J'avais beaucoup de *flashbacks* puis tout ça. J'avais une bonne anxiété de retourner au travail. Juste dans la journée où moi je me suis fait frapper, le même résident en a frappé quatre, puis à coups de soulier. (Doris)

Cet autre participant d'expérience décrit la réalité de son milieu de travail. Il explique qu'à la suite d'une suggestion des PAB, l'employeur a offert de la formation pour que le personnel puisse développer des trucs pour intervenir auprès de résidents présentant des comportements agressifs :

C'est de plus en plus lourd, la clientèle est de plus en plus atteinte... (réflexion) de plus en plus agressive! Tu sais, on en voit beaucoup de résidents agressifs, là. Tu sais, c'est... (inspiration)... puis il y a beaucoup d'accidents. Dernièrement, il y en a une qui s'est fait brasser par un résident, puis elle est en arrêt de travail depuis un bout. Une entorse cervicale et une entorse dorsale... Elle s'est fait brasser d'aplomb. Il y a de plus en plus de violence dans les CHSLD envers le personnel. Suite à notre suggestion, l'employeur a mis en place de la formation pour avoir des moyens de se libérer... de se dégager des

emprises. Parce qu'au début, on ne savait pas comment se libérer. Ça fait qu'on a des petits trucs pour se protéger un petit peu maintenant. Mais psychologiquement, pour affronter ça, il n'y a pas de formation, là. (Carl)

Enfin, une autre préposée témoigne des risques liés aux comportements d'agressivité des patients :

Ça arrive des fois qu'on a des patients confus dans le département... ou des patients qui sont à risque de chutes, ils ont un coussin sonore. Ça fait que là, le coussin part à tout bout de champ, là tu lâches ce que tu étais en train de faire, là tu cours pour aller voir le patient, là le patient ne t'écoute pas, là tu essaies de le recoucher. Là des fois il devient agressif, eh... Ça arrive souvent, ça. Ça fait qu'on a de la misère à faire notre tournée pour finir à temps. (Ève-Marie)

En ce qui a trait aux relations sociales, les participantes interrogées disent vivre des tensions avec les patients. Les préposées transigent avec des personnes en situation de vulnérabilité requérant du temps pour leur prodiguer les soins.

4.1.4 La dimension émotionnelle du travail

D'emblée, au fil des entretiens, les préposées ont partagé leurs sentiments en ce qui concerne le contact quotidien avec des personnes malades, en perte d'autonomie ou proches de la mort. Les PAB sont confrontées à des situations difficiles au plan humain, qui les mènent à des questionnements existentiels. Leur proximité avec les patients demande un investissement affectif et, par conséquent, comporte une charge émotive. Ce témoignage l'indique :

Tu sais, il y a des décès... On s'attache à quelqu'un, mais il va décéder. Il faut être fort moralement, il faut être fort pour travailler là-dedans. Moi, j'insiste sur le moral, parce que... (inspiration) Tu vois des affaires, là... tu sais, il faut que tu vives avec ça, après. Tu sais, tu vois des images que tu

n'oublies pas tout de suite. Ça fait que, tu sais... (émotif) : C'est... c'est quelque chose. Mais lors d'un décès, ce n'est pas tout le monde qui est capable de « dealer »... Moi, j'ai un préposé qui travaille avec moi, il commence à pouvoir affronter un décès, emballer une personne, et tout, et tout... Oui, oui. Tu sais, ça fait qu'un moment donné, tu peux arriver chez vous puis te dire : « OK, là... on s'en va tous là. » Tu sais, c'est comme... (Inspiration) toutes des petites situations qui peuvent t'amener à une fatigue mentale aussi, là. (Carl)

Une autre préposée a exprimé que c'était la partie la plus dure de son travail, d'être confrontée aux situations de personnes en grande perte d'autonomie physique ou cognitive, totalement dépendantes de leur entourage :

Je trouve ça dur de voir quelqu'un qui n'a plus d'interactions (...) Qui ne reconnaît plus son monde, qui ne sait pas où il est, qui ne parle pas, qui n'a aucune réaction. (...) Je pense que ça, c'est la plus dure partie de mon travail. (Annabelle)

Ces témoignages montrent que les relations de proximité avec les patients comportent une charge émotionnelle et peuvent être un facteur contribuant à de l'épuisement émotionnel.

4.1.5 Le manque de respect et de considération

Toujours concernant le volet des relations sociales de l'environnement de travail, il est aussi pertinent d'examiner les rapports qu'entretiennent les PAB avec leurs collègues et patrons. Si les préposées ont parlé de leurs liens avec leurs collègues, elles en ont dit très peu sur ceux qu'elles entretiennent avec les gestionnaires.

Les participantes ont exprimé un sentiment partagé de manque de reconnaissance des gestionnaires et des autres membres du personnel de soins. En effet, les PAB ont fait

part de leur impression d'être laissées de côté au sein des équipes de travail. Elles ont mentionné qu'elles étaient peu écoutées et considérées, comme en témoigne Doris : « Bien j'ai tendance à dire que souvent quand on parle ça tombe dans le vide. C'est très rare qu'on a des retours sur ce qu'on a dit ou c'est pratiquement jamais. Parce que eux autres aussi sont débordés. »

Par ailleurs, les PAB ressentent du mépris de la part de certaines collègues qui détiennent un plus haut niveau de scolarité. Par exemple, une participante a exprimé qu'elle sentait du mépris en lien avec sa fonction de PAB de la part de certaines collègues infirmières et que son point de vue n'était pas pris en compte. Elle termine en disant : « Ouais. Il y a de la discrimination de... de types d'emploi. Hum... des fois, on est rabaisée. » (Béatrice) Autrement dit, il y a une absence de reconnaissance du travail des PAB au sein de l'équipe de travail. Cette autre participante explique :

J'ai souvent l'impression qu'on est laissées pour compte. Oui, puis en même temps, je comprends que préposée, ce n'est pas un gros cours, je ne suis pas allée à l'université puis moi ça me dérange pas, sauf que... Ce que je fais, ce n'est pas tout le monde qui est capable de le faire. Il y a une grosse mentalité présentement, que les infirmières c'est pas des préposées... Je me suis fait répondre: « Ben là, je ne suis pas allée au cégep pour faire ta job! » Je ne te demande pas de faire ma job, je te demande de m'aider! (Annabelle)

Ce témoignage indique également qu'il y a parfois refus de coopération entre les collègues de travail pour le partage des tâches et le travail d'équipe nécessaires à la dispensation de soins de qualité.

4.1.6 Un travail d'équipe dysfonctionnel

Le collectif de travail est l'instance où se jouent essentiellement la qualité des services et la gestion du stress. À ce propos, les PAB ont expliqué que la dynamique liée à la division des tâches selon un titre d'emploi nuit à l'entraide au sein de l'équipe, au détriment de la qualité des soins accordés aux patients.

Deux préposées ont dit qu'elles travaillaient actuellement au sein d'une équipe de travail fonctionnelle. Malgré tout, une de ces deux préposées a rencontré des difficultés dans son milieu de travail depuis les coupures et l'augmentation de la charge de travail. La participante a expliqué que le climat y est devenu peu propice à l'entraide, car il y a des confrontations entre les intervenantes et l'aide apportée par les collègues ne se fait pas de bon gré. Elle mentionne que tous les membres de l'équipe sont épuisés en raison de la surcharge de travail. Elle soulève également que le manque de personnel ou son instabilité est un facteur qui contribue à la surcharge.

La majorité des gens vont s'entraider, mais depuis un bout de temps, y'a beaucoup plus de prises de bec entre employés. Bien tu sais ça va avec la fatigue. Ça peut arriver quand tu es déjà surchargée pour ton travail que quelqu'un vient te voir pour te demander de l'aide, bien tu sais, tu vas y aller, mais tu vas y aller à reculons. Puis des fois, ça va paraître dans ta face. (Doris)

Oui, tout le monde est à bout, ce n'est pas juste les infirmières, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires aussi. Nous autres on a des situations depuis un an et demi, quasiment deux; on n'a pas d'infirmière auxiliaire sur ma fin de semaine de travail. J'ai une infirmière auxiliaire qui est régulière, mais l'autre, c'est souvent une remplaçante, ce n'est jamais la même personne. L'infirmière auxiliaire régulière se ramasse à avoir l'étage sur ses épaules parce qu'il n'a pas d'infirmière. L'infirmière auxiliaire qui remplace est pas habituée y'a tellement de roulement, elle n'a pas beaucoup des repères, ça aussi, pour eux autres, c'est épuisant. Elles essaient de nous aider quand même, de nous alléger en faisant des lits. (Doris)

Les autres participantes ont dit avoir de la difficulté à obtenir de l'aide de la part de leurs collègues auxiliaires-infirmières ou infirmières lorsqu'elles reçoivent trop de demandes de la part des patients. Par exemple, cette PAB explique avoir besoin d'aide pour accomplir son travail, mais que cette aide est peu accessible :

On est supposées travailler en équipe. Il y a une préposée, une infirmière et une auxiliaire. La réalité, c'est qu'ils se mettent à deux, ils passent leurs médicaments, puis nous autres on fait la tournée toutes seules. (Annabelle)

Dans d'autres situations, comme pour les tâches que les PAB doivent faire à deux, il n'y a souvent personne de disponible ou à proximité pour leur venir en aide. Cette intervenante explique sa difficulté à obtenir de l'aide :

Oui, mais quand... une préposée est en pause, veut-veut pas, l'autre tombe toute seule. Là, on est quand même une bonne équipe, avec les infirmières et les auxiliaires, présentement. Mais ce n'est pas toujours le cas, parce que souvent, il faut... les secouer: regarde, là, j'ai 5-6 cloches, là, je peux-tu avoir de l'aide? (Ève-Marie)

Cette même préposée parle du fonctionnement de son équipe de travail. Elle explique qu'elle est souvent « toute seule » ou « deux, mais chacune de son côté » :

Bien tu sais il y a souvent des décès ou des chutes. Souvent en travaillant avec une infirmière ou une infirmière auxiliaire, on est souvent toute seule, parce que l'infirmière, faut qu'elle aille faire les prises de sang vers le matin, elle a des traitements à donner durant la nuit. On est deux, mais on travaille chacune de notre côté. (Ève-Marie)

Cette autre participante décrit l'effritement graduel du travail d'équipe dans son milieu de travail au cours des dernières années. Elle explique notamment qu'auparavant, il y avait de l'entraide, mais que depuis la fusion de deux centres hospitaliers en une seule organisation, des impacts négatifs se sont fait sentir sur le travail d'équipe :

Avant sur les étages, les infirmières nous aidaient pour le bain, à lever le patient, à le mettre sur la civière, à s'occuper du cabaret; maintenant, il n'y a plus d'aide depuis la restructuration. Avant, il y avait quatre bains à donner par jour; là, il y en a quatorze. Avant il y avait un travail d'équipe, et là il n'en a plus. (Françoise)

Ce travail d'équipe presque inexistant est une source de frustration et de fatigue au travail pour les PAB. C'est aussi à travers cette dynamique que sont témoignées les manifestations de reconnaissance ou de non-reconnaissance des collègues de travail.

4.1.7 Deux irritants organisationnels

Lors de mes échanges avec les préposées, j'ai eu des difficultés à identifier les liens qu'elles entretiennent avec leurs supérieurs immédiats, et ce malgré mes questions plus pointues, pour connaître leur patron par exemple. J'ai obtenu des réponses comme celles-ci : « Bien les plus hauts qu'on voit, c'est les chefs de service qui sont là de jour, mais de soir il n'y a personne. » Cette même préposée a répondu à ma question de clarification à savoir qui était son supérieur immédiat : « C'est la liste de rappel, bien je ne la vois jamais la personne. » (Annabelle)

Néanmoins, les préposées ont exprimé des insatisfactions autour de deux dispositifs organisationnels, soit le bureau de santé et la liste de rappel. Ces deux dispositifs sont identifiés par elles comme des facteurs irritants.

4.1.7.1 *La liste de rappel*

Le lien de chaque préposée avec la liste de rappel est une réalité tangible. Il s'agit d'un département centralisé de l'établissement où des agents du personnel — des

employés syndiqués — rejoignent par téléphone les préposées pour leur donner leur horaire de travail ou leur demander leurs disponibilités. Les PAB des CHSLD sont dotées d'un téléavertisseur, qui les avise lorsqu'un agent de la liste de rappel a besoin de les rejoindre. L'employée a alors dix minutes pour rappeler, sinon, le commis appelle une autre préposée.

Ce fonctionnement irrite les préposées, car elles sont constamment sur le qui-vive pour répondre dans les délais prévus, sinon elles risquent de perdre leurs heures de travail comme l'explique cette préposée : « On leur a demandé de ne pas nous appeler sur nos quarts de travail, car des fois on donne un bain, ou encore sur nos heures de souper. » (Doris). Une autre préposée a souligné la difficulté à communiquer avec les agents de la liste de rappel au sujet de son horaire de travail :

Nous autres on a de la misère avec la liste de rappel. C'est eux autres qui font nos horaires, c'est une grosse problématique, ça a toujours été comme ça. Il est arrivé plein de situations... Une fois j'étais dans le département de médecine puis ça ne me tente pas d'y aller. Je vois dans l'horaire qu'il y a une fille plus jeune que moi qui est aux soins intensifs. J'appelle la fille de la liste de rappel, pour lui demander de me changer de place? Bien elle me dit: bien non, ton horaire est fait. » (Annabelle)

Ces exemples illustrent les difficultés dans les relations sociales au sein de l'organisation. Les facteurs irritants dus à une mauvaise communication au sein des différents services peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale des employés.

4.1.7.2 Le bureau de santé

Un deuxième irritant relevé par les PAB concerne le bureau de santé. Ce dernier, propre à chaque établissement, a comme mandat de veiller à la protection de la santé des salariés qui y travaillent. Il évalue leur aptitude à exercer leurs fonctions sans

risque pour leur santé. Il s'agit d'un dispositif d'autorité, à la fois hiérarchique et médical.

Deux préposées ont rapporté des irritants en lien avec ce bureau de santé. En fait, elles ont témoigné d'une difficulté à obtenir un congé de maladie. Les participantes ont nommé avoir une difficulté à se faire entendre et comprendre à propos de leur état de grande fatigue. Une participante a expliqué qu'elle s'est fait reprocher d'être épuisée par l'agent du bureau de santé : « Tu ne devrais pas être en épuisement professionnel, t'as choisi ta carrière. » (Doris) Cette autre participante raconte son expérience de consultation au bureau de santé. Dans un premier temps, elle a consulté un médecin, pour ensuite se rendre au bureau de santé :

Il a fallu que je lui en parle beaucoup, et il a vu que ça allait pas, et il m'a arrêtée trois semaines. Nous autres on a un bureau de santé, il faut aller les voir pour expliquer ce qui se passe. ((Retour de l'émotion dans la voix.)) Là, j'ai eu d'abord un congé de trois semaines, après ça c'est prolongé aux semaines, et puis après il faut faire des démarches... Après un certain temps, on a besoin de papiers d'assurances, et là il faut retourner voir le médecin, qui refait des papiers. Moi j'étais toujours rendue chez le médecin ou au bureau de santé. Quand t'as pas l'énergie pour aller travailler, et qu'il faut que tu te battes avec le Bureau de santé. J'ai trouvé ça dur. (Annabelle)

L'expression de frustrations concernant le département de la liste de rappel et le bureau de santé laisse présager la présence d'une dynamique particulière dans les liens d'autorité ou de pouvoir. D'un côté, les PAB expriment très peu de frustrations concernant les figures d'autorité officielles de leur unité de travail, mais de l'autre, elles manifestent cette frustration envers les instances de l'organisation qui détiennent un pouvoir sur leur situation, plus précisément sur leur état de santé et leur horaire.

Outre les facteurs agressants de l'organisation du travail, comme la surcharge et le rythme effréné du travail, les participantes semblent également vivre des difficultés

sur le plan des relations sociales. Au cours des entretiens, elles ont parlé de tensions avec leurs collègues, de la charge émotionnelle, de la non-reconnaissance et des irritants dans leurs relations avec le bureau de santé et la liste de rappel.

En somme, les participantes font face à des facteurs agressants dans les deux sphères de l'environnement de travail, celle concernant l'organisation du travail et celle des relations sociales. Cet état des lieux peut mener à de l'épuisement au travail. La prochaine section expose comment se manifeste cet épuisement chez les PAB.

4.2 L'épuisement au travail

Pour aborder ce thème avec les participantes, j'ai tenté de comprendre comment leur état d'épuisement au travail s'est développé. Comme le souligne Manoukian (2009), l'épuisement est le signe le plus prégnant du burnout, contrairement au sentiment de tristesse accompagnant la dépression. Les préposées expriment être dans un état de grande fatigue physique et mentale. La présence de maux physiques fait également partie de la vie des PAB. Comme l'explique ce participant : « Ben souvent, l'épuisement, nous autres, dans mon milieu, va être présent par des blessures, tu sais.... On se rend compte qu'on est fatigué lorsqu'on se blesse » (Carl).

4.2.1 La fatigue

Les premières manifestations de leur souffrance exprimées par les participantes en lien avec leur travail sont un état d'épuisement et de fatigue. Il s'agit d'un symptôme phare de l'épuisement au travail. Ce témoignage d'une participante le démontre :

Et je me souviens que c'était la fin d'octobre. J'ai dit: c'est épouvantable! Je suis brûlée. Je suis fatiguée. Le monde me disait: tu serais mieux d'arrêter avant de faire un *burnout*. Là j'ai demandé c'est quoi un *burnout*? (Ève-Marie)

Les participantes ont également parlé de l'impact de cette fatigue sur le quotidien. Entre autres, elles ont mentionné qu'une fois chez elles, elles avaient juste envie de s'asseoir et de dormir. Il leur restait peu d'énergie pour s'occuper des enfants, faire des activités sociales avec leur conjoint ou aller visiter leur famille. Tout est devenu comme un fardeau, comme le mentionnent ces deux préposées :

Moi, je prends toujours ma douche en arrivant puis, après ça... j'ai soit le goût d'aller me coucher jusqu'au lendemain matin ou de m'asseoir pour relaxer. J'ai juste le goût de rien faire. Je n'ai pas le goût de faire le souper, j'ai pas le goût de faire les devoirs à ma fille, j'ai pas le goût de rien faire d'autre. Je veux m'asseoir puis rien faire ou aller me coucher. Bien souvent, c'est d'aller me coucher puis de dormir jusqu'au lendemain, parce que je suis trop fatiguée. (Béatrice)

Je travaille de nuit, c'est compliqué, je me dis tout le temps: j'ai deux jours par mois avec mon mari. Lui, il travaille du lundi au vendredi. Je suis égoïste de mon temps, de son temps. Pour profiter de mes journées de congé avec mon mari, je vais me coucher le soir pour être fonctionnelle pour mon samedi de congé. Le samedi, oui, j'ai ma journée de congé, mais le dimanche, il faut que je me lève de bonne heure pour me recoucher dans l'après-midi, parce que je travaille de nuit. (Ève-Marie)

L'expression de la fatigue et de l'épuisement prédomine dans le discours des participantes. Les préposées expriment avec facilité leur état de fatigue. Comme le souligne Loriol (2003), la fatigue est plus facile à nommer que les souffrances psychiques.

4.2.2 Les maux physiques

Le thème des maux physiques traverse le discours de toutes les participantes, y compris celle qui ne compte que deux ans de service. En effet, au cours des entretiens, les préposées ont exprimé « ressentir des maux physiques ». Une participante relate des conversations qu'elle a eues avec des collègues, qui illustrent à la fois l'ampleur de ces maux et leur lien avec l'épuisement moral :

Oui, puis il y a deux préposées qui m'ont dit, pas en même temps-là: « Une chance je me suis fait mal dans le dos, je pense je me serais tapé une dépression, je suis quasiment contente d'être arrêtée ». J'ai dit bien c'est ça, c'est le physique qui a lâché. (Doris)

Une autre PAB a décrit dans quel état de fatigue et de douleur physique elle s'est retrouvée après un quart de travail où elle a dû forcer pour déplacer des patients :

C'est le fait d'avoir travaillé seule au travail, presque toute seule, là. J'ai forcé sur des patients à faire à deux. Je suis arrivée chez nous, là, je marchais... J'avais de la misère à marcher, j'avais comme le bas du dos qui m'élançait. Jamais ça m'est arrivé comme ça avant. Les pieds me faisaient mal, m'élançaient. Puis je me sentais fatiguée. J'ai dit ça n'a pas d'allure. (Ève-Marie)

Cette autre participante décrit les malaises physiques qu'elle ressent chaque jour :

Des étourdissements. Tu sais, quand je me promène, des fois, j'ai la tête qui tourne comme ça, là. Oups! Ça dure 2-3 secondes, puis ça repart, mais ça revient souvent. Je veux dire... ça peut arriver 2-3 fois dans la journée. Oui. Puis j'ai aussi une augmentation de la fréquence cardiaque... Je fais de la tachycardie. ... le cœur qui débat. Bien, c'est la fatigue. J'arrive chez nous le soir, puis je suis épuisée, brûlée. (Béatrice)

Cette autre participante décrit les maux physiques qu'elle doit endurer chaque jour et qui atteignent son moral :

J'ai mon pied qui fait mal, j'ai de la misère à marcher, j'ai mal aux bras, aux pouces. J'ai des machines à monter, de la misère à marcher. Là, c'est moins pire. Des fois, je ne veux même pas aller travailler; j'ai juste hâte de prendre ma retraite. J'y vais de force... Bien des fois j'ai le goût de brailler. (Françoise)

Bien entendu, cette souffrance physique amplifie le mal-être au travail. Cela vient également expliquer en partie le haut taux de TMS chez les préposées. Rappelons que les maux physiques sont un indicateur de surcharge au travail. Ces témoignages expliquent en partie la réalité de travail des PAB, qui les place dans une situation à risque de développer des maux physiques.

4.2.3 Les manifestations d'envahissement

Les préposées travaillent en supportant ces maux physiques et cette grande fatigue, mais vient un moment où elles n'arrivent plus à contenir la pression. Des signaux de détresse les envahissent, comme de la panique, des pleurs ou des difficultés de sommeil. Cette préposée raconte:

Je n'arrivais plus à dormir. C'est arrivé graduellement. J'ai commencé à.... je me levais l'après-midi ou le soir quand c'était le temps de préparer mes affaires pour aller travailler, j'étais malade. C'était la nausée, je vomissais ou j'avais la diarrhée. J'avais un conflit avec la personne avec qui je travaillais. Même que souvent, je pleurais. C'était à la limite. J'avais la pression dans le tapis. (Doris)

Cette même participante explique aussi la difficulté liée à un retour de congé de maladie pour des problèmes de santé mentale :

Parce que je m'étais mise à faire des crises de panique à l'idée de retourner travailler. Bien les gens me posaient des questions quand même, parce qu'il y avait des ouï-dire, y paraît que... C'est-tu vrai que tu as voulu te suicider? Non.

J'ai juste dit qu'un jour je rêvais de tomber dans les marches pour pas revenir en vie, j'étais plus capable. (Doris)

Cette autre participante raconte qu'elle s'est retrouvée un matin dans un état léthargique :

J'étais plus capable de me lever. Moi, je ne m'en suis pas rendu compte, c'est parce que j'étais toujours fatiguée, je restais couchée... J'avais plus le goût de me lever, puis là je me suis dit, voyons donc, qu'est-ce qui se passe? C'est arrivé comme ça. Ouais, puis... Jusqu'à temps que je ne sois plus capable d'aller travailler. Oui. Oui. Quand tu n'as pas l'énergie pour aller travailler. Là, j'ai eu un congé de trois semaines. (Annabelle)

Le fait d'évoluer dans un environnement de travail toxique et d'endurer de la fatigue et des maux physiques peut mener à des périodes de détresse psychologique.

4.2.4 L'impuissance et la désillusion

Les propos des participantes sont parfois teintés d'impuissance et de désillusion devant l'impossibilité d'agir sur les sources de leur épuisement comme si elles étaient impuissantes et avaient appris à vivre avec la désillusion. Cette participante fait part de la certitude de ne pas pouvoir changer quoi que ce soit à sa situation:

Je trouve ça dur. De se sentir tellement impuissante de pas... d'être pas capable / Moi je ne peux rien changer, mais il faut que je sois là à tous les jours pour continuer. *Vous avez le sentiment que vous ne pouvez rien changer?* Je n'ai pas juste le sentiment, je le sais. *C'est une certitude?* Oui (ton ferme). (Annabelle)

Cette autre participante explique qu'elle avait l'espoir que d'une année à l'autre, la tendance changerait et que la situation s'améliorerait, mais elle constate que la situation en termes de charge de travail et de pression ne s'est pas améliorée. L'espoir semble éteint :

Depuis une couple d'années, j'ai toujours l'impression qu'on a touché le fond, qu'on ne peut plus aller plus bas. Mais non, à chaque fois le fond défonce puis on tombe encore. Je me disais, on va tomber sur les genoux puis on va se relever, et on va remonter, puis ça va aller mieux. Mais non. Je ne suis pas la seule à avoir cette vision-là. Là, je ne crois plus au père Noël ben, ben. (Doris)

Quant à cette autre participante, elle exprime également qu'elle n'a aucune marge de manœuvre pour changer quelque chose à son milieu de travail, ce après avoir tenté de donner son avis et de proposer des solutions : « Non, ça changera pas dans mon milieu de travail. Non, parce qu'on parle, on donne des solutions, puis il y a rien à faire. La seule chose que je peux faire, c'est de laisser mon poste puis de tomber à 4 jours/semaine. » (Béatrice)

Au cours des entretiens, j'ai demandé aux participantes de me parler de leur motivation en lien avec leur choix de s'orienter vers le métier de PAB. Les participantes ont expliqué qu'elles ont commencé dans ce métier en portant un idéal qui a rapidement été brisé. Ces témoignages reflètent leur désillusion :

Ah, c'était pour m'occuper des personnes âgées, c'était peut-être une bonne idée. Puis finalement la réalité c'est autre chose. Mais à l'hôpital je pensais jamais que c'était comme ça. Je pensais que c'était des gens qui étaient plus... (...) Qui étaient comme moins maganés. Qui étaient... oui, tu peux être malade, tu peux avoir besoin d'aide, mais pas si hypothéqués. Je ne pensais pas que ça existait des gens si hypothéqués. (Annabelle)

J'aimais la santé. J'ai décidé d'aller comme préposée aux bénéficiaires. C'est ce qui m'a amenée là, puis parce que j'aimais ça, prendre soin des gens. C'est quelque chose qui me tenait à cœur. C'est... de faire le bonheur de quelqu'un dans une journée, c'était comme ça... pour moi, c'était important. *Mais sa situation actuelle est tout autre...* Oui, parce que je suis vraiment tannée de me courir puis d'être fatiguée comme ça. Ce n'est pas normal d'être tout le temps brûlée chaque jour, de ne plus avoir de qualité de vie... (Béatrice)

Les préposées expriment clairement que leur état de fatigue est dû au travail et elles identifient distinctement les facteurs agressants qui créent leur épuisement. Elles mentionnent vivre comme tout le monde des évènements de la vie qui génèrent du stress, comme une séparation de couple ou une difficulté avec un enfant, mais elles estiment que ces situations n'ont pas de lien avec leur état d'épuisement au travail. Ainsi, à la question plus spécifique concernant s'il y a d'autres facteurs dans leur vie qui contribuent à leur état de grande fatigue, j'ai obtenu des précisions comme celles de cette préposée :

Puis même si je n'avais pas d'enfants, ça serait la même chose. Oui. Parce que... l'hôpital prend trois fois, quatre, peut-être cinq fois plus d'énergie que mes enfants. Même sans enfant ça prendrait beaucoup, beaucoup d'énergie. Ça en prendrait autant, d'énergie. (Béatrice)

4.2.5 Une perte d'estime de soi

À la lumière des propos des participantes, il apparaît que leur situation de travail porte atteinte à leur estime de soi. Par exemple, cette participante nous fait part de sa réalité :

Des fois, je ne veux même pas aller travailler, j'ai juste hâte de prendre ma retraite, j'y vais de force... Bien des fois, j'ai le goût de brailler. C'est l'ambiance que je ne suis plus capable d'endurer. J'essaye de me parler, je ne dis rien. Je m'isole, je ne veux plus rien savoir. Avant ça, je m'impliquais, je m'investissais. Là, non. (Françoise)

Cette autre participante nomme précisément l'impact sur son estime d'elle-même qu'ont eu un conflit avec une collègue suivi d'une période d'épuisement physique, qui l'ont menée à un arrêt de travail de dix jours :

C'était mon estime qui en a pris comme un coup. Tu as une mauvaise réputation dans l'hôpital... Puis là, je ne comprenais pas. Pourtant, partout où je vais, ça va bien. Je ne comprenais pas, là. (Ève-Marie)

En situation d'épuisement, les travailleuses risquent de vivre une perte d'estime d'elles-mêmes. En effet, leur réalité de travail comporte des facteurs de risque pouvant mener à une faible évaluation de leur propre valeur et crée des sentiments de honte et de découragement. Par ailleurs, une atteinte à l'estime de soi peut porter préjudice aux capacités d'agir des personnes face aux difficultés rencontrées.

4.2.6 Le sentiment de ne pas bien faire son travail

Dans leurs témoignages, les préposées ont mentionné qu'elles n'arrivent pas toujours à donner les bains à tous les bénéficiaires et que la dispensation des soins n'a pas toute l'attention requise. Parfois, au cours de leur journée, elles s'aperçoivent qu'elles ont laissé un patient en attente pour aller répondre à une autre demande. Ces situations peuvent de toute évidence créer des malaises, car elles s'inscrivent à l'encontre des fondements de leur pratique concernant l'humanisation des soins. Par exemple, cette préposée déclare:

À fin je n'étais plus capable. Je me souviens d'une fois où est-ce que j'ai eu un résident qui est décédé, puis j'ai fait comme, ouf! Ça va être bien moins lourd de même. *Ça a été votre réaction?* Oui, puis tout de suite après je me suis trouvée vraiment inconsciente d'avoir dit ça, là. (Doris)

Cette autre préposée exprime sa difficulté à répondre adéquatement aux demandes:

C'est un domaine où... on commence quelque chose, mais on ne sait jamais quand on va le finir, parce qu'on est toujours dérangé dans ce qu'on fait. On est tout le temps, tout le temps sollicité. Puis, tu sais... Il y a des fois, là, j'installe un patient pour faire sa toilette, là... je vais aller faire d'autre chose. Mais je

peux l'oublier, le patient, là. Il peut passer une demi-heure, une heure comme ça, là, s'il ne se lave pas tout seul... (Béatrice)

Les travailleuses se retrouvent donc en conflit de valeurs avec elles-mêmes. Cette forme de souffrance est moins visible de premier abord et requiert un décodage dans le discours. Souvent, cela s'exprime à travers des propos où les préposées démontrent leur impression de ne pas bien faire leur travail.

Tout bien considéré, la période d'épuisement au travail des participantes est composée de plusieurs aspects. Même si l'expression de la fatigue et des maux physiques est prédominante dans le discours, d'autres éléments sont présents, comme les manifestations d'envahissement, l'impuissance et la désillusion, une perte d'estime de soi et un sentiment de ne pas bien faire son travail.

4.3 Les stratégies utilisées pour gérer la situation

Alderson (2004) soutient que les comportements déployés par les travailleurs pour résister aux facteurs agressants de leur milieu de travail visent à atténuer leur souffrance. Toutefois, une surutilisation de défenses pour s'adapter à l'environnement peut conduire à des symptômes de fatigue ou de somatisation, en plus de nuire à l'identification de solutions. L'identification des moyens de défense s'avère donc pertinente pour mieux comprendre la souffrance des PAB, car ces stratégies peuvent masquer l'ampleur du problème.

4.3.1 Les modifications de l'horaire de travail

Dans un premier temps, les travailleuses tentent de développer des stratégies d'adaptation pour maintenir leur présence au travail. Les préposées tentent, entre autres, de modifier leur horaire de travail de différentes façons pour diminuer la pression. Certaines vont demander d'aller travailler dans un autre secteur d'activité ou encore vont fractionner leurs vacances pour tenir le coup.

Par exemple, ce préposé explique qu'il a choisi d'aller travailler dans un autre secteur de travail pour diminuer la pression vécue en tant que PAB : « J'ai fait d'autre chose, tu sais, de l'entretien ménager. Ma stratégie, moi, c'était : un petit peu de soins puis un petit peu d'autre chose. » (Carl) Une autre participante divise ses vacances annuelles en une semaine de vacances chaque saison pour tenir le coup : « J'aimerais ça, prendre des vacances, deux semaines de vacances dans l'été, deux semaines l'hiver. J'ai quatre semaines dans mon année, puis je divise mes quatre semaines à tous les trois mois. » (Béatrice) Deux participantes, celles qui ont le plus grand nombre d'années d'ancienneté, ont par ailleurs mentionné avoir choisi des quarts de travail de soir pour réduire leur stress.

Toutefois, lorsque les facteurs agressants persistent ou s'aggravent, les moyens d'adaptation ne fonctionnent plus. Les travailleuses développent alors des stratégies de défendre, comme le congé de maladie, pour contrer leur environnement de travail malsain.

4.3.2 Le congé de maladie

L'utilisation des congés de maladie est une pratique de retrait s'apparentant à une stratégie de défense. Des préposées ayant participé à l'étude ont mentionné avoir obtenu des congés de maladie en lien avec leur épuisement au travail.

En effet, à la suite d'un diagnostic médical pour des raisons de santé mentale, des participantes de cette recherche ont été retirées de leur milieu de travail. Trois PAB ont obtenu un congé de maladie en raison d'un problème d'adaptation avec humeur anxieuse ou dépressive et une quatrième pour des problèmes chroniques de sommeil. Une autre préposée a mentionné que ses congés de maternité lui ont permis d'éviter le congé de maladie. Enfin, une sixième préposée a obtenu un congé de maladie pour une entorse lombaire.

Ces retraits du milieu de travail semblent être un moyen pour les PAB de prévenir l'aggravation de leur état de santé.

4.3.3 La médication

Une préposée a mentionné qu'elle souhaitait changer de quart de travail, mais que son ancienneté ne lui permettait pas d'avoir accès à ces postes pour le moment. En attendant, pour maintenir sa présence au travail, elle prend des médicaments pour dormir.

C'est de prendre ma médication. C'est plus ça. J'essaie de gérer, eh... De gérer avec ma médication. Puis des fois ça arrive que j'en prends plus que prévu selon mes horaires. Je triche, j'en manque, ça fait que là vu que j'en manque, bien là, eh... Là je peux être deux jours, trois jours sans en avoir. Alors ces deux jours-là je ne dors pas. (Ève-Marie)

La prise de médicaments semble être une forme de défense permettant d'éviter, entre autres, de ressentir la souffrance et la douleur.

4.3.4 La distance relationnelle

Devant la surcharge de travail et les tensions relationnelles avec les patients, une des défenses employées par les PAB pour se protéger est d'éviter les contacts avec les patients. Cette préposée explique la stratégie qu'elle a mise en place suite à son retour de congé de maladie, qui consiste en une mise à distance avec les patients :

Des fois, on évite d'aller les voir [les patients]. D'avoir moins de contacts avec les patients qui sont plus difficiles. Avec le temps, il n'y a plus rien qui... on se détache. Puis tu sais, la douleur c'est relatif. Même si quelqu'un me dit que ça fait horriblement mal, ça lui fait horriblement mal, mais ça ne me touche pas. Avant, ça ne marchait pas avec un patient, je m'entêtais plus à aller le voir et puis maintenant, je vais ailleurs. (Annabelle)

Dans cet exemple, il semble que cette préposée se soit construite une carapace en guise de stratégie de défense pour atténuer sa souffrance.

4.3.5 L'isolement

Dans le but de se protéger d'un climat de travail difficile, cette participante décrit les moyens qu'elle a mis en place depuis deux ans. En fait, elle a décidé de se mettre à l'écart :

Je m'isole, je ne vais plus manger dans la cuisinette depuis un an; je vais dans des fauteuils plus loin. Je vais dehors, dans mon auto. Je ne veux plus rien

savoir, avant j'allais dans les 5 à 7, là, je n'y vais plus. Avant ça je m'impliquais, je m'investissais, là non! Je veux changer de département, mais je ne sais pas où aller. Un beau poste je me demande s'il en a un. (Françoise)

Ce témoignage illustre une autre stratégie de retrait agissant comme une forme d'autoprotection par rapport à un environnement nuisible pour sa santé mentale.

En fait, les participantes tentent dans un premier temps de mettre en place des moyens pour s'adapter à leur environnement de travail difficile en mettant en place des actions, comme des modifications à leur horaire. Au fil du temps, lorsque les obstacles au travail persistent, des adaptations plus défensives sont mises en place.

Dans le but de mieux faire ressortir les enjeux liés aux déterminants sociaux de la souffrance au travail, je présente à la prochaine section les paradoxes présents au sein de l'environnement de travail des PAB.

4.4 Les logiques contradictoires de l'environnement de travail

Dans le but de mettre en relief l'ensemble des dimensions de l'environnement de travail, j'analyse dans cette section les logiques contradictoires qui y sont à l'œuvre. Une connaissance plus fine de la dynamique du milieu de travail des PAB permet une meilleure compréhension des sources de leur souffrance et de leur épuisement au travail. Les résultats de la démarche de terrain, appuyés par la littérature scientifique, m'ont menée à répertorier les écarts entre trois logiques complètement opposées.

4.4.1 Un écart entre le travail prescrit et la réalité du terrain

À la lumière des témoignages des PAB, l'écart entre le travail à faire sur le terrain et ce qui est demandé par l'organisation semble prendre des proportions importantes. Les doléances des participantes portent sur la pression ressentie en raison d'une surcharge au niveau des tâches et sur le rythme de travail trop rapide pour dispenser des soins. Le travail demandé ne cadre pas avec le temps disponible pour le réaliser dans la réalité. De plus, les préposées reçoivent des conseils qui ne semblent pas correspondre à la réalité du terrain : une préposée a expliqué avoir reçu, des consignes d'une gestionnaire clinique pour aider un patient à marcher dans le corridor. Selon cette participante, ce conseil qui ne convient pas à sa réalité : « dans un bureau c'est un super de bon truc... mais dans la réalité c'est autre chose » (Annabelle).

Dejours (2008) aborde dans ses analyses, entre autres, la question de la différence entre le travail prescrit par l'administration et le travail réel, c'est-à-dire le travail réalisé sur le terrain. Cet écart fait partie du monde du travail et les travailleurs développent leur créativité de façon collective pour pallier les carences. Toutefois, quand cet écart devient trop grand, les travailleurs perdent leurs repères ou leurs mécanismes de défense collectifs. Cette dynamique peut créer une souffrance au travail au lieu d'un plaisir ou d'une satisfaction (ibid.). En ce qui concerne les préposées, il est possible de dire qu'elles ont perdu leurs repères au travail, d'autant plus que la dynamique du milieu ne favorise pas la mise en place d'une réponse collective aux pressions administratives. Dans son étude sur l'analyse de l'activité des PAB, Aubry (2016) soutient que ces travailleuses font face à un paradoxe dû au décalage entre le but de l'organisation et les valeurs de leur métier.

4.4.2 Un écart entre la responsabilité et la non-reconnaissance

Une deuxième logique contradictoire de l'environnement de travail des PAB concerne le fait que ces dernières se voient chargées de plus en plus de responsabilités tout en recevant peu de reconnaissance. En effet, d'un côté, les travailleuses ont mentionné devoir assumer de plus en plus de responsabilités, et de l'autre, elles ont exprimé ne pas se sentir reconnues dans leur travail. C'est précisément ce qu'exprime cette participante :

Ça fait qu'ils nous ajoutent souvent des tâches, ils nous disent: on instaure une nouvelle façon de travailler; faites marcher les patients dans le corridor... Ils ont installé un tableau au poste, puis il faut mettre des aimants à chaque personne qu'on a fait marcher dans notre soirée. C'est l'infirmière qui supervise ça. Si tu n'as pas fait marcher ton patient, l'infirmière te dit bien là va le faire marcher. Mais lui, s'il ne veut pas marcher, ça devient compliqué et ça demande du temps. Il y a une grosse mentalité présentement, que les infirmières c'est pas des préposées... (Annabelle)

Cette autre participante explique dans un premier temps qu'elle se fait ajouter des tâches, et dans un deuxième temps, elle exprime un manque de reconnaissance :

Nous on a des tâches, on a de la paperasse à remplir. On fait des petits rapports à l'infirmière auxiliaire sur ce qui s'est passé dans la journée. Tout ce qui est des mesures alternatives comme des gens qui ont fait des selles ou qui n'ont pas eu de miction. Maintenant, on a le droit d'appliquer certaines crèmes; ce qu'ils appellent les SADM, Oui, le système d'administration de médication. Il faut remplir encore de la paperasse. (Doris)

Bien j'ai tendance à dire que souvent quand on parle ça tombe dans le vide. On va en parler, on voit que le chef va prendre des notes, va être à l'écoute, mais ça ne va pas vraiment plus loin. C'est très rare qu'on a des retours sur ce qu'on a dit ou ce n'est pratiquement jamais. Parce que eux autres aussi sont débordés. (Doris)

Ce témoignage d'une préposée d'expérience illustre ce poids lié à la responsabilité :

On n'est pas reconnues... On a des responsabilités qui sont pas tout le temps à nous autres, mais que par la bande, c'est nous autres qui les assumons... Si le patient a une plaie, c'est de notre faute. Ça a déjà fait des frictions. Il y a des crèmes que je ne peux pas mettre. C'est l'infirmière qui faut qu'elle la mette. Ça fait qu'elle dit : ouais, mais là, je vais être obligée de regarder sa culotte. Bien oui! Elles sont supposées de les regarder, leurs patients, elles ne le font pas. Elles nous laissent la responsabilité puis après, s'il y a un problème, c'est de notre faute. (Annabelle)

Sur ce point, la situation des participantes rejoint les résultats de l'étude d'Aubry et Couturier (2013a). Les auteurs expliquent qu'une des difficultés des préposées se situe dans cette contradiction entre les responsabilités assignées et la non-reconnaissance de leurs compétences.

4.4.3 Un écart entre la nouvelle gestion publique et la politique d'humanisation des soins

L'implantation de la nouvelle gestion publique (NGP) a suscité des changements dans les institutions publiques québécoises. La réforme de la santé et des services sociaux de 2004 a marqué l'organisation des services par des valeurs de responsabilisation, d'efficacité, de rentabilité et de performance (Bresson, Jetté et Bellot, 2013).

Molinier (2009) rappelle que les conditions nécessaires à l'humanisation des soins, communément appelé le *care*, sont difficilement conciliables avec les logiques de gestion des institutions. L'auteur soutient que ces logiques s'opposent à celle de l'humanisation des soins. En effet, le *care* renvoie à ce souci de l'autre dans la dispensation de soins et demande un investissement affectif pour bien entendre le besoin du patient (Molinier, 2009).

Or, la situation des PAB se situe aux antipodes d'une organisation du travail qui déploie une approche d'humanisation des soins (*care*). En effet, il apparaît que les préposées se retrouvent devant des contradictions en lien avec les valeurs de leur métier et celles prônées par la NGP. Ce commentaire d'une participante traduit les messages reçus au quotidien : « Ils nous demandent pour la continuité des soins d'être plus à la même place, mais en même temps, c'est pas ça... C'est pas vraiment ça qu'ils font, ils nous cédulent un peu n'importe où. » (Annabelle)

Il apparaît clairement que les PAB évoluent dans un milieu de travail empreint de contradictions, dans lequel les approches de gestion ne coïncident pas avec celle de l'humanisation des soins.

Enfin, je veux terminer cette présentation des données en soulignant les impacts de l'environnement de travail sur la santé mentale et physique des participantes. L'état des lieux dressé dans ces pages démontre le haut niveau de risques pour les PAB de développer des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, les témoignages des participantes expliquent en partie leur haut taux d'absence au travail pour des raisons de santé mentale et de TMS, ainsi que le problème de rétention du personnel pour cette catégorie de travailleurs. Néanmoins, la situation est plus complexe et demande une interprétation de l'ensemble des facteurs. Le prochain chapitre présente une analyse interprétative de ces résultats.

CHAPITRE V

ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette étude visait à mieux comprendre la souffrance au travail des PAB en tenant compte des significations qu'elles donnent à leur mal-être au travail, en identifiant ses sources et en explorant les stratégies qu'elles emploient pour la contrer. À la suite de la présentation des données, ce chapitre consiste en une analyse des résultats à partir du cadre théorique exposé au chapitre II, qui intègre les données empiriques recueillies auprès des PAB. Une analyse de type interprétatif est nécessaire pour comprendre les problèmes de santé mentale au travail dans toute leur complexité. C'est ainsi qu'il est possible d'élargir et d'approfondir l'analyse de la situation pour répondre aux questions et aux objectifs de la recherche (Paillé et Mucchielli, 2012).

J'expose donc, à cette dernière étape de ma démarche, une proposition d'explication qui tient compte des significations attribuées par les PAB à leur souffrance au travail, tout en m'appuyant sur des leviers théoriques permettant une analyse du problème. En fait, c'est plutôt sur le mode de la « déduction-interprétation » que de l'« induction théorisante » que j'ai produit cette analyse. Comme l'expliquent Paillé et Mucchielli (2012), la déduction interprétative se développe à partir de leviers théoriques et d'emprunts occasionnels à des théories ou des recherches antérieures pertinentes, contrairement à l'induction théorisante qui vise la production d'une conceptualisation du corpus.

Pour expliquer la souffrance au travail des PAB, et répondre aux questions de la recherche, j'ai retenu quatre dimensions : l'environnement de travail, la dimension

personnelle, les stratégies de défense et les manques de reconnaissance. Je définirai ces dimensions tout au long de la discussion.

Ce chapitre est divisé en cinq sections. Dans un premier temps, j'expose les facteurs agressants de l'environnement du travail des PAB. Ensuite, dans une deuxième partie, j'analyse la dimension personnelle des problèmes de santé mentale au travail en identifiant les différentes manifestations de la souffrance au travail des PAB. Je poursuis, dans un troisième temps, en abordant les tactiques individuelles qu'elles utilisent pour atténuer leur souffrance. Ensuite, je présente les répercussions possibles des manques de reconnaissance chez les travailleuses. Pour terminer, j'identifie des perspectives d'intervention possibles en travail social pour agir sur ce problème au regard des résultats de la présente enquête.

5.1. L'environnement de travail

Cette partie vise à analyser l'environnement de travail des PAB et à y identifier les facteurs générant de l'épuisement, en y jetant un regard plus conceptuel, à partir du modèle de l'environnement de travail proposé par Dagenais (2006) présenté au chapitre II. L'environnement de travail comporte deux volets, soit l'organisation du travail et les relations sociales. À la lumière des données recueillies auprès des PAB, il apparaît évident que ces dernières évoluent dans un environnement de travail où les occasions d'épuisement sont nombreuses.

5.1.1 L'organisation du travail

Au cours de la démarche, j'ai exploré les trois points à considérer pour analyser l'organisation du travail selon Dagenais (2006) : la quantité de travail et les surcharges cognitive et psychique. Or, les préposées ont témoigné du fait qu'elles devaient faire face à ces trois types de pression quotidiennement. Je rappelle que les thèmes soulevés par les PAB à partir des questions générales du guide d'entretien (voir l'annexe A) chevauchent les concepts de la grille d'analyse de Dagenais (voir l'annexe B). La lecture plus conceptuelle des données rejoint les thèmes abordés par les participantes.

Les témoignages des participantes indiquent clairement que la quantité de travail est trop importante pour bien répondre aux besoins des patients. En effet, les PAB reçoivent des commandes jugées déraisonnables, comme de répondre à un nombre trop élevé de demandes de la part des patients. Elles reçoivent beaucoup trop d'informations à la fois, doivent répondre aux demandes des patients et réaliser leurs tâches dans des délais souvent irréalistes. Dans cette organisation sous forte pression, certaines préposées subissent de fortes tensions. En effet, les répondantes se retrouvent avec une surcharge de travail et peuvent compter sur bien peu d'aide pour y faire face. De plus, les PAB donnent des soins tout en subissant une surcharge sur le plan cognitif. En effet, les propos recueillis montrent qu'elles présentent de la difficulté à traiter le surplus d'information et à donner suite aux demandes multiples des patients.

En plus de cette importante quantité de travail exigée, des demandes déraisonnables et de la surcharge cognitive, les PAB portent aussi une surcharge psychique. Nous avons vu que le travail des PAB implique une charge émotionnelle très forte. Lors des entretiens, les participantes ont parlé spontanément de cette charge émotionnelle

due à l'exposition à des situations humaines difficiles, à des personnes malades, en perte d'autonomie ou souffrantes. Une participante a même précisé que c'est l'aspect le plus difficile de son travail. Nous avons vu également qu'une autre forme de charge émotionnelle existe au niveau des relations avec des patients présentant des comportements d'agressivité. Cette particularité du travail des PAB génère une surcharge psychique.

5.1.2 Les relations sociales

Les relations sociales en milieu de travail impliquent la qualité des relations avec les patients, les collègues de travail et les supérieurs immédiats. Or, dans l'environnement de travail des PAB rencontrées, les relations sociales sont plutôt tendues. En effet, au cours des entretiens, les participantes ont souligné vivre des difficultés et des tensions dans leurs contacts avec les patients. Par exemple, de nouvelles consignes de travail exigeant de faire davantage marcher les patients pour maintenir leur autonomie créent des tensions relationnelles chez ces derniers, qui parfois réagissent négativement et s'opposent à ces demandes des PAB. Elles ont décrit des situations dans lesquelles les tensions ont dégénéré en violence ou en comportements agressifs de la part des patients. Par ailleurs, la dispensation trop rapide des soins suscite aussi des réactions d'agressivité chez les patients, plaçant du fait les PAB devant la résistance des aidés.

D'autre part, pour les PAB, les relations entre collègues sont empreintes de tensions, qui se répercutent sur le travail d'équipe. Elles ont mentionné que le travail d'équipe entre les infirmières auxiliaires, les infirmières et les PAB dans les unités de soins ou des résidences est peu supportant dans l'environnement de travail. Elles ont expliqué

qu'elles ne peuvent pas compter sur le soutien du collectif de travail, mais seulement sur elles-mêmes.

À la lumière des entretiens, il apparaît que le travail d'équipe en CHSLD et en CH présente des signes de dévitalisation. Effectivement, les préposées ont mentionné se débrouiller seules, même pour des tâches qui exigent d'être deux. Elles reçoivent très peu de soutien lors de leur quart de travail. Pourtant, les résultats des études d'Aubry (2012a) relèvent toute l'importance du collectif du travail dans la pratique du métier de PAB, où une étroite coopération entre les intervenants est nécessaire pour assurer des soins de qualité. Molinier (2009) soutient également la nécessité d'instaurer un travail d'équipe pour assurer l'humanisation des soins.

5.1.3 Un milieu de travail paradoxal

Outre ces facteurs agressants de l'environnement du travail, la prise en compte des logiques contradictoires qui s'y déploient permet une connaissance plus juste de la dynamique paradoxale du milieu de travail, et par conséquent, une meilleure compréhension des sources de la souffrance au travail des PAB. Comme je l'ai indiqué au chapitre précédent, les résultats de la démarche de terrain, appuyés par la littérature scientifique, m'ont permis d'identifier des écarts entre quatre logiques diamétralement opposées.

D'abord, les PAB évoluent dans un environnement où le travail prescrit par l'institution ne reflète pas la réalité du travail de terrain. Deuxièmement, le mode de gestion de ce milieu de travail ne concorde pas avec l'approche des soins propre à la pratique des PAB. Troisièmement, il y a un écart entre l'augmentation des responsabilités pour ce poste et le faible niveau de reconnaissance qu'il reçoit. Enfin,

il y a une visibilité « négative » des PAB quand des plaintes surgissent au sein de l'établissement quant à la qualité des soins donnés aux patients, alors qu'elles ont peu de reconnaissance et de visibilité pour leur travail bien fait.

En ce qui a trait aux participantes, la situation semble être critique quant aux contradictions de leur environnement de travail. Les adaptations défensives de mise en retrait, le sentiment d'impuissance et l'état de résignation traduisent l'absence de marge de manœuvre pour développer une autonomie professionnelle permettant de gérer les contradictions et de réaménager le travail prescrit. En fait, elles sont davantage dans une posture défensive.

L'analyse des paradoxes au sein d'une organisation nous renseigne sur le niveau d'investissement déployé par les gestionnaires pour traiter les contradictions (Gaulejac et Hanique, 2016). À cet égard, et à partir des témoignages des participantes et des contradictions soulevées, il semblerait que l'implication de l'organisation pour pallier ces contradictions soit limitée.

Cet état des lieux décrit un milieu de travail qui peut présenter un risque élevé pour l'apparition de problèmes de santé mentale. En se référant à ces indicateurs de l'environnement du travail et à l'analyse des données recueillies, cette recherche conclut que la souffrance ressentie par les PAB provient d'un niveau de tension trop élevé dû en grande partie au milieu de travail et aux particularités du métier. Dans cet environnement aux aspects potentiellement toxique, ces dernières vivent différentes formes de souffrance et tentent de se protéger en utilisant des stratégies de défense.

5.2 La dimension personnelle

Dans cette section, j'aborde la dimension personnelle de la situation des PAB. Il sera question des différentes manifestations de la souffrance au travail chez les participantes. Je rappelle qu'au début de cette démarche, je suis partie avec l'idée d'explorer les problèmes de santé mentale au travail. À la suite d'échanges avec les acteurs syndicaux, il a été convenu d'utiliser l'expression « épuisement au travail », puisque cette appellation était plus claire pour le milieu enquêté. Cela dit, au cours de ma démarche, j'ai réalisé que la réalité des PAB ne se limitait pas à un épuisement au travail, mais s'étendait à un éventail de souffrances qu'elles doivent apprendre à surmonter pour s'adapter à leur environnement de travail.

J'ai choisi d'explorer les problèmes de santé mentale en utilisant le concept de souffrance. Moins populaire sur le territoire nord-américain, ce concept a l'avantage de sortir du cadre restrictif de la symptomatologie des problèmes de santé mentale adoptée par l'approche médicale. De mon point de vue, les critères internationaux du DSM-5 font une lecture limitative des problèmes de santé mentale en répertoriant surtout les manifestations comportementales. Cela restreint le champ d'analyse et réduit les possibilités d'intervention autres que le traitement pharmacologique ou psychologique. La responsabilité d'adaptation repose sur l'individu alors que le problème est social.

Par ailleurs, j'ai exploré les stratégies de défense utilisées par les participantes pour contrer la souffrance au travail. La littérature indique que la souffrance engendre la mise en place de moyens pour la réduire chez les travailleurs. Toutefois, ces défenses accentuent leur souffrance et portent atteinte à leur santé mentale. De plus, ces moyens de défense empêchent de bien saisir les enjeux de cette souffrance et d'intervenir. D'autre part, j'ai intégré dans ma démarche le concept de

reconnaissance. Ce concept tel que développé par Honneth (2008) permet d'analyser d'un point de vue social et critique les pathologies liées à l'absence de reconnaissance qui sont propres à la société moderne.

5.2.1 Les différentes formes de souffrance

Rappelons que j'ai choisi en guise de repères les trois formes de souffrance circonscrites par Dujarier (2009), soit les souffrances physique, psychique et sociale, pour ensuite y ajouter la souffrance éthique afin de mieux représenter la réalité des participantes au regard des données recueillies lors des premiers entretiens.

Les témoignages des participantes indiquent que si leur environnement de travail engendre de multiples formes de souffrance, elles ressentent d'abord des souffrances physiques et un état de grande fatigue. Pour identifier ces souffrances, j'ai considéré les plaintes subjectives et les maux physiques relevés dans les discours des participantes. Toutes les préposées ont exprimé ressentir et subir des maux physiques et une fatigue due à l'exercice de leur métier. Pourtant, en explorant la situation des PAB, j'ai noté qu'elles font face à diverses formes de souffrance dont certaines sont plus difficiles à nommer et à décoder. Comment peut-on analyser la prédominance de l'expression de cette grande fatigue et de ces maux physiques?

5.2.1.1 *Une grande fatigue et des maux physiques*

À l'instar de Loriol (2003), j'ai observé que la formulation de la plainte de la fatigue, et des maux physiques était plus facile à verbaliser que les souffrances psychiques. En effet, au cours des entretiens, les PAB ont présenté une grande aisance à nommer leur souffrance liée à la fatigue et à des maux physiques, un peu comme si elles

tentaient de dire leur souffrance par des expressions plus palpables et accessibles afin de mieux désigner leur problème. En fait, ce corps de travail partage l'idée que son métier engendre des maux physiques et une grande fatigue. Comme ce participant le dit : « nous les PAB, la fatigue, ça commence par des maux physiques ». Cela explique en partie la facilité des PAB de parler de leur fatigue, et ce, de façon prédominante.

D'autre part, l'expression de cette grande fatigue correspond, dans certains milieux de travail, à des intérêts collectifs (Loriol, 2003). Chez les PAB, au cours des dernières années, cette plainte liée à la fatigue et aux maux physiques a servi à revendiquer sur la place publique de meilleures conditions de travail. En somme, cette plainte partagée par le collectif de travail ne renvoie pas une image de faiblesse, mais sert plutôt de moyen de revendication pour dénoncer la pénibilité du travail. D'ailleurs, il est possible de dire que les PAB se sont inspirées des infirmières qui ont, par la plainte de la fatigue et de l'épuisement, revendiqué de meilleures conditions de travail. Par exemple, un article du journal *La Presse*, titre: « Au tour des préposés aux bénéficiaires d'être à bout de souffle » (Pelletier, 2010). Cet article mentionne qu'à l'instar des infirmières, les préposés aux bénéficiaires souffrent de pénurie de main-d'œuvre, ce qui rend leurs conditions de travail difficiles. À son tour, le journal *Le Nouvelliste* a récemment titré « Il n'y a pas que les infirmières qui sont épuisées » (Plante, 2014) en réaction à un point de presse des porte-paroles du Syndicat des infirmières qui soulignaient l'épuisement de leurs membres. Ici, la fatigue bien réelle liée au travail est utilisée pour faire passer des messages au niveau politique.

Il y a aussi que l'expression de la plainte de fatigue traduit un dysfonctionnement du collectif de travail (Loriol, 2003). Les participantes ont témoigné de l'absence de ce collectif au sein des équipes de travail. En fait, les PAB ne peuvent plus compter sur

le soutien du collectif de travail qui aurait pu leur permettait de gérer le stress, de transformer les injonctions organisationnelles (Aubry, 2012a).

En revanche, je crois que dans d'autres circonstances et pour d'autres PAB, une difficulté persiste à dire leur souffrance. Cette idée rejoint en partie celle de Dujarier (2009), quand elle mentionne la difficulté pour une personne de nommer sa souffrance, car cela l'oblige à la ressentir. J'ai en effet constaté la difficulté pour les participantes à exprimer d'autres formes de souffrance, telles que la souffrance psychique et les malaises éthiques. De plus, j'ai souligné au chapitre III des obstacles à recruter des participantes pour cette présente étude. Ce silence représente-t-il cet embarras à dire sa souffrance ou à éviter d'en parler pour ne pas la ressentir? Il est possible que ce silence traduise leur sentiment d'impuissance à dire leur mal-être.

5.2.1.2. Une souffrance psychique

Outre cette souffrance liée à la fatigue et aux maux physiques, existe-t-il chez les PAB une souffrance plus souterraine sur le plan psychique, qui est sans doute plus difficile à nommer? Je tente dans cette section d'identifier la souffrance psychique en explorant des indicateurs reliés à une perte d'estime de soi, comme la honte, le découragement et l'inhibition (Jacques, 2004).

Toutefois, au cours des entretiens, les participantes ont abordé une forme de souffrance psychique, mais plus indirectement. Cette souffrance plus difficile à verbaliser peut être décodée par l'importance des maux physique, l'état de grande fatigue et les stratégies de défenses déployées pour se protéger. Comme je l'ai mentionné, les stratégies de défense utilisées dissimulent les expressions de la souffrance et les maux physiques comportent une souffrance psychique. En somme, je crois que la mise en retrait de cette souffrance psychique mène les PAB à aller au-

delà de leurs capacités physiques et, par conséquent, à développer ces maux physiques et cette grande fatigue.

5.2.1.3 Une souffrance éthique

D'autre part, les participantes ont exprimé une souffrance de nature éthique. En effet, les PAB ont l'impression de ne pas bien faire leur travail, comme lorsqu'elles doivent laisser en suspens les soins aux patients pour réaliser d'autres tâches, pour se rendre compte plus tard qu'elles ont oublié la demande du patient, ou alors lorsqu'elles doivent le faire attendre ou lui donner des soins très rapidement. Par leurs témoignages, elles ont clairement exprimé à quel point leurs conditions de pratique sont devenues inacceptables au plan éthique. Cette forme de souffrance est abordée plutôt modérément; elle ne fait pas l'objet de la plainte principale. La fatigue et les maux physiques dominent le tableau clinique.

5.2.1.4 Une souffrance sociale

La souffrance sociale est la conséquence d'une situation traduisant l'incapacité, pour un individu, de répondre aux exigences sociales d'autonomie et de réalisation de soi dû à un manque de ressources et de support (Soulet, 2008). Il s'avère essentiel de la dépister pour développer des leviers d'action pour la contrer (ibid.)

Pour cerner la souffrance sociale, j'ai tenté de répertorier dans les propos des participantes les situations qui renvoient au manque de soutien, à l'effritement des liens, la perte de sens ou à la non-reconnaissance, entre autres. Comme je l'ai écrit précédemment, les participantes ont exprimé qu'elles ressentaient un manque de reconnaissance, qu'elles vivent la dissolution de liens et qu'elles travaillent au sein d'équipes de travail dysfonctionnelles.

D'autre part, des participantes ont été citées dans les pages précédentes, qui ont exprimé le sentiment qu'il leur était impossible de changer les choses : une préposée a dit qu'elle avait la certitude qu'elle ne pouvait rien changer, et une autre a émis de sérieux doutes quant à la possibilité d'une embellie, en utilisant l'image qu'« il y a des limites à croire au père Noël ». Ce discours des PAB démontre leur peu d'espoir que la situation change. De plus, ces témoignages laissent entendre que leur secteur de travail ne leur permet pas d'atteindre leur idéal professionnel, voire d'exercer leur métier selon leurs valeurs. Ainsi, à partir des témoignages des préposées, il est possible d'émettre l'hypothèse que les PAB font face à une souffrance de nature sociale, car certains enjeux sociaux sont présents.

Ici, il s'agit moins d'une souffrance individuelle, comme c'est le cas pour les souffrances éthique et psychique, que d'une souffrance plus collective (Boivin, 2014). En effet, les préposées m'ont parlé de leur situation difficile tout en indiquant qu'elles ne sont pas les seules à la vivre, comme si elles tenaient à me dire que leur souffrance était collective.

Lorsque les PAB expliquent que les motifs de leur épuisement sont une forte pression due à l'organisation du travail, à des liens sociaux difficiles et à la présence de logiques contradictoires au sein de leur milieu de travail, elles soulèvent des causes liées à des facteurs extérieurs. Il ne s'agit pas là de difficultés d'adaptation individuelles ou encore d'une absence de compétences; ces manifestations relèvent d'abord d'une souffrance sociale découlant de l'environnement du travail.

À la lecture des données recueillies, il apparaît que les PAB vivent une souffrance sur le plan personnel qui relève de leur milieu de travail. Il s'agit d'une souffrance sociale vécue au sein d'une organisation. L'identification de cette souffrance liée à l'organisation permet de mieux saisir ses sources et d'éviter d'individualiser les problèmes de santé mentale au travail.

Cette situation, à mon sens, explique en bonne partie le haut taux de congé de maladie et le problème de rétention des PAB. La souffrance sociale relève de facteurs objectifs dont l'individu n'est pas entièrement responsable et dans le cas de cette recherche, les PAB ont peu de marge de manœuvre pour changer les choses au plan personnel. Autrement dit, les sources de cette souffrance ne peuvent se régler par la seule adoption de bonnes habitudes de vie, la gestion du stress ou une meilleure organisation du temps (Maranda, 1995). La situation requiert, entre autres, des correctifs dans l'organisation du travail.

D'autre part, la situation des participantes est d'autant plus préoccupante considérant que les gestionnaires de proximité n'exercent pas de fonction de médiation pour améliorer l'organisation du travail. Les participantes nomment l'impuissance des gestionnaires à améliorer leur propre situation. Une préposée a mentionné : « mais eux autres aussi sont débordés » (Béatrice). En fait, il est fort possible que les autres intervenants, y compris les gestionnaires, vivent également les impacts de l'idéologie néolibérale sur l'organisation du travail et qu'ils doivent eux aussi composer avec une marge de manœuvre réduite.

Enfin, les maux physiques et la fatigue viennent restreindre les PAB qui voudraient engager une démarche de mobilisation visant à intervenir sur la situation. Par ailleurs, il y a un effet pervers de cette centration de la souffrance liée à la fatigue et aux maux physiques: cette dynamique brouille le tableau clinique et l'ampleur du problème. L'état des lieux de leur environnement de travail place les PAB devant l'urgence de se protéger. Cela requiert un investissement personnel pour contrer les différentes formes de souffrances et la mise en place de stratégies de défense.

5.3 Les stratégies de défense

Dans le but de mieux décoder ces souffrances exposées précédemment (grande fatigue, souffrances psychique, éthique et sociale), j'ai exploré les tactiques utilisées par les PAB pour les contrer. Les stratégies de défense ont comme fonction d'atténuer la souffrance, mais elles ne permettent pas de régler la situation ou le problème. Dujariers (2009) précise que les mécanismes de défense visent à camoufler les souffrances, ce qui contribue à rendre leur dépistage difficile chez les travailleurs. Or, il est essentiel de les identifier afin d'assurer une meilleure compréhension de la dynamique de la souffrance au travail.

5.3.1 Une posture de retrait pour se protéger

Pour survivre à cet environnement de travail toxique et éviter d'y ressentir de la souffrance, les PAB utilisent des tactiques individuelles de retrait, comme se mettre à distance relationnelle, prendre des congés, ajuster leurs horaires, s'isoler, prendre des médicaments pour mieux dormir, etc. Pourtant, depuis plusieurs années, les recherches scientifiques indiquent que les stratégies de défense individuelles ne règlent pas le problème, mais peuvent au contraire l'amplifier. Les PAB font face seules aux contrecoups des transformations de leur environnement du travail.

Par ailleurs, ce silence des PAB évoqué précédemment fait partie de cette posture de retrait qu'elles adoptent devant la pénibilité de leur environnement de travail. Lors de ma démarche de recrutement, j'ai discuté avec deux préposées qui ont décliné l'invitation, car elles ne tenaient pas à participer à un entretien formel. Pourtant, l'expression d'un ras-le-bol a été nommée. Je me souviens entre autres d'une

préposée de plus de vingt ans d'expérience qui a précisé: « ça empire, y veulent notre peau ».

Ce qui ressort fortement de l'analyse des témoignages recueillis, c'est que les PAB adoptent une posture de retrait, qui se déploie sur un éventail de petits retraits temporaires, et ce, jusqu'au retrait définitif pour se protéger de cet environnement de travail toxique. Autrement dit, les travailleuses semblent utiliser l'évitement comme stratégie de défense pour se protéger de leur souffrance. D'autre part, les participantes soutiennent que l'écart est grand entre ce que l'organisation demande et la réalité du terrain et cet écart semble se creuser au fil des années. Par surcroît, il semble n'y avoir personne pour entendre leur réalité ou détenant une marge de manœuvre pour agir.

Quant aux stratégies de défense consistant en l'adaptation aux conditions de pénibilité de l'environnement du travail, les PAB rencontrées n'ont pas exprimé de tactiques comme de l'hyperactivité ou du surinvestissement. À la lumière des descriptions de leur environnement de travail, il n'est pas étonnant qu'elles utilisent peu cette stratégie de défense, puisque ce milieu est sous pression et que le rythme de travail déjà trop rapide. C'est un peu comme si l'organisation dictait une stratégie de défense en imposant un rythme de travail effréné. Sous cette pression, il s'avère difficile pour les travailleuses de se mobiliser pour améliorer leur situation.

Cette posture de retrait des participantes explique peut-être en partie le problème de rétention des PAB du réseau de la santé et des services sociaux. Comme je l'ai indiqué en introduction, le taux de rétention est très préoccupant chez les PAB : le nombre des départs définitifs de jeunes recrues est plus alarmant que le nombre des départs à la retraite pour le MSSS.

Mais que devons-nous comprendre de cette stratégie de retrait ? D'abord, ce milieu de travail est en difficulté et les travailleuses doivent se protéger pour éviter de vivre de la souffrance. Deuxièmement, cette prépondérance des stratégies de retrait témoigne de l'inefficacité du collectif de travail. Il est possible de penser qu'il n'exerce pas sa fonction de régulation du stress et d'adaptation aux injonctions organisationnelles.

5.4 Les manques de reconnaissance

La reconnaissance est un fondement de l'identité et de la socialisation, et un repère pour l'intégration sociale de l'individu (Honneth, 2000). Les expériences de reconnaissance se vivent dans trois sphères de la vie: la première concerne les manifestations affectives et d'amour qui constituent le fondement du sentiment de sécurité, la deuxième touche la reconnaissance des libertés et de l'égalité par l'entremise du volet juridique du droit moderne et enfin, la troisième, la reconnaissance sociale, renvoie à la capacité de reconnaître la contribution des autres dans le contexte d'une société pluraliste. Selon Honneth (2000), une absence de reconnaissance est interprétée comme une forme d'injustice sociale.

J'ai utilisé pour cette recherche les formes d'expression du déni de reconnaissance fournies par l'analyse de Renault (2004). Cet auteur identifie trois catégories de déni de reconnaissance : la reconnaissance dépréciative, la méconnaissance (ou d'invisibilité) et la forme fragmentée (ou insatisfaisante).

La reconnaissance dépréciative renvoie à la perception de l'autre comme un être inférieur ou ne possédant pas les qualités requises pour être considéré comme un partenaire. La deuxième forme de déni de reconnaissance, la méconnaissance, se

déploie dans un contexte où l'individu doit endosser un rôle qui ne lui convient pas, ou encore n'endosse aucun rôle reconnu socialement (mort sociale ou invisibilité). Enfin, la reconnaissance fragmentée (ou insatisfaisante) concerne un individu qui oscille entre deux rôles sociaux, ou encore qui est incapable de donner un sens à sa vie. L'auteur soutient qu'elle est déchirante pour l'individu, qui se trouve pris dans des situations contradictoires.

5.4.1 Le sentiment de ne pas être reconnue

Les PAB rencontrées font l'objet de manifestations de non-reconnaissance. Lorsque les participantes ont souligné qu'elles se sentaient dépréciées par leurs collègues parce qu'elles ne possèdent pas le même niveau de scolarité, elles nommaient alors une forme de reconnaissance dépréciative, c'est-à-dire qu'elles sont perçues comme des partenaires inférieures, ou comme des interlocutrices non crédibles.

D'autre part, elles ont exprimé ressentir de la non-reconnaissance sous une forme d'invisibilité, et aussi sous la forme d'une visibilité négative. Dans son étude portant sur les aides-soignantes en France, Arborio (2012) soulève que ces travailleuses évoluent dans un milieu où elles sont invisibles. Je constate, comme cette auteure, que les PAB bénéficient de peu de reconnaissance. Cependant, elles peuvent rapidement devenir très visibles quand les choses se corsent et qu'apparaît, par exemple, une faille dans la qualité des soins ou un soupçon de maltraitance. Des recherches dans le domaine indiquent que les préposées sont même parfois soupçonnées à tort de mauvais traitements (Aubry 2012b, Molinier, 2009).

Dans de telles circonstances, les préposées sont très visibles : elles sont sur la place publique, au banc des accusés. Cette visibilité en raison « d'un travail mal fait » est

aussi aux antipodes de la reconnaissance « d'un travail bien fait » dont parle Dejours (2008). Ce défaut de reconnaissance contribue à créer un climat de travail malsain et, par conséquent, porte atteinte à l'estime de soi des PAB. Par ailleurs, ce déficit de reconnaissance présente un risque élevé pour la santé mentale des travailleuses (Brun *et al.*, 2003).

Outre les dépréciations vécues, les doléances des participantes portent davantage sur leur manque de temps pour accomplir leur travail correctement. Ces demandes formulées par les préposées concordent avec les résultats des études sur les métiers féminisés : les travailleuses souhaitent surtout obtenir plus de temps pour bien faire leur travail (Molinier et Flottes, 2012). Autrement dit, il s'agit d'un besoin de reconnaissance concernant le temps requis pour donner des soins de qualité à un patient.

En somme, les PAB ont exprimé qu'elles évoluent dans un milieu de travail difficile. Les données des entretiens des six préposées aux bénéficiaires témoignent du fait que ce secteur de travail est généralement ressenti comme toxique. Un des éléments centraux qui contribue à leur épuisement est le rythme de travail effréné. Ce qu'elles expriment, c'est qu'elles sont débordées, épuisées et qu'il n'y a personne de disponible pour entendre ce qu'elles vivent. Elles ne sont pas prises au sérieux lorsqu'elles parlent et ne sont pas considérées comme des interlocutrices valables dans leur milieu de travail. Elles ont verbalisé être l'objet d'un manque de reconnaissance et que malgré des tentatives pour améliorer la situation, elles n'ont pas été entendues.

En fait, les résultats de cette recherche démontrent que les PAB vivent au travail des injustices sociales qui les placent en situation à risque de développer des problèmes de santé mentale et physique. Elles vivent une souffrance organisationnelle puisqu'elle relève d'enjeux sociaux et qu'elle se vit au sein d'une organisation. Pour

se protéger, elles adoptent une série de stratégies de retrait. Par conséquent, la situation requiert une sérieuse réflexion ainsi que des actions concrètes pour que ces travailleuses puissent être traitées dignement.

5.5 Les perspectives d'intervention

Au regard des résultats de cette recherche, je soutiens que sans interventions judicieuses dans le milieu de travail des PAB, la situation va se cristalliser et la souffrance se déployer davantage, entraînant des répercussions néfastes, tant sur la santé physique et mentale des préposées que sur la qualité des services aux bénéficiaires. C'est toute la société québécoise qui en subira les conséquences quant à la qualité des soins aux patients, à l'augmentation des problèmes de santé mentale et physique des travailleurs et aux coûts humains et financiers qu'ils engendrent. Le défi de rendre la souffrance sociale visible est complexe, mais il s'agit d'une piste incontournable pour dénoncer ces injustices sociales et remédier à cette souffrance liée à l'organisation dont sont victimes les PAB.

Quant aux pratiques d'intervention en travail social, au regard de mon analyse, il apparaît plus pertinent de recourir à des interventions qui visent le développement du pouvoir d'agir plutôt qu'à des interventions basées sur des approches médicales ou centrées sur la responsabilité individuelle. Les interventions qui visent la gestion du stress ou l'amélioration des habitudes de vie pour résoudre des problèmes sociaux complexes comme celui de l'épuisement au travail des PAB risquent d'augmenter la souffrance, voire de la renforcer, et de maintenir cette non-reconnaissance dont elles sont la cible. En fait, il s'agit plutôt d'accompagner les travailleuses pour qu'elles se réapproprient une marge de manœuvre et, dans un deuxième temps, de politiser leur souffrance pour apporter un changement social.

À la lumière des constats de cette recherche, je propose ici quelques pistes d'intervention sociale qui pourraient permettre aux PAB de travailler dans un environnement plus sain pour leur santé physique et mentale.

5.5.1 Développer le pouvoir d'agir

Sur le plan de l'intervention individuelle, il s'avère plus pertinent, à mon avis, de développer une approche conscientisante visant le développement du pouvoir d'agir des personnes en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale au travail. Ces pratiques d'intervention visent la participation, la mobilisation des compétences et la conscience critique de la personne et tiennent compte des réalités contemporaines auxquelles les individus sont confrontés. En fait, il s'agit d'accompagner la personne pour qu'elle puisse assumer son bien-être (Ninacs, 2008).

Bien comprendre les formes de souffrance au travail permettrait d'envisager des pratiques dialogiques, vers une recherche de sens et de réappropriation du parcours de vie permettant le développement du pouvoir d'agir. Cette compréhension permettrait d'éviter les effets pervers d'une prise en charge par la médicalisation, la psychologisation ou encore l'intégration forcée de l'individu à son environnement.

5.5.2 Politiser la souffrance liée à l'organisation

À la suite de cette étude, il apparaît nécessaire de recourir également à des solutions de nature plus collective. Il est essentiel que la souffrance des PAB soit politisée. Cette souffrance se révèle par des indicateurs précis chez les préposées, soit un taux

d'absentéisme au travail élevé, la présence marquée de TMS et un problème de rétention du personnel. Il s'agit d'abord de faire reconnaître, par le collectif de travail, la nécessité d'agir devant cette souffrance sociale. Par la suite, il s'agit de porter sur la place publique la réalité des PAB et d'en faire une affaire commune, puisqu'elle relève d'une injustice sociale. (Périlleux et Cultiaux, 2009).

Plus spécifiquement, la mise en évidence des contradictions du milieu de travail en lien avec cette souffrance sociale permettrait de mieux saisir la réalité des PAB et d'agir au plan politique (De Gaulejac et Hannic, 2016). Aubry (2016) nomme les avantages de reconnaître publiquement la complexité du travail des préposées aux bénéficiaires et les stratégies collectives compensatoires mises en place pour faire face aux contradictions de l'environnement du travail. Selon le chercheur, cette sensibilisation permettrait aux gestionnaires administratifs et cliniques de réviser les tâches prescrites en fonction des compétences des préposées. En demandant plus de temps pour bien faire leur travail, les préposées identifient les impacts actuels de l'organisation du travail sur la qualité des soins aux patients. D'autre part, le collectif de travail demeure un axe d'intervention indispensable pour prévenir les problèmes de santé mentale au travail.

À mon avis, ce sont les acteurs syndicaux qui sont les mieux positionnés pour relever ce défi de politiser la souffrance au travail des PAB. Les instances syndicales détiennent le mandat de représenter les intérêts du collectif des préposées aux bénéficiaires.

CONCLUSION

Les transformations sociales et économiques des vingt-cinq dernières années ont eu des répercussions sur les milieux de travail. Notamment, la transformation du modèle de développement économique dans les années 1990 (du modèle fordiste à celui du libéral-productivisme) et l'impact grandissant de l'individualisme ont modifié la donne au sein des environnements de travail. Dès lors, ces milieux ont fonctionné sous un mode d'efficacité et de rentabilité et les collectifs de travail ont été dévitalisés. Depuis ce temps, les problèmes de santé mentale au travail sont en augmentation.

Dans le réseau public de la santé et des services sociaux du Québec, ce sont les PAB qui sont les plus touchées par ces tendances socioéconomiques; elles détiennent le plus haut taux de congé de maladie pour des raisons de santé mentale et de TMS, ce qui indique une surcharge de travail. Cette recherche qualitative s'est attardée aux expériences des PAB en lien avec leur épuisement au travail pour mieux comprendre leur réalité dans le contexte de la société contemporaine en vue de développer des connaissances à partir de leur savoir expérientiel. J'ai exploré la souffrance au travail en lien avec les facteurs agressants de l'environnement de travail qui portent atteinte à la santé mentale des préposées aux bénéficiaires. Plus précisément, j'ai tenté d'identifier les facteurs agressants générant cette souffrance au travail et d'en savoir plus, d'une part, sur les significations que les participantes accordent à leur souffrance au travail et d'autre part, sur les indices précurseurs de stratégies défensives pour y faire face.

Ce mémoire a exploré ce problème social en s'appuyant sur le cadre théorique de la sociologie clinique. Cette perspective était tout indiquée pour mieux comprendre les

sources de l'épuisement au travail, puisqu'elle tient compte à la fois des enjeux sociaux et individuels, ainsi que des points de vue des personnes directement concernées par le mal-être au travail.

D'autre part, puisque les travailleurs sociaux sont quotidiennement confrontés aux souffrances sociales et visent une plus grande justice sociale, une exploration des problèmes de santé mentale au travail en utilisant le concept de souffrance me paraissait indispensable. Les travailleurs sociaux occupent une position privilégiée pour reconnaître ces souffrances, accompagner les personnes touchées par le mal-être au travail et identifier des leviers d'action pour qu'elles puissent améliorer leurs conditions de vie.

L'apport de cette recherche en travail social est de donner des pistes pour mieux évaluer la complexité des déterminants sociaux de l'environnement du travail, notamment lors des évaluations du fonctionnement psychosocial des individus ou des besoins d'un groupe de personnes. De plus, des pistes d'intervention ont été dégagées, tant aux niveaux individuel que collectif, et ce, dans une perspective de développement du pouvoir d'agir et de changement social. En fait, la clinique du travail est une voie à développer pour les interventions en travail social.

Ainsi, à partir d'une démarche de terrain, j'ai interrogé six préposées aux bénéficiaires qui ont vécu (et vivent encore) une période d'épuisement au travail pour connaître les significations qu'elles donnent à leur période d'épuisement. C'est à travers l'exploration de leur expérience personnelle que j'ai pu entendre le vécu de la souffrance au travail des PAB et les stratégies de défense qu'elles emploient pour l'atténuer. J'ai voulu également entendre les points de vue des participantes sur les éléments irritants de leur environnement du travail qui contribuent à leur épuisement. À partir de leurs propos, j'ai été en mesure d'établir des liens avec la littérature scientifique et de mieux faire ressortir les enjeux spécifiques à leur situation.

À la lumière des résultats de cette recherche, il faut constater que la souffrance au travail des PAB relève de plusieurs facteurs. D'abord, l'organisation du travail les oblige à donner des soins aux patients à un rythme rapide due à la surcharge de travail. Par ailleurs, elles n'ont pas de soutien des gestionnaires et de l'équipe sur laquelle elles sont censées pouvoir compter pour bien faire leur travail. Deuxièmement, les participantes travaillent dans un environnement comportant des paradoxes, entre autres en ce qui concerne le travail prescrit et le travail de terrain, et l'approche des soins et celle de la gestion. Troisièmement, elles reçoivent des marques de reconnaissance sous une forme dépréciative. Ainsi, cette situation leur génère une souffrance à la fois psychique, physique, sociale et éthique.

Les PAB font donc face à une souffrance liée à l'organisation qu'elles subissent au plan personnel. Leur environnement de travail comporte plusieurs facteurs de risque pour leur santé physique et mentale. Cela explique en partie leur réalité, à savoir qu'elles détiennent le plus haut taux d'absence au travail, toutes catégories de personnel du réseau de la santé et des services sociaux confondues, pour des problèmes de santé mentale et pour des TMS, sans parler du problème alarmant de rétention du personnel qui affecte cette catégorie de travailleuses.

Malgré l'attention apportée au processus de recherche, cette démarche d'enquête comporte des limites. D'abord, étant donné que l'échantillon de la recherche est limité, ses résultats ne sont pas généralisables pour l'ensemble du Québec ni pour tous les types d'établissements embauchant des PAB. Ensuite, l'absence de retour des résultats auprès des participantes et des syndicats notamment, n'a pas permis de fournir une validation plus solide. Toutefois, malgré ces limites, les témoignages des participantes ont permis d'identifier des hypothèses pour mieux comprendre les raisons du taux élevé d'absence au travail pour des raisons de santé mentale et de TMS ainsi que le problème de rétention du personnel.

Par ailleurs, d'autres recherches pourraient être menées dans le domaine auprès d'un plus grand nombre de participantes et avec les contributions d'autres acteurs, comme les représentants syndicaux, les gestionnaires et les infirmières. Ces études contribueraient à mieux documenter et analyser les enjeux autour des problèmes de santé mentale au travail dans les services de santé et de services sociaux du Québec.

Enfin, en menant une recherche qualitative en santé mentale au travail, mon intérêt était d'analyser cette problématique sociale contemporaine en vue de mieux comprendre ses enjeux sociaux et individuels. Je suis partie de deux préoccupations de départ : d'abord comprendre la montée des problèmes de santé mentale au travail depuis les années 1990 dans l'ensemble des pays occidentaux sous l'idéologie néolibérale et ensuite, identifier des repères pour l'intervention sociale en ce domaine.

C'est en prenant connaissance de la situation des proposées aux bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec que j'ai choisi de m'engager sur ce terrain de recherche, en vue de documenter et de mieux comprendre leur souffrance au travail. De prime à bord, leur situation m'est apparue alarmante.

Pour conclure ce mémoire, je tiens à rappeler que les PAB sont les intervenantes qui passent le plus de temps auprès des patients et possèdent une connaissance fine des besoins des patients. Comme tous les travailleurs, elles ont droit à la considération et au respect pour leur contribution plus qu'importante dans le contexte actuel du Québec, où la population est vieillissante et où les besoins en services de santé augmentent. Un environnement de travail sain et sécuritaire, préservant leur santé mentale et physique, s'avère essentiel pour qu'elles puissent donner des soins de qualité aux patients.

ANNEXE A
GUIDE D'ENTRETIEN

1. Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez d'une journée de travail type?

Au besoin, reformuler : comment se passe une journée de travail? Qu'est-ce que vous faites habituellement dans une journée?

2. Maintenant, pouvez-vous me parler de votre période d'épuisement au travail?

Au besoin : Quels ont été les signes qui vous ont permis de voir que vous étiez épuisée?

Au besoin : Est-ce qu'il y a eu un élément déclencheur à cette période d'épuisement?

Au besoin : Pensez-vous que votre période d'épuisement a eu des répercussions sur votre santé physique et mentale? Pouvez-vous m'expliquer?

3. Comment avez-vous tenté de gérer la situation?

Au besoin : Quels moyens avez-vous mis en place pour diminuer votre état d'épuisement? Qu'est-ce que vous avez changé pour que ça se passe mieux?

4. Maintenant, j'aimerais aborder avec vous deux aspects de votre environnement de travail soit l'organisation du travail et les relations sociales :

- Pouvez-vous me parler de votre charge de travail?
- De façon générale, comment se passent les relations avec les autres préposées?

- Comment se passent les relations avec les autres collègues, les infirmiers, les médecins et les auxiliaires-infirmières?
- Comment se passent les relations avec les patients ou les résidents?
- Comment se passent les relations avec votre supérieur immédiat?

5. Avant de terminer, j'aimerais vous demander pourquoi vous avez choisi le métier de PAB ?

- Au besoin : Qu'est-ce que vous aimez de ce travail?
- Avez-vous autre chose à ajouter?
- Y a-t-il un sujet que je n'ai pas abordé et dont vous aimeriez parler?

ANNEXE B

CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES

Catégories (rubriques)	Catégories et sous-catégories	« Indicateurs » (thèmes potentiels)
Environnement de travail	<p>1. Organisation du travail</p> <p>1.1 Charge psychique 1.2 Charge cognitive 1.3 Quantité de travail</p> <p>2. Relations sociales</p> <p>2.1 Hiérarchie 2.2 Collègues 2.3 Clientèle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'être débordé; la complexité de la tâche; avoir trop de pression; - Recevoir trop d'information, difficulté à traiter l'information et à prendre une décision; - Avoir trop de dossiers et de tâches; demandes contradictoires ou déraisonnables; - Tensions relationnelles; conflits; charge émotionnelle ou violence.
Stratégies de défense	<p>3. Adaptation aux conditions de pénibilité</p> <p>4. Réactions de retrait</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surinvestissement, hyperactivité, hypertravail; - Désinvestissement, se détacher, isolement, prendre un congé de maladie. <p>Relié au sens agir sur la situation</p>

Formes Souffrance	<p>5. Souffrance psychique</p> <p>6. Souffrance sociale</p> <p>7. Souffrance physique</p> <p>8. Souffrance éthique</p> <p>9. Souffrance organisationnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estime de soi : Honte, découragement, inhibition; - Précarité sociale : Effritement des liens, sentiment de perdre sa place, perte de sens, non-reconnaissance; - La plainte subjective et les maux physiques dans le discours des participantes; - Le sentiment de ne pas bien faire son travail; faire des compromis avec sa propre conscience; - Une impossibilité d'agir; une difficulté à s'accomplir, une souffrance qui demande à être entendue;
Formes de reconnaissance	<p>10. Reconnaissance dépréciative</p> <p>11. Reconnaissance et méconnaissance (ou invisibilité)</p> <p>12. Reconnaissance fragmentée (ou insatisfaisante, ou déchirante)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percevoir l'autre comme un être inférieur ou ne possédant pas les qualités requises pour être considéré comme un partenaire; stigmatisation, l'individu est perçu comme nuisible ou condamnable; - Endosser un rôle qui ne nous convient pas; ou n'endosser aucun rôle reconnu socialement (mort sociale); - Osciller entre deux rôles sociaux; incapacité de donner un sens à sa vie, déchirante si l'individu se retrouve dans des situations contradictoires.

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Formulaire de consentement

Entente quant à la participation à une recherche sur la santé mentale au travail
*Enquête sur l'épreuve au travail chez les préposés aux bénéficiaires
Du réseau de la santé et des services sociaux*

Personne responsable du projet

Étudiante-chercheuse, responsable du projet : **Gina Tremblay**
Programme d'études : Maîtrise en travail social
Adresse courriel : tremblay.gina.2@courrier.uqam.ca
Téléphone : 819-698-9971 (cellulaire)

Direction de recherche

Direction de recherche : **Marie-Chantal Doucet**
Département : École de travail social de l'UQAM
Faculté : Faculté des sciences humaines
Courriel : Doucet.marie-chantal@uqam.ca
Téléphone : 514-987-3000 (poste 4508)

But général du projet

Ce projet de recherche vise à explorer les problèmes de santé mentale au travail à partir des expériences des travailleurs. Plus particulièrement, nous souhaitons comprendre ce qui dans l'environnement de travail porte atteinte à la santé mentale (dépression, anxiété, épuisement) des travailleurs. De plus, nous aimerions connaître les stratégies utilisées par les employés pour atténuer l'impact des facteurs agressants de leur environnement de travail.

Tâches qui vous seront demandées

Nous vous demandons de participer à une entrevue individuelle d'environ deux heures pour nous parler de votre expérience en lien avec votre période d'absence au travail pour des raisons de santé mentale. Nous vous poserons des questions pour explorer votre situation. Cette entrevue est enregistrée numériquement avec votre permission. La transcription sur support informatique ne permettra pas de vous identifier.

Moyens de diffusion

Les résultats seront diffusés sous la forme d'un mémoire de recherche. Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des problèmes de santé mentale au travail. Au cours de l'entretien, il y a un risque que vous ressentiez un inconfort, des émotions désagréables, liées à votre période difficile. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier.

Anonymat et confidentialité

Les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels. Votre nom ne figurera dans aucun rapport. Nous utiliserons un pseudonyme lors de la rédaction du rapport. Seule la directrice de recherche aura accès à l'enregistrement de votre entrevue et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la personne responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements des entretiens seront effacés dès que les verbatim seront retranscrits; et les formulaires de consentement seront détruits après la publication des résultats de recherche.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre participation implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement pour la rédaction d'un mémoire (incluant la

publication d'articles, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques).

Compensation financière

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Ce projet de recherche a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

Remerciements

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Signatures

Participante, participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informé(e) des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :
oui _____ non _____

Nom, en lettres moulées, et coordonnées :

Signature de la participante ou du participant

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ASSSMCQ) (2011). *Unis dans tous les sens. Plan stratégique 2010-2015 de Maurice et du Centre-du-Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Trois-Rivières : Gouvernement du Québec.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, 5th edition), Washington, DC : APA.
- Association des établissements privés conventionnés (2014). *Histoire des CHSLD. Modèle EPC*. Récupéré de <http://www.aepc.qc.ca/>
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail? Objet, considérations, épistémologies, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, vol. 29, no 1, 243-260.
- Allard, M. et Bouchard S. (2010). La recherche et l'éthique. Dans Bouchard, S. et Cyr C. (dirs.), *Recherche psychosociale, pour harmoniser recherche et pratique*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Aubert, N. (2004). Que sommes-nous devenus? *Sciences humaines*, no 154, 36-41.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*. Montréal : AQESSS. Récupéré de: <http://www.aqesss.qc.ca/>
- Arborio, A.-M. (2012). *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Collection Sociologiques.
- Aubry F. et Couturier Y. (2013). L'épuisement professionnel des aides-soignantes en gériatrie en France et au Québec : un effet de l'incohérence des objectifs organisationnels. Dans *Épuisement professionnel, Approches innovantes et pluridisciplinaires*, Zawieja, P. et Guarnieri, F. Philippe (dirs.), Paris : Armand Colin.
- Aubry, F. (2012a). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. *Temporalités*, no 16, 1-19.

- Aubry, F. (2012b). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques du Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, no 53, 11-32.
- Aubry, F. (2012c). Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes: Une comparaison France-Québec. *Revue française de sciences sociales, Formation-Emploi*, no 119, 47-63.
- Aubry, F. (2016). Les préposées aux bénéficiaires du Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche : comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, vol. 48, no 1, 169-189.
- Boivin, J. (2014). La souffrance des soignants. Rapport à la norme et à l'institution: enjeux psychiques et enjeux éthiques. Dans *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Aubry, F. et Couture, Y. (dirs.), Québec: PUQ, 145-157
- Bresson, M., Jetté, C., et Bellot, C. (dirs.) (2013). Les enjeux de la nouvelle gestion publique en travail social. Dans *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 1-9.
- Brun, J.-P. et al. (2003). *L'évaluation de la santé mentale au travail: une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Bureau international du Travail (2000). *Étude sur les politiques et programmes d'hygiène mentale*. Genève, Récupéré de:
http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008282/lang-fr/index.htm
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no1, 165-177.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y et Lhuillier, D. (2010). Introduction. Dans Clot et al., *Agir en clinique du travail*, Toulouse : ÉRES, Clinique du travail, 7-10.
- Commission de la santé et des services sociaux (2013). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Mandat d'initiative, Québec : CSSS. Récupéré de :
<http://www.lacsq.org/actualites/sante/nouvelle/news/conditions-de-vie-des-adultes-heberges-en-chsld-urgence-dagir-de-facon-coherente/le>

- Corbière, C. et Larivière, N. (dirs.) (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dagenais, L.-F. (2006). Les situations d'atteinte à la santé psychologique et les conditions de travail. Article de fond. *Regards sur le travail*, vol. 3, no 1, 2-13.
- Delgènes, J.-C. (dir.) (2014). *Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle. Étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles*. Paris : TECHNOLOGIA.
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale* (2e édition). Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail. *Actuel Marx*, no 39, 123-14.
- Dejours, C. (2007). Introduction au dossier. *Travailler*, vol. 2, no 18, 7-16.
- Dejours, C. (2008). *Travail, usure mentale* (4e édition). Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant : travail et émancipation*. Paris : Payot.
- Dejours, C. (2014). Entretien avec Christophe : Souffrance au travail et syndicalisme : la fin d'un rendez-vous manqué? Dans Ferrette, J. (dir.), *Souffrances hiérarchiques au travail : l'exemple du secteur public*, Paris : L'Harmattan. Logiques sociales, 217-228.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative, Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Doucet, M.-C. (2007). Solitude et sociétés contemporaines. Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, M.-C. (2011). Problématisation des dimensions psychiques et sociales dans l'intervention, une perspective socioclinique. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, no 1, 150-174.
- Doucet, M.-C. (2013). Perspectives théoriques en sciences humaines, Le pari d'un pluralisme pragmatique. Dans *Le travail social, Théories, méthodologies et pratiques*, Harper, É. et Dorvil, H. (dirs.), Québec : Presses de l'Université du Québec, 91-111.

- Dujarier, M.-A. (2009). Une analyse sociologique du discours sur la souffrance au travail. Dans *Destins politiques des souffrances sociales. Intervention sociale, justice, travail*, Cultiaux, J. et Périlleux, T. (dirs.), Toulouse : Érès, 119-132.
- El Akremi, A., Sassi, N. et Bouzidi, S. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles*, vol. 64, no 4, 662-684.
- Gaulejac, V. (de). (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Éditions du Seuil.
- Gaulejac, V. (de) (26 avril 2014). *Pour une sociologie clinique du travail. La nouvelle revue du travail*. En ligne. Récupéré de : <http://nrt.revues.org/1576>
- Gaulejac, V. (de), Hanique, F. et Roche, P. (2012). *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : Éditions Érès.
- Gaulejac, V. (de) et Mercier, A. (2012). *Manifeste pour sortir du mal-être au travail*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Gaulejac, V. (de) et Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou*. Paris : Éditions du Seuil.
- Gilbert, M.-C. (2012). *Essai de compréhension de la souffrance psychologique des enseignants: une lecture psychodynamique du travail*. Département des fondements pratiques en éducation. Québec : Université Laval.
- Gouvernement du Québec (2007). *Loi sur les services de santé et des services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de : <http://www2.publicationduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge>
- Grenier N. (2008). *Portrait de la main d'œuvre : Préposés aux bénéficiaires*. Rapport du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec : Gouvernement du Québec.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Les Éditions du Cerf.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. Paris : La Découverte, coll. de Poche.
- Lhuillier. D. (2006). *Cliniques du travail*. Toulouse : ÉRÈS.
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, vol. 2, no 8, 21-29.

- Kirouac L. (2007). *Les enjeux sociopolitiques de l'émergence du burnout : réflexion sur les effets des nouvelles formes de domination et de normativité en milieu de travail*. Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Kirouac, L. (2013). Entre souffrance, valorisation et réalisation de soi. Repenser le travail comme support expressif de l'individualité contemporaine. Dans *La souffrance à l'épreuve de la pensée*, Moreau, N. et Larose-Hébert, K. (dirs.), Québec : Presses de l'Université du Québec, 213-130.
- Lallement, M. (2007). Qualités du travail et critique de la reconnaissance. Dans *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, Alain Caillé (dir.), Paris : Édition La découverte/M.A.U.S.S, 71-88.
- Lecompte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 2, 7-24.
- Loriol, M. (2003). Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *L'Année sociologique*, vol. 53, no 2, 459-485.
- Malenfant, R., Larue, A., Mercier, L. et Vézina, M. (2002). Précarité d'emploi, rapport au travail et intégration sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 15, no 1, 111-130.
- Marché-Paillé, A. (2011). *Émotions et travail d'assistance en soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût, mais pas trop*. Thèse de doctorat en Sciences de l'orientation. Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval
- Manoukian, A. (2009). *La souffrance des soignants : les soignants face au burnout*. France : Lamarre.
- Maranda, M.-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, vol. 20, no 2, 219-242.
- Maranda, M-F., Viviers, S. et Deslauriers, J-S. (2014). *Prévenir les problèmes de santé mentale au travail, contribution d'une recherche-action en milieu scolaire*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Mayer, R., et Ouellet, F. (1991). *Méthode de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec : Gaétan Morin Éditeur.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux*. Rapport et recommandations d'un groupe de travail de la Direction générale du personnel réseau et ministérielle. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire et suivi des cibles prévues aux ententes de gestion*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *La formation des préposés de résidence pour personnes âgées. Une approche centrée sur la personne âgée vivant en résidence pour des services de qualité donnés par des préposés qualifiés et habilités à utiliser les meilleures pratiques*. Rapport du groupe de travail, Québec : Gouvernement du Québec.
- Molinier, P. (2009). Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. Dans *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances*, Jouan, M. et Laugier, S. (dirs), Paris: Presses Universitaires de France.
- Molinier, P. et Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et Emploi*, vol. 129, 51-66.
- Mongeau P. (2009). *Réaliser son mémoire ou sa thèse*. Côté Jeans & Côté Tenue de soirée, Québec : PUQ.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Paillé, P. et Mucchelli, A. (2012). *L'analyse qualitative en science humaines* (3^e édition). Paris : Armand Colin.
- Pelletier, A. (2010). Autour des préposés aux bénéficiaires d'être à bout de souffle. *La Presse* (Montréal), le 18 mars 2010.
- Plante, L. (2014). Il n'y a pas que les infirmières qui sont fatiguées. *Le Nouvelliste* (Trois-Rivières), le 5 juin 2014.

- Périlleux, T. et Cultiaux, J. (2009). Des saisies politiques de la souffrance. Dans *Destins politiques de la souffrance, intervention sociale, justice et travail*, Paris : Éditions Éres, 7-20.
- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3e édition), Paris : Dunod.
- Renault, E. (2004). Reconnaissance, institutions, injustice. *Revue du MAUSS*, vol. 1, no 23, 80-195.
- Renault, E. (2007). Reconnaissance et travail. *Travailler*, vol. 2, no 18, 119-135.
- Rolo, D. (2013). *Contraintes organisationnelles, distorsion de la communication et souffrance éthique : le cas des centres d'appels téléphoniques*. Thèse de doctorat en psychologie. Paris : École doctorale Abbé Grégoire.
- Rouillard, C., Fortier, I., Monpetit, E. et Gagnon, A. (2008). *De la réingénierie à la modernisation de l'État québécois*. Québec : Presse de l'Université Laval.
- Soulet, M.-H. (2008), La vulnérabilité, un problème social paradoxal. Dans *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Châtel, V. et Roy, S. (dirs.), Québec : Presses Universitaires du Québec, 65-87.
- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans *Le travail et ses malentendus*, Carpentier, M.-C. et Vézina, M. (dirs.), Québec : Presses de l'Université Laval, 29-43.
- Vézina, M. et Bourbonnais R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. Dans *Portrait social du Québec: données et analyses*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 279-287.
- Zoll, R. (1992). La thèse de la mutation socioculturelle. Dans *Nouvel individualisme et solidarité quotidienne*, Zoll, R. (dir.), Paris : Kimé, 19-44.