

ARUC

INNOVATIONS
TRAVAIL
EMPLOI

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES
AUXILIAIRES

CAROLINE MICHELIN

CAHIER DE TRANSFERT
CT-2007-006



UNIVERSITÉ
LAVAL

Alliance de recherche
universités-communautés
Innovations, travail et emploi

**LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES
INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES AUXILIAIRES**

CAROLINE MICHELIN

Sous la direction de MARIE BELLEMARE (ARUC)

Cahier de transfert
CT-2007-006

Août 2007

Cette étude a été réalisée sous forme d'« Intervention professionnelle en milieu de travail (IPMT) » dans l'axe 1 de l'ARUC sur « les innovations et conditions de réalisation du travail ». Elle a été réalisée dans un Centre hospitalier régional et subventionnée par l'ARUC.

Cahiers de l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC)
Collection Cahier de transfert – CT-2007-006
« **La détresse psychologique des infirmiers et infirmières auxiliaires** »
Caroline Michelin

ISBN 978-2-923619-13-2

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007

Présentation de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*

La mondialisation, le progrès soutenu et constant des nouvelles technologies et le développement de l'économie du savoir représentent autant de facteurs qui obligent les organisations, quelles qu'elles soient, à innover dans leurs pratiques de travail et de gestion. La réussite de ces innovations exige toutefois de pouvoir compter sur une main-d'œuvre en santé, qualifiée et flexible, bénéficiant d'une sécurité d'emploi et de revenu. Telle est la préoccupation centrale de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*.

Cette alliance de recherche, mise en œuvre par le Département des relations industrielles de l'Université Laval, réunit, pour une période de cinq ans (2005-2010), les principaux chercheurs et acteurs du monde du travail et de l'emploi au Québec. Elle s'appuie d'une part sur une équipe de recherche multidisciplinaire composée de plus de trente chercheurs provenant majoritairement du Département des relations industrielles de l'Université Laval, de même que de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université du Québec en Outaouais et de l'IRSST. Elle fait d'autre part appel à un vaste réseau de partenaires appartenant autant aux milieux patronaux, syndicaux et gouvernementaux qu'au monde communautaire.

Une approche novatrice en recherche misant sur le partenariat

Une alliance de recherche, telle que l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*, constitue une façon novatrice d'aborder l'activité de recherche en associant, à titre de partenaires, une multitude d'organisations (privées, publiques, associatives et communautaires) à la définition des orientations, à la réalisation des activités de recherche ainsi qu'aux activités de diffusion des résultats. En effet, la réalisation des recherches dans le cadre d'une ARUC repose sur la collaboration continue et l'apprentissage mutuel entre des chercheurs et des partenaires de la communauté dans une approche de résolution de problèmes dans les organisations et d'enrichissement des connaissances sur le travail et l'emploi.

Ainsi, en plus des modes traditionnels de diffusion des connaissances, l'ARUC assure la publication de ses travaux dans ses propres collections et recourt à un site Internet dynamique, de même qu'à une cellule de veille stratégique, en vue d'assurer le partage de connaissances et d'expertises entre ses divers membres.

Un vaste programme de recherche

L'ARUC-*Innovations, travail et emploi* propose un vaste programme de recherche, élaboré conjointement avec les partenaires, favorisant la production de connaissances sur les innovations en milieux de travail et leurs conditions associées, soit la formation, la gestion des savoirs et les protections sociales, elles-mêmes objet d'innovations. Les innovations sociales dont il est question, sont de nouvelles approches, pratiques, procédures, règles ou dispositifs introduits en vue d'améliorer les performances, de résoudre un problème important pour les acteurs sociaux et/ou de régler un problème de déficit de coordination.

Les travaux de l'ARUC s'articulent autour de quatre grands axes de recherche, répondant aux enjeux actuels du monde du travail et de l'emploi.

Axe 1 : Innovations et conditions de réalisation du travail

Les travaux de l'axe 1 s'intéressent aux situations de travail en accordant une place importante aux processus qui leur donnent naissance ou qui les transforment. L'intensification du travail, corollaire des évolutions contemporaines du travail, apparaît en filigrane des travaux de cet axe. Les recherches de l'axe 1 portent notamment sur les liens entre différents problèmes de santé au travail et les déterminants bio-psychosociaux dont plusieurs relèvent de l'organisation du travail. Les chercheurs étudient également, en étroite collaboration avec les praticiens de la prévention, les interventions permettant d'améliorer les conditions de réalisation du travail. La mise en place de conditions de réalisation du travail qui permettent d'atteindre à la fois des objectifs de santé et d'efficacité amène les chercheurs à s'intéresser aux maîtres d'œuvre qui définissent les situations de travail (ingénieurs, architectes et gestionnaires de services). La plupart des études se déroulent sur le terrain et mettent directement à contribution les acteurs des milieux de travail. Enfin, certaines recherches s'intéressent aux politiques publiques en matière de santé au travail en réalisant des études comparatives.

Axe 2 : Innovations dans l'organisation et les relations du travail

Les recherches de l'axe 2 portent sur les innovations relatives à l'organisation et aux relations de travail ainsi que sur les nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines. Elles se préoccupent également de l'impact de ces innovations sur les performances économiques et sociales. Elles sont regroupées en chantiers sectoriels : (1) le secteur public, (2) le secteur parapublic et (3) le secteur privé. Elles se déroulent enfin dans un chantier transversal traitant de (4) l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre, un problème éminemment important dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre.

Axe 3 : Gestion des savoirs et de la formation

Le champ d'études définit dans l'axe 3, soit la gestion des savoirs et de la formation, correspond à l'ensemble des mécanismes de régulation des savoirs et de la formation mis en place par les acteurs sociaux (individus, entreprises, État) et ayant trait aussi bien à la production et à l'acquisition des savoirs qu'à leur utilisation et à leur reconnaissance. Les chercheurs de ce troisième axe de recherche se donnent donc comme objectif d'analyser les innovations dans la gestion des savoirs et de la formation, en cherchant à mettre en lumière celles permettant de mieux résoudre les problèmes de qualification et de formation vécus actuellement par les salariés et les entreprises québécoises. Pour ce faire, les travaux s'articulent autour de deux chantiers distincts, à savoir : (1) la diversification des mains-d'œuvre et la gestion des savoirs ; et (2) les nouveaux acteurs et dispositifs de formation.

Axe 4 : Protections sociales

Dans le contexte actuel de la globalisation, un effritement général des protections sociales peut être constaté. Les chercheurs de l'axe 4 s'intéressent donc à cette réalité à laquelle sont contraintes les sociétés québécoise et canadienne, en s'attardant spécifiquement aux innovations sociales qui sont nécessaires afin de reconstruire un triangle « innovations dans la production – formation – protections sociales » davantage harmonieux. Les chantiers de recherche développés dans l'axe s'orientent donc autour de (1) la protection sociale et les travailleurs atypiques ; (2) les marchés transitionnels, la rémunération et les droits sociaux ; (3) l'équité salariale ; et enfin (4) le système de retraite, les politiques publiques et la relation d'emploi.

Paul-André Lapointe

Michel Bérubé

Co-directeurs de l'ARUC-*Innovations, travail et emploi*

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION D'ACCUEIL	5
1.1. STRUCTURE, MISSION ET DYNAMIQUE	5
1.2. ORIGINE DU PROBLÈME	5
1.3. MANDAT	7
CHAPITRE 2 : L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	11
2.1. CONSÉQUENCES DU STRESS	12
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE	17
3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION À L'ÉTUDE	17
3.2. L'OUTIL D'ÉVALUATION	17
3.3. LES VARIABLES MESURÉES.....	18
3.3.1. Variable dépendante	18
3.3.2. Variables indépendantes	19
CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS	23
4.1. LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (QUESTION 1 À 14).....	23
4.2. LA DEMANDE PSYCHOLOGIQUE, LA LATITUDE DÉCISIONNELLE ET LE SOUTIEN (QUESTIONS 15 À 43)	23
4.2.1. Demandes relatives aux tâches et aux rôles.....	23
4.2.2. Autonomie décisionnelle au travail	25
4.2.3. Relations avec le supérieur et avec les collègues	26
4.3. RECONNAISSANCE (QUESTION 44 À 52)	26
4.4. AUTRES FACTEURS ORGANISATIONNELS	27
4.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DU CHR	28
4.6. DISCUSSION	30
CHAPITRE 5 : LES RECOMMANDATIONS.....	33
5.1. LES 3 NIVEAUX DE PRÉVENTION.....	33
5.1.1. Prévention primaire.....	33
5.1.1.1. La demande psychologique	34
5.1.1.2. La latitude décisionnelle	35
5.1.1.3. Le soutien social	36
5.1.1.4. La reconnaissance	37
5.1.1.5. Les conditions et l'aménagement physique du milieu de travail.....	38
5.1.2. Prévention Secondaire	39
5.1.3. Prévention Tertiaire	40
5.2. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	42
5.3. ANALYSE CRITIQUE DES DIVERSES SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS ENVISAGÉES ..	43
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	49
ANNEXE : QUESTIONNAIRE.....	53

RÉSUMÉ

Un rapport sur la santé dans le monde publié en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé indique que plus de 20 % de la population mondiale vivra un jour ou l'autre un trouble mental ou du comportement. Selon le Conseil du patronat du Québec (1998) près de 500 000 canadiens s'absentent de leur travail chaque semaine pour des problèmes de santé psychologique au travail. La situation est d'autant plus préoccupante dans les Centres hospitaliers du Québec. En 1998, 20,09 % des Québécois disaient ressentir un niveau élevé de détresse psychologique, alors que dans les Centres hospitaliers ce pourcentage s'élevait à 53,57 %, selon le rapport du professeur Jean-Pierre Brun et al. (2003). Toujours selon ce rapport, ce n'est qu'une faible minorité qui suit un traitement adéquat.

Ceci dit, la présente intervention professionnelle en milieu de travail (IPMT) a pour objet la santé mentale des infirmiers et infirmières auxiliaires. Plus spécifiquement, au moyen de différents outils tels, les entrevues semi-dirigées et la distribution du « Questionnaire d'évaluation des facteurs psychosociaux du travail », la détresse psychologique et différents facteurs tels, la demande psychologique, la latitude décisionnelle, la reconnaissance, ainsi que les moyens pour y faire face tels, le soutien de la part des collègues et du supérieur, ont été décelés.

Une analyse approfondie de l'ensemble de ces résultats nous permet de constater que 46% répondants vivent de la détresse psychologique. De même, l'organisation du travail présente une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle, un manque de soutien de la part du supérieur et un soutien relativement favorable de la part des collègues. Cependant, il est important de mentionner que ce ne sont pas seulement des contrecoups d'ordre personnel, mais bien l'interaction d'un ensemble de facteurs personnels et environnementaux. En fait, toutes les problématiques mentionnées précédemment font partie d'un cercle vicieux (détresse psychologique, manque de reconnaissance, absentéisme, invalidité à court et long terme, etc.).

À ce sujet, l'approche idéale en matière de gestion du stress est la prévention primaire qui vise la réduction, le contrôle ou l'élimination proprement dit des sources de problèmes de santé psychologique au travail (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004). Cette étude recommande notamment d'augmenter le nombre d'employés par quart de travail, d'associer les nouveaux employés à des modèles positifs (mentors), de mettre à profit la *formation reçue* des employés, de confier plus de pouvoir aux employés, et d'offrir des perspectives de promotion satisfaisante. Par ailleurs, il est suggéré de souligner les bons coups et les efforts des employés, d'offrir de la formation (gestion du stress, conciliation travail-famille, résolution de conflits, etc.), de présenter des conférences sur les manifestations physiques et psychologiques du stress, et enfin d'améliorer le PAE ainsi que le programme de retour au travail.

Enfin, bien qu'il soit capital de combiner ces trois niveaux d'interventions, l'intervention à la source restera toujours la base de toute résolution de problème. Ceci dit, en banalisant et en n'agissant pas pour contrer ce phénomène, il est des plus dangereux, de l'accepter et de l'intégrer au travail. Ainsi, ce malaise et cette pression deviennent la norme.

**« Sans travail toute vie pourrit. Mais sous un travail sans âme, la vie
étouffe et meurt »
(Camus, cité dans Ouellet, 2003).**

INTRODUCTION

Depuis toujours, travailler n'est pas sans risque. En fait, les expériences de travail que connaîtra un individu au cours de sa vie auront d'importantes conséquences sur sa santé et par le fait même sur son espérance de vie. Ainsi, on reconnaît maintenant que la santé n'est plus uniquement fonction de facteurs individuels; elle est davantage analysée comme un élément inhérent aux rapports sociaux. À cet égard, de nombreuses études permettent d'affirmer que le milieu de travail est propice au développement de diverses pathologies, et ce, en raison des innombrables contraintes que le travail est susceptible d'exercer sur l'humain.

À ce sujet, par rapport à d'autres pays industrialisés, les problèmes de santé mentale au Canada sont des plus importants, mais surtout des plus négligés. Ce problème du stress au travail est donc très préoccupant. En effet, c'est plus de 500 000 canadiens qui s'absentent de leur travail chaque semaine pour des problèmes de santé psychologique au travail. Par ailleurs, selon un sondage effectué en 2000 auprès de 1506 canadiens, 62 % des répondants ont affirmé être très stressés au travail alors que 64 % se disent irritables ou anxieux (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations de l'Université Laval, 2004.) Cette difficulté affecte donc fortement une grande partie de la population et tout travailleur est susceptible de passer un jour par ce chemin chaotique.

L'organisation ne peut pas prendre un tel risque; les acteurs sont une ressource stratégique et ces derniers sont à la base même de l'organisation. Ils contribuent à l'innovation et au succès de l'entreprise. Une organisation en santé croit pertinemment que ces employés sont la force et la ressource la plus importante à leur actif. L'organisation doit tout mettre en place pour promouvoir leur santé et leur bien-être. Ceci étant, la promesse d'une organisation en santé va devenir réalité lorsque l'ensemble des membres de l'entreprise acceptera sa double responsabilité, celle de contribuer aux buts et aux objectifs organisationnels et celle de voir au bien-être des employés. L'inertie, payante peut-être à court terme, a un coût tant pour l'individu, l'organisation que pour l'ensemble de la société. La santé physique et psychologique est la responsabilité de tous. « Il est donc temps de rassembler toutes nos ressources et d'agir autrement ! » (Vinet, 2004).

Toutefois, il n'existe pas de recette toute faite d'avance. La présente intervention professionnelle en milieu de travail (IPMT), qui a pour objet la santé mentale des employés d'un Centre hospitalier régional¹, ne s'improvise pas. Cette dernière a nécessité de la préparation et du temps. À ce sujet, le premier chapitre du rapport comprend une description de l'organisation d'accueil et du mandat d'intervention. La seconde section relate l'état des connaissances sur la question. Par la suite, la méthodologie employée, les résultats qui ressortent du questionnaire administré et les recommandations qui s'ensuivent font l'objet respectivement du troisième, du quatrième et du cinquième chapitre. Enfin, le tout se termine par une analyse critique des diverses solutions et recommandations envisagées.

¹ Pour garder l'anonymat, le Centre hospitalier régional en question n'est pas nommément identifié.

**« L'organisation est une machine à maximiser les forces humaines »
(Drucker, Peter F., cité dans Ouellet, 2003).**

CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION D'ACCUEIL

1.1. STRUCTURE, MISSION ET DYNAMIQUE

Tel que mentionné précédemment, cette intervention professionnelle en milieu de travail (IPMT) se déroule dans un Centre hospitalier régional, un établissement public qui compte 2559 employés (97 % sont syndiqués), dont 841 infirmières, 164 infirmières auxiliaires, et 222 médecins actifs et associés incluant 160 spécialistes. Cet établissement de santé offre des services médicaux et chirurgicaux généraux et spécialisés de courte durée. Le CHR possède ainsi 473 lits de courte durée, dont 428 en santé physique et 45 en santé mentale. Plus spécifiquement, ce dernier possède une vocation régionale en cancérologie, en traumatologie (neurologie, neurochirurgie), en néphrologie et en infectiologie. Enfin, ce CHR possède une mission d'enseignement, ce qui favorise l'acquisition et le développement des compétences et des connaissances.

Ceci étant dit, afin de répondre aux exigences des années 2000, et suite aux recommandations formulées dans le cadre de la transformation du réseau de la santé, deux grands établissements hospitaliers de la ville se sont regroupés. Cette fusion, qui a débuté en 1997 et qui s'est terminée en 2004, est une première au Québec. Elle permet à sa région de bénéficier désormais de l'un des plus grands centres hospitaliers du Québec, et ce, en permettant :

La concentration des professionnels et des équipements de pointe, la création d'une masse critique pour assurer le maintien et le développement de l'expertise ; le développement de nouveaux services ; l'élargissement de l'offre de service à la population de la région, à proximité de chez elle et la rationalisation des ressources financières (CHR, 2006).

Ce CHR dessert donc l'ensemble de la population de sa région, et est, par le fait même, le plus gros employeur de la région.

1.2. ORIGINE DU PROBLÈME

À l'instar de ce Centre hospitalier régional, les centres de santé et de services sociaux au Québec ont subi ces dernières années de nombreux questionnements et changements.

En fait, les hommes, les organisations, tout comme la société tout entière change au rythme de leur environnement et cette transformation devient une nécessité, voire une obligation. Au cours de son histoire, le Québec fut marqué par de nombreux changements qui ont révolutionné les façons de faire. En fait, tout se bâtit, se débâtit et se rebâtit selon le contexte économique, social et politique en vigueur. En effet, il existe un lien très étroit entre ces éléments et l'équilibre qui doit être maintenu pour garder cohérent le système de production.

À ce sujet, le milieu des années '60 fût la période où le gouvernement québécois devint de plus en plus interventionniste ce qui a fait émerger les services publics. Jusque-là ces

derniers étaient assumés par les communautés religieuses et l'entraide naturelle. Quelques années plus tard, dû à des changements structurels importants, on remet sérieusement en doute l'implication de l'état. Les logiques d'action, à l'époque de la révolution tranquille, étaient essentiellement influencées par le rapport entre production et consommation de masse. Aujourd'hui ces logiques ne sont plus les mêmes et ne correspondent plus au contexte socio-économique. Toutefois, le mode de gestion demeure très taylorisé au détriment d'une vision plus globale. Ainsi, plusieurs voient le système de santé comme une énorme structure bureaucratique où les activités se retrouvent contrôlées, dirigées et coordonnées par un groupe de gestionnaires et d'administrateurs. De ceci découlent une forte spécialisation et une forte hiérarchie.

Selon Paincheter (1995), cité par Rivard (2000) : « L'hôpital figure parmi les organisations les plus complexes et ses administrateurs s'efforcent de lui appliquer des modalités de gestion et de rationalisation semblables à celles qui prévalent dans les grandes entreprises ». La surabondance des fonctions, du contrôle et la complexité de la gestion du travail amène empiétements, tensions et inefficacité au sein du système de santé.

Par ailleurs, en plus du mode de gestion, la gratuité des services offerts est largement critiquée. L'état a de moins en moins les moyens d'offrir autant de services « qualifiés d'onéreux et de peu productifs » (Rivard, 2000 : 1). Les coûts de la santé qui représentent 31,3 % du budget annuel du gouvernement québécois, deviennent de plus en plus importants en raison d'une multitude de facteurs dont le vieillissement de la population. Ce vieillissement engendre non seulement une augmentation de la proportion de gens malades, donc de coûts pour l'état, mais également une diminution de la population active c'est-à-dire de gens supportant et contribuant au maintien du système en place. L'état se doit donc de rationaliser ces services, c'est-à-dire rechercher la rentabilité maximale au moindre coût (Gouvernement du Québec, 2005 : 27).

En réponse aux pressions du gouvernement et pour équilibrer son budget, le CHR étudié n'a plus le choix de procéder de manière stratégique afin d'obtenir des résultats durables.

Les états financiers 2003-2004 révèlent que ce CHR a terminé l'exercice avec un dépassement de 1,4 M\$ en surplus du déficit de 4,5 M\$ autorisé par l'Agence régionale. C'est donc un montant total de 5,9 M\$ qui s'ajoute au déficit accumulé de l'établissement qui atteint actuellement 10M \$ (CHR, 2004 : 19).

Dans le même ordre d'idées, il est intéressant de mentionner que la main-d'œuvre représente 70 % des coûts du secteur de la santé (Carpentier-Roy, 1995 :14). Il va sans dire que cette dernière constitue une cible importante. Ce virage qui amène l'expérience de nouvelles formes d'organisations du travail a et aura des conséquences directes sur la santé physique et psychologique des travailleurs. En effet, les coupures budgétaires liées à la réforme sont en grande partie responsables de l'accroissement majeur du nombre de postes à temps partiel de même que de l'augmentation de la charge physique et mentale de travail. Sommairement, de telles conditions affectent le climat de travail et engendrent des coûts faramineux en assurance-salaire, mais surtout des pertes majeures de main-d'œuvre qualifiée et expérimentée dans un milieu de rareté des ressources.

Ainsi, cette IPMT s'imprégnait dans une dynamique déjà bien ancrée. Les relations sont relativement tendues entre le syndicat et la direction. L'atmosphère est lourde et on sent rapidement que les nombreux changements qu'a vécu ces dernières années ce CHR (fusion, restructurations organisationnelles, acquisitions de matériels technologiques, etc.), ont sans aucun doute affecté les employés. Ces changements apportent avec eux beaucoup d'insécurité et sont directement reliés au manque de motivation, à l'insatisfaction au travail et aux problèmes de santé psychologique (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003).

1.3. MANDAT

Cette intervention fait suite aux demandes du comité de santé et de sécurité du travail (CSS) qui décèle certains problèmes d'ordre organisationnel. Ce comité a pour but d'identifier les risques, d'établir des priorités, d'identifier et d'implanter des solutions et enfin de faire le suivi, le contrôle et l'évaluation, le tout, en tenant compte des intérêts des travailleurs, de la direction et du budget disponible. Ce comité qui regroupe des travailleurs de différents secteurs et des cadres se rencontre approximativement 8 fois par année. De même, ce dernier fonctionne très bien et se déroule dans le respect et dans l'écoute mutuelle.

Ceci dit, le CSS a constaté que le taux d'absentéisme ainsi que les coûts reliés à l'assurance salaire est particulièrement élevés ces dernières années. De même, le climat de travail n'est pas toujours harmonieux.

Dans ce sens, la direction et le comité de santé et sécurité au travail de l'organisation désirent fortement diminuer les coûts directs et indirects reliés aux problèmes de santé mentale et surtout améliorer les conditions et l'environnement de travail. La santé psychologique des individus est donc recherchée par une démarche participative paritaire.

L'objectif général du projet est la participation à l'élaboration et à l'implantation d'un programme de santé psychologique au travail en établissant différentes pistes d'interventions réalisables. Ainsi en étant membre du comité SST, l'auteure de la présente étude a effectué un diagnostic de la situation et élaboré un plan d'action afin d'éliminer, si possible, à la source, les problèmes de santé mentale.

Afin d'obtenir une vision d'ensemble de la situation et une meilleure idée des difficultés qui règnent au sein de l'organisation, la stagiaire s'est entretenue avec différents membres des ressources humaines telle une conseillère en assurance salaire. De plus, elle a consulté la liste des employés qui ont été absents durant la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005 pour des raisons de santé mentale. Elle a pu ainsi faire ressortir les causes, la durée d'absence, les coûts reliés ainsi que les types d'emploi les plus problématiques.

Les infirmiers et infirmières auxiliaires du CHR ont ressorti de cette analyse comme étant un groupe particulièrement problématique. À cet égard, il est important de mentionner qu'au début de l'intervention, le conseiller en prévention et animateur du CSS désirait que

ce projet de santé touche l'ensemble des employés du CHR. Puisqu'il était très difficile, voire impossible de s'attaquer de front à l'ensemble des professions, la présente intervention porte, pour l'instant, sur les infirmiers et infirmières auxiliaires.

Des entrevues semi-dirigées auprès du personnel (cadres et infirmières auxiliaires) et l'analyse des dossiers des employés, ont permis de constater que généralement, ces derniers ne font partie d'aucune équipe (équipe volante). De plus, plusieurs d'entre eux n'ont pas de chef et travaillent constamment dans un nouveau service. Certains d'entre eux sont affiliés à plus de 18 sous-services différents. Par ailleurs, à première vue, on remarque un manque de soutien des collègues et du supérieur et un manque d'esprit d'équipe. De même, leurs rôles et leurs tâches sont mal définis et leur poste est souvent dénigré.

À ceci s'ajoute le fait qu'il y a quelques années, en raison des coupures dans le réseau de la santé, le gouvernement a voulu abolir cette profession. Toutefois, due notamment à la pénurie d'infirmiers, cette rationalisation n'a pas été possible. Par la suite, il n'est pas rare qu'on entende dire encore aujourd'hui qu'ils se sentent inutiles ou « bouche-trou ». À ce sujet, certains infirmiers auxiliaires prétendent que l'on les considère non pas comme des professionnels de la santé, mais plutôt comme des individus qui ont « la vocation ». Ils sont perçus par les médecins comme des servants et non comme des collaborateurs. Le témoignage d'une d'entre eux est éloquent : « Notre image sociale nous fait mal. Dans la population, une infirmière auxiliaire, ça apporte des bassines, ça donne des piqûres, ça fait des pansements, puis ça écoute les médecins » (Carpentier-Roy, 1995 : 54). Les patients et leur famille sont pour plusieurs d'entre eux leur seule source de gratification.

Enfin, les dossiers de ce groupe démontrent de nombreuses absences de longue durée au cours de la dernière année et les coûts reliés sont particulièrement durs à supporter pour l'organisation.

**« Travailler, c'est...se produire soi-même, se transformer soi-même, se révéler à soi-même et, dans le meilleur des cas, grandir en soi »
(Dejours, 2000).**

CHAPITRE 2 : L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Tel que mentionné précédemment, les agents de stress auxquels sont soumis les salariés sont donc de plus en plus nombreux et variés. Certains sont liés au monde du travail, d'autres sont plutôt dus à la vie personnelle. Les deux sont difficilement dissociables, car on apporte au travail le stress vécu à la maison, ce qui dégrade le milieu de travail et l'inverse est aussi vrai.

Plus spécifiquement, tous les événements sont susceptibles de nous faire vivre du stress. Toutefois, les facteurs de stress n'ont pas le même effet sur tous les gens. Les caractéristiques individuelles (**facteurs de risques individuels**) telles les traits de personnalité, les valeurs, les attitudes, les besoins, les antécédents, les compétences, etc., peuvent faire en sorte que deux personnes soumises à un même facteur de stress le percevront différemment et réagiront autrement. À titre d'exemple, le stress est plus destructeur chez les individus très émotifs, qui ont une faible estime d'eux-mêmes et une personnalité de type A (hostile, compétitif, impatient, perfectionniste, auto-critique, besoin constant de se dépasser, pressé par le temps) (Schermerhorn, Hunt et Osborn, 2002 : 512). Le fait de percevoir l'événement comme un défi à relever, amène une réaction plus positive et sera source de motivation et d'énergie pour passer à l'action. Enfin, ceux qui perçoivent toujours la vie comme menaçante peuvent finir par perdre l'espoir de ne jamais pouvoir la contrôler et glisser vers la dépression en renonçant à toute tentative de contrôle (Durand et Barlow, 2002 : 388). De même, si l'individu juge qu'il n'a pas les ressources nécessaires pour faire face à l'événement en question, des réactions négatives d'ordre physique, psychologique ou comportemental peuvent surgir (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 1, 2003 : 7).

En fait, si l'homme n'accordait qu'une valeur instrumentale au travail, tout serait bien différent. Pour plusieurs, le travail est le pivot même de la réussite, où on y investit toute sa personne. En fait, le travail a toujours eu une position centrale dans la vie. Cette fonction sociale a d'ailleurs pris de plus en plus d'importance dans notre société industrielle où les deux tiers de la vie de l'homme sont consacrés à la préparation et à la participation au marché du travail (Carpentier-Roy, 1995:12). Ainsi, ce dernier ne répond pas juste à un besoin financier, mais également à l'estime, à la réalisation de soi, à l'identité personnelle, à la valorisation, à la fierté et à l'intégration sociale. L'absence de travail est parfois même synonyme de maladie.

D'un autre côté, de nombreuses études démontrent également le lien entre les facteurs liés à l'organisation et les problèmes de santé psychologique (**facteurs de risques organisationnels**). Les critères d'efficacité, de performance et d'efficience sont de plus en plus élevés de nos jours avec les nouvelles réalités du marché de l'emploi, créant ainsi une tension de plus sur l'individu. Selon la chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations (2004), le stress professionnel peut être causé notamment par :

- 1 La surcharge de travail (les attentes sont trop élevées et l'individu est submergé par la quantité de travail)
- 2 L'insuffisance de rôle (les attentes sont trop faibles et l'individu se sent sous-utilisé)

- 3 L'ambiguïté de rôle (l'individu a des incertitudes sur ce qu'on attend de lui)
- 4 Le conflit de rôle (l'individu se trouve face à des attentes incompatibles ou contradictoires)
- 5 Le dilemme éthique (la personne doit choisir de poser ou non un acte qui présente des avantages potentiels tout en étant contraire à l'éthique)
- 6 Les problèmes de relations interpersonnelles
- 7 Le rythme de progression professionnelle (trop vite ou trop lent)
- 8 Les conditions physiquement éprouvantes (bruits, manque d'intimité, pollution, etc.)
- 9 La reconnaissance
- 10 L'autonomie décisionnelle
12. La circulation de l'information (la communication doit être ouverte et transparente)

2.1. CONSÉQUENCES DU STRESS

Tous ces facteurs augmentent les tensions, la détresse au travail et, par le fait même, la crise identitaire. La frustration et l'agressivité qui en découlent, augmentent la souffrance. Habituellement, cette souffrance est assez bien contrôlée, ce qui empêche le passage à la pathologie. En effet, certains parviennent à maintenir un équilibre par leurs activités hors travail et les ressources qui les entourent. Toutefois, même si l'individu réussit à éviter de basculer dans la maladie mentale, ceci n'enlève pas pour autant sa souffrance intérieure. Par ailleurs, cette période de compensation ne dure généralement qu'un temps. La montée de la cadence, l'accélération des temps, les exigences de performance accrues, conduisent à l'apparition de décompensations. Le personnel « craque » alors sous forme de crises de larmes ou de crises de nerfs (Dejours, 2000 : 156).

En fait, lorsque l'exposition à ces facteurs de risque outrepassent les limites de l'individu, ce dernier peut vivre des conséquences sur sa santé se présentant sous forme de maladies physiques ou psychologiques (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations : 2004).

Les conséquences du stress sur l'individu sont énormes soit :

Les symptômes physiques (problèmes cardio-vasculaires, tensions musculaires, problèmes de peau, migraines, problèmes de sommeil, etc.), les symptômes psychologiques (humeur dépressive, anxiété, perte d'intérêts, isolement, frustration, difficulté de concentration, irritabilité, etc.) et enfin les symptômes comportementaux (abus d'alcool, absentéisme, diminution de la productivité, troubles alimentaires, agressivité, etc.) (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 1, 2003 : 7).

Si un tel stress perdure dans le temps, l'individu peut tomber dans des désordres psychologiques beaucoup plus sévères soit des troubles de l'humeur, des troubles d'anxiété ou des troubles d'adaptation. À cet égard, l'épuisement professionnel n'est pas un trouble mental. Toutefois, la personne qui le vit ressent un fort sentiment de découragement et de fatigue. Dans bien des cas, son estime d'elle-même diminue, elle se sent incompétente et agressive. En fait, il semblerait qu'il n'y ait à peu près rien dans l'organisme dont le

fonctionnement ne soit pas affecté par le stress.

Du côté de l'organisation, les problèmes de santé psychologique constituent l'un des enjeux auxquels sont confrontées les entreprises. Le principal symptôme du mauvais stress est le changement du comportement habituel. Par exemple, l'assiduité se transforme en absentéisme, la ponctualité en retard fréquent, le travail soigné en travail négligé, l'attitude positive en attitude négative, l'ouverture au changement en résistance, l'esprit d'équipe en hostilité, etc. (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004).

À cet égard, selon, le conseil de santé et sécurité au travail de l'Université Laval, en 1999, l'absentéisme a grimpé de 35 % dans les entreprises québécoises.

Au CHR, « l'année 2003-2004 aura été marquée par une augmentation sensible du nombre d'heures additionnelles d'absence par dossier. Ceci s'explique par le fait que les personnes absentes étaient détentrices d'un poste à temps complet. De plus, il a été constaté des périodes d'attente plus longues pour les interventions chirurgicales » (CHR, 2004 : 18).

Ainsi, cet accroissement des absences occasionnelles et de plus longue durée engendre également une diminution du moral des troupes et de la qualité du travail effectué. Sans oublier les coûts additionnels que doivent déboursier l'organisation pour assigner du personnel temporaire et pour le temps supplémentaire. En fait, le taux de croissance des réclamations n'est pas seulement inhérent au réseau de la santé et des services sociaux, ceci touche l'ensemble des employeurs du Québec (Gouvernement du Québec, 2005 : 7). Globalement, selon d'autres études effectuées, les coûts économiques du stress (absentéisme, baisse de productivité, taux de roulement élevé, accidents, frais médicaux, etc.) s'élèveraient à 20 milliards de dollars au Canada (Schermerhorn, Hunt et Osborn, 2002 : 514).

Un rapport sur la santé dans le monde publié en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé a indiqué que plus de 20 % de la population mondiale vivra un jour ou l'autre un trouble mental ou du comportement. (Gouvernement du Québec, 2005). À cet égard, selon le rapport du professeur Jean-Pierre Brun, directeur de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval, en 1998, 20,09 % des Québécois disaient ressentir un niveau élevé de détresse psychologique alors que dans les centres hospitaliers ce pourcentage s'élève à 53,57 % (Gouvernement du Québec, 2005 : 38). Toujours selon ce rapport, ce n'est qu'une faible minorité qui suit un traitement adéquat.

En banalisant et en n'agissant pas pour contrer ce phénomène, il est des plus dangereux, de l'accepter et de l'intégrer au travail. Ainsi, ce malaise et cette pression deviennent la norme.

**« Le travailleur est être de pensée et de parole, enraciné dans l'espace et dans le temps, être de désir et de pulsion qui se construit dans son rapport avec l'autre, être symbolique pour qui la réalité doit avoir un sens, être aux prises avec la souffrance et le plaisir que procure l'existence, l'être humain ne peut en effet se réduire à n'être qu'un objet, une ressource ou une variable à maîtriser »
(Chanlat, 1990).**

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE

3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION À L'ÉTUDE

La population concernée par cette étude est composée d'employés syndiqués du CHR. Ces participant(e)s ont été recrutés sur une base volontaire parmi les 164 infirmiers et infirmières auxiliaires du milieu. 83 sujets ont retourné le questionnaire dûment rempli, soit plus de 50% des sujets concernés par cette étude.

Ceci dit, l'échantillon recueilli reflète bien la population étudiée. À l'instar de la population totale, 90 % des sujets qui ont répondu sont des femmes. Ceci représente donc 75 femmes et 8 hommes. Par ailleurs, l'âge moyen des infirmiers auxiliaires se chiffre à 44,7 ans avec en moyenne 16,9 ans d'ancienneté (18, 4 dans l'échantillon) et ces derniers travaillent en moyenne 28 heures par semaine (30,4 pour l'échantillon). Ces données sont donc représentatives de la population à l'étude. De même, à l'instar de la population générale (7,8%) (Statistique Canada, 2006), seulement 7,3 % de l'échantillon ont déjà consulté un psychologue au cours de la dernière année.

3.2. L'OUTIL D'ÉVALUATION

La mesure utilisée pour évaluer la détresse psychologique est une version légèrement modifiée du « Questionnaire d'évaluation des facteurs psychosociaux du travail » élaboré et utilisé antérieurement par monsieur Michel Vézina, *Ph.D* et son équipe pour une étude similaire dans un CHSLD de la région de Québec. La validité et la fidélité de cet outil d'évaluation ont donc été vérifiées à ce moment. Par ailleurs, ce dernier a été approuvé par madame Marie Bellemare, *Ph.D* du département de relations industrielles de l'Université Laval et par le responsable du stage au CHR.

Ceci dit, cet outil auto-administré permet ainsi de mesurer la détresse psychologique et différents facteurs tels, la demande psychologique, la latitude décisionnelle, la reconnaissance, ainsi que les moyens pour y faire face tels, le soutien de la part des collègues et du supérieur. La version originale de ce questionnaire comprend 52 items où les répondants doivent indiquer à quelle fréquence les énoncés sont survenus. Les réponses sont présentées sur une échelle à quatre niveaux allant de jamais à très souvent. De même, une place est laissée après chaque section pour l'ajout de commentaires.

Il est important de mentionner que ce questionnaire a été légèrement modifié afin de l'adapter à la réalité du CHR. Ce dernier garde comme base l'approche biopsychosociale. En fait, les problèmes de santé psychologique peuvent être multi-causaux c'est-à-dire qu'ils peuvent être dus à un ensemble d'événements issus de la vie privée de l'individu, de l'organisation où il travaille ou plutôt de la société. Ainsi, de nombreux facteurs coexistent et viennent complexifier la détermination du diagnostic de problèmes de santé mentale (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004).

Cet outil mesure donc la présence de détresse psychologique et l'intensité des symptômes

au cours de la semaine précédent l'administration du test et, ce, tant au travail qu'à l'extérieur du travail.

La construction des indices est également basée sur l'évaluation préalable fait par monsieur Michel Vézina, PhD (Voir Annexe 1 suite au Questionnaire). Le seuil établi à ce moment constitue donc la mesure pour évaluer si le sujet vit de la détresse psychologique et pour l'ensemble des variables indépendantes énumérées dans la prochaine sous-section.

Enfin, ce questionnaire a été envoyé par la poste au domicile de chacun des employés au cours de la semaine du 6 février 2006. Une enveloppe pré-affranchie était fournie pour le retour de ce dernier. La saisie de données et l'analyse des résultats ont été effectuées de façon strictement confidentielle.

3.3. LES VARIABLES MESURÉES

3.3.1. Variable dépendante

Tel que mentionné, la variable dépendante à l'étude est la **détresse psychologique**. Ceci étant dit, cet outil n'a pas été construit pour identifier des cas de maladies mentales. Ce questionnaire mesure plutôt l'état de détresse psychologique : « un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui mesure la fréquence des symptômes d'anxiété, de dépression, d'agressivité et de troubles cognitifs mesurés au cours de la semaine précédente. Cet indicateur n'est donc pas une mesure d'épuisement professionnel ou de dépression. Il permet d'identifier les personnes plus à risque de présenter un problème de santé mentale » (Vézina, 2005).

À ce sujet, le Comité de Santé Mentale du Québec (CSMQ) définit le concept de **santé mentale** comme :

L'état d'équilibre d'une personne à un moment donné et s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Ces éléments sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne (Vézina, 2005).

Cet état d'équilibre cognitif, émotionnel et comportemental, permet à la personne de produire, d'entretenir des relations professionnelles, de participer aux activités de son milieu de travail et d'en tirer satisfaction. Ainsi, un environnement sain permet l'harmonisation entre ce que je dois faire, ce que je crois devoir faire, ce que je fais, ce que je suis capable de faire, ce que je peux faire, ce que je veux faire et ce qu'on me reconnaît.

3.3.2. Variables indépendantes

Les variables liées à l'organisation du travail (variables indépendantes) qui sont à l'étude dans ce présent rapport sont la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social et la reconnaissance au travail. En fait, un ensemble de facteurs reliés à l'organisation du travail peuvent être associés à des problèmes d'épuisement et de santé mentale (Bourbonnais, Vézina, Brisson, Moisan, 1995).

Plus spécifiquement, la **demande psychologique** fait référence à la charge de travail, la quantité et la complexité du travail, de même qu'aux contraintes de temps. En 2003, une étude a dévoilé que 34 % des travailleurs canadiens ont associé le plus souvent au déclencheur du stress au travail le trop grand nombre d'exigences ou le trop grand nombre d'heures de travail (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004). En fait, « l'employé vit une surcharge quantitative de travail lorsqu'il a une trop grande quantité de travail à accomplir en un temps trop restreint » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003).

Puis, selon Bourbonnais et al., (1995) la **latitude décisionnelle** s'actualise à travers deux formes d'autonomie soit l'autonomie de compétence et l'autonomie décisionnelle. La première renvoie aux possibilités d'utiliser ses compétences, d'en développer de nouvelles et d'accomplir des tâches variées. Pour sa part, l'autonomie décisionnelle est optimisée lorsqu'il est possible de prendre ou d'influencer des décisions dans la manière de réaliser son travail (Rivard, 2000 : 233). Ainsi, « le pouvoir d'un groupe de salariés, selon qu'il est limité ou étendu, offre un potentiel identitaire plus ou moins fort » (Rivard, 2000 : 68).

Selon Karasek (1979), ce n'est pas simplement la demande qui a un impact sur la santé mentale des employés, mais plutôt la combinaison d'une demande psychologique élevée avec une faible latitude décisionnelle.

De même, toujours selon Karasek, le **soutien social** au travail influence le développement des problèmes de santé mentale au travail. Ce troisième facteur regroupe « l'ensemble des interactions sociales utilitaires qui sont disponibles au travail tant de la part des collègues que des supérieurs » (Vézina, 2005). Plus spécifiquement, il existe deux sortes de soutien soit le soutien socio émotionnel et le soutien instrumental. Le premier est « le degré d'intégration sociale, émotionnelle et de confiance entre les collègues et les superviseurs » (Vézina, 2005). Le deuxième est plutôt « l'importance de l'aide et de l'assistance donnée par les autres dans l'accomplissement des tâches. » (Vézina, 2005).

Finalement, la **reconnaissance** au travail peut se traduire par la possibilité d'être reconnu et valorisé en ayant notamment un traitement juste et équitable, mais aussi un salaire adéquat et des possibilités de progression dans l'organisation (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003 : 6). La reconnaissance au travail a un lien avec la motivation, la satisfaction au travail, le niveau de détresse psychologique et les risques de maladies cardiovasculaires (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003 :6).

**« L'identité est le moyen central ou l'armature de la santé mentale...or
l'individu ne tient jamais son identité exclusivement de lui-même; celle-ci
passe par le regard d'autrui »
(Dejours, 2000).**

CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS

Le chapitre qui suit fait mention de ce qui ressort de l'analyse statistique. Par ailleurs, les différents témoignages, qui vont suivre, proviennent d'une part des entrevues semi-dirigées réalisées tout au cours du mandat et, d'autre part, des commentaires ajoutés par les infirmiers et infirmières auxiliaires dans le questionnaire.

4.1. LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (QUESTION 1 À 14)

La première série de questions (**Section A**) a porté sur la **détresse psychologique**. Cette dernière a dénoté la présence d'une détresse psychologique chez les infirmiers et infirmières auxiliaires du CHR. Ainsi, 46,34 % des répondants vivent de la détresse psychologique. En comparaison avec le 20 % recensé dans la population générale, ce pourcentage semble donc anormalement élevé (Gouvernement du Québec, 2005 : 38).

Plus spécifiquement, au cours de la semaine ayant précédé la passation du questionnaire, 78 % des sujets disent s'être sentis *de temps en temps* à *très souvent* désespérés en pensant à leur avenir. De même, 90,2 % des sujets se sont sentis *de temps en temps* à *très souvent* tendus ou sous pression et 73,2 % des salariés se sont sentis agités ou nerveux intérieurement au cours de cette même période. Puis 81,7 % des répondants se sont sentis facilement contrariés ou irrités, et ce, *de temps en temps*, *assez souvent* ou *très souvent* depuis les sept derniers jours. Enfin, au cours de ce même laps de temps, des individus affirment avoir eu des blancs de mémoire (65,9%), avoir pleuré facilement (54,9%) ou s'être sentis négatifs envers les autres (64,6%), et ce, *de temps en temps* à *très souvent*. Ceci dit, si l'on considère le court laps de temps considéré pour l'étude, soit une semaine, la fréquence de ces symptômes est problématique.

4.2. LA DEMANDE PSYCHOLOGIQUE, LA LATITUDE DÉCISIONNELLE ET LE SOUTIEN (QUESTIONS 15 À 43)

En deuxième lieu, **la partie B** a cherché à mettre en lumière, **la demande psychologique, la latitude décisionnelle** ainsi que **le soutien obtenu de la part des collègues et du supérieur**.

4.2.1. Demandes relatives aux tâches et aux rôles

À ce sujet, la passation du questionnaire auprès des infirmiers et infirmières auxiliaires a permis de faire ressortir que 81,7 % des sujets perçoivent leur travail comme exigeant une grande *demande psychologique*. Ainsi, sur une échelle de 4 allant de *fortement en désaccord* à *fortement d'accord*, les salariés ont dû indiquer comment ils percevaient des affirmations telles : « Mon travail exige de travailler fort mentalement » (86,6 % sont en *accord* ou *fortement en accord*), « On me demande une quantité excessive de travail », (86,6 % sont en *accord* ou *fortement en accord*) « J'ai suffisamment de temps pour faire

mon travail » (65 %, sont en *désaccord* ou *fortement en désaccord*), « Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres » (50 % sont en *accord* ou *fortement en accord*), ou encore « Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard » (90,2 % sont en *accord* ou *fortement en accord*).

Ainsi, d'après les commentaires ajoutés par les employés dans le questionnaire, ces derniers n'ont pas, dans bien des cas, le sentiment de faire convenablement leur travail. Ils s'éparpillent et se plaignent d'éteindre simplement des feux. À cet égard, plusieurs arrivent, de 30 à 40 minutes plus tôt au travail ou ne prennent pas de pauses pour finir à temps. Voici donc certains témoignages recueillis à ce sujet dans le présent questionnaire :

« La surcharge de travail permet de ne faire que le «strict» minimum quand on pourrait faire beaucoup plus. Il faut arrêter de prendre les gens pour des machines. Nous travaillons avec des êtres humains malades ».

« On a juste le temps de laver le patient plutôt que de le supporter et de l'écouter ».

Malgré cela, une très forte proportion des infirmiers et infirmières auxiliaires aiment leur travail. Ceux-ci aiment mettre en pratique toutes les techniques de soins apprises. Ainsi, ils se sentent utiles. En fait, «ce qui fait mal, ce n'est pas tant ce qu'on fait que ce qu'on ne peut pas faire» (Ouellet, 2003).

Par ailleurs, en plus, de la quantité de travail exigée, les salariés travaillent également plus fort mentalement, dû notamment aux nombreuses interruptions (documents à remplir, demandes des collègues, demandes des patients et de la famille qui veulent être rassurés, etc.).

« Le contact avec le bénéficiaire est de moins en moins possible avec les ordinateurs et la paperasse à remplir qui n'en finit plus. Avant on pouvait prendre le temps de les écouter maintenant on doit sans cesse les arrêter (en parlant des patients) sinon nous retardons tous les autres ».

Il existe donc un *conflit de rôle* qui est « l'incompatibilité des exigences que l'on demande à l'employé » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004). En retardant les activités, ces suspensions peuvent apporter de la frustration. D'ailleurs, il a été démontré que de tels arrêts ont un impact négatif sur la qualité de vie au travail. L'employé doit fournir d'avantage d'efforts pour compenser et éviter de détériorer sa performance (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004).

Puis, une autre source de pression est reliée à *l'ambiguïté de rôle*. On associe cette dernière « au manque de clarté des objectifs, des mandats et des responsabilités associés aux rôles de l'employé » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004). En fait, les infirmiers et infirmières auxiliaires sont aux prises et coincées entre les gestionnaires centrés sur la productivité et la gestion de la maladie et entre ce qui fait du

sens pour eux, le malade et ces besoins de tout ordre. Les infirmiers auxiliaires entrent donc difficilement dans le cadre attendu de rentabilité.

« Les conflits et l'ambiguïté de rôle diminuent la performance et la satisfaction au travail et font augmenter l'absentéisme » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2003, fascicule 2-p.10). Par ailleurs, le manque de personnel contribue également à l'ambiguïté de rôle. Certains infirmiers auxiliaires exécutent le travail des préposés aux bénéficiaires pour pallier au manque de personnel. Ce travail est fait au détriment de leur propre travail.

Voici donc un témoignage qui va dans ce sens :

J'aime apporter l'aide (soin) nécessaire afin de permettre le rétablissement, l'autonomie de mes patients afin d'accéder à leur convalescence le plus tôt possible. Toutefois, le contact humain c'est simple, ça n'existe plus dans les hôpitaux. Je n'ai pas le temps d'écouter et d'aider le patient. Je dois juste soigner le pourquoi il est venu à l'hôpital sans pouvoir comprendre le comment il y est arrivé et l'aider à trouver les solutions. Le côté psychologique chez le patient fait partie d'une bonne portion de la guérison. Ce n'est pas la quantité mais la qualité qui est important.

En résultante, plusieurs basculent dans la détresse psychologique et quittent alors leur emploi. Cette situation a pour effet d'accroître la quantité de tâches et de responsabilités des employés qui demeurent en poste.

4.2.2 Autonomie décisionnelle au travail

Par la suite, le questionnaire a porté sur l'autonomie décisionnelle. Tel que mentionné précédemment, cette dernière renvoie à la possibilité pour le salarié d'exercer un certain contrôle sur le travail à réaliser, mais surtout elle renvoie à la possibilité d'être créatif, d'utiliser et de développer ses habilités (Vézina, 2005 : 3).

Ainsi avec des énoncés tels : « J'ai la liberté de décider comment faire mon travail » ou « J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail » ou encore « Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles », il est possible de constater qu'à l'exception d'un répondant, la totalité des sujets possède une faible latitude décisionnelle.

Ainsi, on demande très rarement aux infirmiers et infirmières auxiliaires d'exprimer leur point de vue sur des décisions qui les concernent directement. À ce sujet, *le degré de participation aux décisions* est en fait un des éléments les plus cruciaux dans la santé mentale (Vézina, 2005). Les infirmiers auxiliaires disent qu'ils sont méprisés, culpabilisés, infantilisés et que le personnel cadre ne les consulte jamais pour des changements qui concernent les soins. On leur attribue, dans bien des cas, plus de responsabilités, mais le

pouvoir décisionnel et l'autonomie ne suivent pas.

4.2.3 Relations avec le supérieur et avec les collègues

Des questions touchant le soutien apporté par les collègues et les supérieurs ont révélé que 59,8 % des infirmiers et infirmières auxiliaires du CHR reçoivent très peu ou pas de soutien de la part de leur supérieur immédiat tandis que 70,7 % des répondants perçoivent recevoir un bon soutien de la part de leurs collègues de travail. Ainsi, le problème relève davantage du supérieur qui ne prête pas toujours attention à l'employé, ne facilite pas toujours la réalisation de son travail et ne réussit pas toujours à faire travailler les gens ensemble.

À ce sujet, plusieurs infirmiers et infirmières auxiliaires déplorent la situation actuelle :

Il faut changer la mentalité des gens qui travaillent dans le milieu hospitalier (colère, impatience, irritabilité) car la surcharge de travail est trop forte et l'atmosphère de plus en plus négative. On est abandonné à notre sort, aucun support de nos supérieurs. Ils sont très carriéristes. On retrouve un modèle de gestion autoritaire et très hiérarchisé. Les individus se sentent souvent comme des numéros.

Les collègues de travail sont, en contrepartie, la plupart du temps, intéressés par l'autre, sont amicaux et s'encouragent mutuellement. Ceci dit, la relation avec les collègues de travail joue un grand rôle dans l'équilibre de l'individu et dans son bien-être au travail. C'est d'ailleurs un des éléments qui revient le plus souvent lorsqu'on demande aux employés ce qu'ils aiment le plus dans leur travail. Ainsi, les interactions, l'esprit d'équipe, l'entraide et le sentiment d'appartenance sont essentiels. Les équipes moins solidaires, où c'est chacun pour soi, augmentent l'insatisfaction au travail. Les propos d'une infirmière auxiliaire viennent d'ailleurs le confirmer :

Les personnes avec qui je travaille y sont sûrement pour quelque chose (en parlant de sa joie de rentrer travailler), pour y être encore après 35 ans de travail dur. De plus, la collaboration avec les autres corps de métiers est profitable pour chacun, et ce, tant sur le plan de la qualité du travail accompli et sur la reconnaissance que sur le climat de travail entretenu.

4.3. RECONNAISSANCE (QUESTION 44 À 52)

Par la suite, la partie C a touché à la **reconnaissance au travail**.

Selon Dejours (1995), cité dans (Vézina, 2005) :

Aucune situation de travail n'est neutre : ...ou bien la dynamique de la reconnaissance peut fonctionner convenablement et alors le travail joue en faveur de l'accomplissement de soi, de la construction de l'identité et de la

conquête de la santé ; ou bien la dynamique de la reconnaissance est entravée, et alors le travail ne peut acquérir de sens subjectif. Il ne permet pas de subvertir la souffrance qu'il occasionne, il joue alors contre l'accomplissement de soi, contre l'identité et il devient essentiellement pathogène. Ou bien il est opérateur de santé, ou bien il est pathogène.

En fait, les employés travaillent fort et souhaitent se réaliser au boulot, et pour ces efforts ils s'attendent à être récompensés, valorisés, estimés et soutenus par leurs collègues et leurs supérieurs et ceci soit par de l'estime, du soutien, un salaire adéquat, une sécurité d'emploi et/ou des possibilités d'avancement de carrière.

À ce sujet, l'analyse statistique du présent questionnaire dévoile un problème inquiétant à ce niveau. Voici donc ce que les infirmiers auxiliaires ont répondu aux affirmations suivantes : « Mes perspectives de promotions sont faibles » (87,8 % sont d'*accord*), « Vu tous mes efforts, je reçois tout le respect et toute l'estime que je mérite à mon travail » (54,9% sont en *désaccord*), « Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotions sont satisfaisantes » (64,6% sont en *désaccord*), « Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant » (81,7 % sont en *désaccord*).

« L'appréciation de la famille souvent manifestée c'est très valorisant par rapport à celle que je reçois de mes supérieurs. La satisfaction personnelle et la reconnaissance reçue de la famille et du patient sont fort appréciées. C'est une relation humaine hors du commun » a commenté une infirmière auxiliaire.

Ceci vient contrebalancer, en partie, le manque de reconnaissance reçue par les supérieurs.

4.4. AUTRES FACTEURS ORGANISATIONNELS

Enfin, sans avoir fait directement l'objet du présent questionnaire, différentes caractéristiques de l'organisation du travail telles, l'environnement, les conditions physiques et les horaires de travail ressortent de l'analyse comme étant des facteurs des plus problématiques.

Plus précisément, la précarisation des emplois touche les infirmiers et les infirmières auxiliaires. Cette méthode, dont le but premier est de créer une main-d'œuvre mobile, disponible et dont on peut se départir selon les fluctuations du marché, a pour effet de fragiliser les travailleurs. De plus, l'analyse documentaire fait préalablement a révélé que certains infirmiers et infirmières auxiliaires travaillent sur plus de 18 sous-services différents dans le Centre hospitalier. Ainsi, généralement, ces derniers ne font partie d'aucune équipe (équipe volante). Ils n'ont donc pas de chef d'équipe et travaillent constamment dans un nouveau service.

Différents témoignages évoquent d'ailleurs cette problématique:

« Je travaillais jusqu'à l'an passé sur l'équipe volante avec quelques jours sur appel. C'est mortel pour le stress ».

« Si on a un enfant, c'est un très gros problème, nous devons les *pitcher* n'importe où si nous avons un appel de dernière minute de l'hôpital pour rentrer travailler. Ça, ce n'est pas une vie ».

« Pour moi en tant qu'équipe volante, je peux être placé un matin à dix départements différents donc c'est beaucoup de stress, car je le sais dix minutes avant de commencer ».

« Il faut éviter d'engager si on ne peut faire travailler tout notre monde. Au moment de l'embauche, il faut offrir une garantie de travail. C'est rassurant de savoir qu'on va travailler ne serait-ce que 1/semaine ».

Enfin, dans un autre ordre d'idées, plusieurs infirmiers et infirmières auxiliaires se sont plaints du manque d'espace, de structure ainsi que du manque de matériels mis à leur disposition pour faire leur travail :

« Nous devons courir à tous les jours le matériel nécessaire pour travailler et en plus nous manquons déjà de temps pour faire notre travail régulier. Nous manquons souvent de médicaments prescrits, car la pharmacie ne les a pas servis dans les délais prescrits. Nous devons souvent rappeler et insister pour avoir les médicaments, car nous avons des heures à respecter et nous avons des comptes à rendre si nous n'avons pas donné les médicaments aux heures prescrites, mais les médicaments nous n'en avons pas dans nos poches ! » a ajouté une infirmière auxiliaire.

En fait, les conditions de travail sont difficiles et les postes de travail sont mal aménagés.

4.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DU CHR

4.5.1. La détresse psychologique

- 46,34 % des répondants vivent de la détresse psychologique.
- au cours de la semaine ayant précédé la passation du questionnaire :
 - 78 % des sujets disent s'être sentis *de temps en temps* à *très souvent* désespérés en pensant à leur avenir.
 - 90,2 % des sujets se sont sentis *de temps en temps* à *très souvent* tendus ou sous pression

-73,2 % des salariés se sont sentis agités ou nerveux intérieurement

-81,7 % des répondants se sont sentis facilement contrariés ou irrités, et ce, *de temps en temps, assez souvent ou très souvent.*

-65,9 % affirment avoir eu des blancs de mémoire, 54,9 % avoir pleuré facilement ou 64,6 % s'être sentis négatifs envers les autres, et ce, *de temps en temps à très souvent.*

4.5.2. La demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien

- 81,7 % des sujets perçoivent leur travail comme exigeant une grande *demande psychologique.*
- % des répondants qui sont en accord ou fortement en accord avec les affirmations suivantes :

« Mon travail exige de travailler fort mentalement » (86,6 %)

« On me demande une quantité excessive de travail » (86,6 %)

« J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail » (65 %)

« Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres » (50 %)

« Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard » (90,2 %).

- 59,8 % des infirmiers et infirmières auxiliaires du CHR affirment recevoir très peu ou pas de soutien de la part de leur supérieur immédiat
- 70,7 % des répondants perçoivent recevoir un bon soutien de la part de leurs collègues de travail.

4.5.3. Reconnaissance

- Les infirmières et infirmiers auxiliaires ont répondu ceci aux affirmations suivantes :

-« Mes perspectives de promotions sont faibles » (87,8 % sont d'accord),

- « Vu tous mes efforts, je reçois tout le respect et toute l'estime que je mérite à mon travail » (54,9 % sont en désaccord),

-« Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotions sont satisfaisantes » (64,6 % sont en désaccord),

-« Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant » (81,7 % sont en désaccord).

4.6. DISCUSSION

Une analyse approfondie de l'ensemble de ces résultats nous permet donc de constater que l'organisation du travail présente une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle, un manque de soutien de la part du supérieur et un soutien relativement favorable de la part des collègues. Quelques plaintes reliées à l'organisation du travail ressortent d'ailleurs d'une enquête auprès de ce groupe : déqualification et dévalorisation de la profession, éclatement des techniques de santé, organisation des quarts de travail, répartition entre temps plein et temps partiel, fragmentation du travail, etc. (Carpentier-Roy, 1995 : 16).

Ceci dit, l'organisation présente est rigide et il est difficile de faire coïncider les demandes de l'environnement avec ses capacités et ses désirs. À ce sujet, les gestionnaires et le système bureaucratique essaient malheureusement trop souvent de contrôler les incertitudes et de réduire la complexité, qui s'insère nécessairement dans toute production de service, et ce, en établissant des standards. Les infirmiers et infirmières auxiliaires, si on s'en tient à ce groupe de travail, se retrouvent pris entre les directives des gestionnaires et les besoins des patients. Ce dernier point est au centre des conflits psychiques que vit ce groupe de salariés.

Cependant, il est important de mentionner que ce n'est pas juste des contrecoups d'ordre personnels, comme l'aiment bien le sous-entendre certains gestionnaires, mais bien l'interaction d'un ensemble de facteurs personnels et environnementaux. Les conflits, la souffrance et le plaisir qui émergent des situations de travail sont en effet non seulement dus à l'interaction des sujets entre eux, mais également au sujet lui-même entre les contraintes qu'il rencontre au boulot et dans sa vie privée. Ceci dit, on ne peut découper l'homme en deux. Le temps passé au travail et hors travail forme un tout. On apporte au boulot les problèmes de la maison et le contraire est tout aussi valable, ce qui accentue les risques d'affaiblissement. Les mauvaises conditions de travail ont des incidences sur le sujet lui-même, mais également sur les relations avec ses proches, sa famille, ses amis et sur les enfants. Le fonctionnement du psychique n'est malheureusement pas divisible d'où l'importance du support des proches pour maintenir les défenses en état de fonctionner pour le retour au travail.

Enfin, toutes les problématiques mentionnées précédemment font partie d'un cercle vicieux (détresse psychologique, manque de reconnaissance, absentéisme, invalidité à court et long terme, etc.).

**« Penser globalement, agir localement »
(René Dubos, cité dans Ouellet, 2003).**

CHAPITRE 5 : LES RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui vont suivre ont été formulées à partir des résultats obtenus lors de l'analyse statistique. Ainsi, avant d'élaborer des pistes de solutions il faut d'abord cibler le véritable problème. En fait, ce dernier réside non seulement dans la charge physique de travail, mais également dans la charge psychique. Au-delà des conditions souvent très difficiles de travail (efforts physiques et répétitifs, bruits, poussières, vapeurs toxiques, contraintes thermiques, risques de brûlures, etc.), ce sont avant tout l'absence de reconnaissance et de soutien qui mènent, bien trop souvent, à la souffrance et à un déséquilibre psychologique (Carpentier-Roy, 1995 : 171). Le témoignage d'une infirmière confirme simplement ces propos :

« Oui, c'est vrai qu'on travaille plus fort qu'avant et les plus âgés d'entre nous le savent, car le type de patients hospitalisés est plus lourd et les traitements plus compliqués, mais ce n'est rien à côté de ce qu'on endure à force d'être considérés comme des riens» (Carpentier-Roy, 1995 : 145).

Cette image d'infériorité que leur renvoie le milieu de travail entraîne des conséquences néfastes non seulement dans l'hôpital comme tel, mais aussi hors du travail : « agressivité, repli sur soi, retrait des rapports affectifs conjugaux et familiaux, ruptures et éclatements de toutes sortes » (Carpentier-Roy, 1995 : 171).

5.1. LES 3 NIVEAUX DE PRÉVENTION

Pour lutter contre le mauvais stress, la première et la plus avantageuse des stratégies est la prévention, ce qui revient à dire, l'adoption de mesures pour empêcher que le stress atteigne des degrés inquiétants (Schermerhorn, Hunt, Osborn, 2002 : 514). Il existe donc à ce sujet trois niveaux de prévention : primaire, secondaire, tertiaire.

5.1.1. Prévention primaire

L'approche idéale en matière de gestion du stress est la prévention primaire qui vise la réduction, le contrôle ou l'élimination proprement dit des sources de problèmes de santé psychologique au travail (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004). Ce type d'intervention touche directement l'environnement ou la situation de travail et, par le fait même, l'organisation et les pratiques de gestion du travail. En fait, cette approche permet d'adapter la situation à la personne tout en produisant des effets durables.

En fait, selon Maslash (2001) :

« Il est surprenant de constater que la majorité des interventions mises en œuvre par les entreprises s'adressent à l'individu, alors qu'il est reconnu que les principaux facteurs à l'origine du burnout sont en lien avec l'organisation du travail » (Vézina, 2005).

Dans les lignes qui suivent plusieurs interventions relevant de cette approche de même que leurs effets positifs sur l'individu et sur l'organisation seront mentionnés.

5.1.1.1. La demande psychologique

Dans un premier temps, l'analyse statistique révèle un problème au niveau de *la quantité et de la répartition du travail*.

À ce sujet, la presque totalité des répondants suggère d'augmenter le nombre d'employés par quart de travail afin d'éviter la surcharge :

« Il faut arrêter de toujours nous en demander plus. Il faut nous considérer comme des êtres humains et non comme des *super-woman*. On pourrait diminuer le nombre de patients par infirmier auxiliaire, c'est-à-dire pas plus que 5 patients » déclare une répondante.

Par ailleurs, il est de plus important d'« associer les nouveaux employés à des modèles positifs (mentors) qui pourront les informer sur les attentes de l'organisation et leur donner des conseils quant à la manière de s'ajuster aux demandes ». Dans le même sens, il est essentiel de mettre à profit la *formation reçue* des employés, et ce, en reconnaissant leurs capacités et leur expertise dans le domaine. L'utilisation appropriée de ces connaissances diminuerait la surcharge de travail, et ce, par une meilleure répartition des tâches. Chaque professionnel doit jouer son rôle et, idéalement, ne pas empiéter dans les tâches de l'autre. À ce niveau, infirmiers et préposés aux bénéficiaires peuvent faire un excellent travail d'équipe. Les infirmiers et infirmières auxiliaires auraient ainsi plus de temps pour faire les soins spécifiques qui leur sont assignés et pour lesquels ils sont formés. De même, ils auraient plus de temps pour écouter les gens et leur donner tous les soins auxquels ils ont droit.

Par ailleurs, le *care* (prendre soin) vise à préserver la dignité et l'intégrité de la personne en état de vulnérabilité causée par la maladie. Cette vision holistique de la personne soignée, qui nécessite d'accorder une place de choix aux dimensions relationnelles et éducatives de l'emploi d'infirmier et infirmière auxiliaire est essentielle et doit être maintenue. Dans l'ensemble, une telle approche est reconnue pour être porteuse de qualification et de reconnaissance professionnelle.

En outre, les conditions organisationnelles doivent inévitablement être favorables à l'affirmation de l'identité de même qu'à une forte implication. De plus, toutes les composantes qualifiantes soit les dimensions reliées aux rôles relationnels, communicationnels et de coordination et non simplement les soins de bases, doivent être mises de l'avant. Si ces conditions ne sont pas mises en place, il risque d'y avoir des transformations majeures des sources identitaires et le tout pourrait dégénérer en détresse importante.

5.1.1.2. La latitude décisionnelle

En deuxième lieu, la latitude décisionnelle accordée aux infirmiers et infirmières auxiliaires doit également être remise en question.

À ce sujet, le CHR est une organisation rigide et différentes études démontrent que les employés des organisations où la structure est décentralisée sont beaucoup plus satisfaits et offrent des meilleures performances au travail ». (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003, p.12). La structure de l'organisation peut donc influencer l'apparition de problèmes de santé psychologique (Carpentier-Roy, 1995 : 24).

Le modèle du stress au travail de Karasek repose d'ailleurs sur cette composante : une situation de travail qui se caractérise par une combinaison de demandes psychologiques élevées et d'une autonomie décisionnelle faible, augmente le risque de développer un problème de santé physique ou mentale. Le travail réflexif de l'infirmier et de l'infirmière auxiliaire n'est en effet pas taylorisable. Peu d'éléments peuvent être prédéterminés dans ce type de rapport de production. De nombreuses études ont de plus démontré qu'une faible autonomie décisionnelle et de fortes exigences sont associées à un risque accru « de maladies coronariennes, d'augmentation de la tension artérielle et de la détresse psychologique » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004). Cependant, un contenu significatif important peut contrebalancer, en partie du moins, les effets négatifs des contraintes importantes d'activité et d'anxiété. Cela signifie en fait que même si la charge physique est augmentée ce n'est pas le fond de l'insatisfaction.

Dans ce sens, cette intervention vise notamment à confier plus de pouvoir aux employés, et ce, en leur permettant de prendre part aux décisions les concernant. Pour ce faire, différentes activités peuvent être intégrées au quotidien. À titre d'exemple, le CHR pourrait mettre en place un système pour *recueillir les suggestions du personnel*, et ce, de façon confidentielle. Pour l'instant, ils n'ont que très peu d'influence sur l'organisation du travail; on demande très peu leur avis. Les infirmiers et infirmières auxiliaires ne sont donc pas reconnus à leur juste valeur. À ce sujet, qu'en est-il des autres professionnels de l'organisation ? Sont-ils reconnus au sein du centre hospitalier et socialement ?

Pourtant, ce sont eux les mieux placés pour savoir ce qui est bien pour eux. Ils doivent être écoutés et entendus. Cette autonomie qui en découle devient, lorsque le milieu le permet, un moyen d'affirmer son appartenance professionnelle tout en améliorant la qualité des services offerts. Cela dit, l'autonomie est non seulement un fondement de l'identité professionnelle, mais une condition de l'efficacité. Ceci ne pourrait être que bénéfique pour la santé psychologique de chacun et pour l'amélioration du climat de travail en général.

De même, des *réunions d'équipe* devraient avoir lieu sur une base régulière. Ainsi, les employés prendraient le temps d'échanger sur différentes problématiques et de préciser les attentes et les rôles de chacun. Le gestionnaire pourrait également profiter de cette occasion pour souligner les bons coups de l'employé. Ce temps n'est pas perdu, il est précieux. Le

sentiment d'appartenance, le degré de participation aux décisions et, par le fait même, les relations avec le supérieur s'amélioreraient.

Dans un même ordre d'idées, une évaluation annuelle de la contribution de l'employé est essentielle. Mes nombreuses discussions auprès des cadres et du syndicat m'indiquent que ceci n'est malheureusement pas fait pour l'instant. Cette mesure permettrait ainsi de clarifier les pouvoirs, de connaître les buts, les responsabilités et les aspirations de chacun.

En fait, en permettant de parler des difficultés que chacun a à faire face et de la possibilité de les régler, ces différentes stratégies permettraient d'un côté de diminuer le mauvais stress et les maladies cardiovasculaires et de l'autre d'augmenter la satisfaction, l'engagement, la motivation, la productivité et l'apprentissage des salariés (Pépin, 2000 : 278).

5.1.1.3. Le soutien social

En troisième lieu, les recommandations touchent le soutien social. Cela consiste à « apporter aux employés différentes formes de soutien (soutien de protection, soutien d'information, soutien d'évaluation, soutien émotionnel) afin de les aider à atteindre leurs objectifs » (Pépin, 2000).

En fait, le soutien offert aux employés du CHR fait défaut à différents niveaux. Pourtant, tant les relations avec les pairs, les collègues, le personnel d'encadrement qu'avec la clientèle déterminent la satisfaction, le bien-être psychologique et le sentiment d'appartenance. À ce sujet, le supérieur doit notamment *favoriser une « gestion participative, être disponible, offrir de la reconnaissance, de la rétroaction et du soutien »* à son personnel. « La qualité de la relation avec le supérieur immédiat est un facteur déterminant de la performance de l'employé. » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003). Le supérieur doit donner confiance au travail, doit donner la possibilité aux employés de lui demander conseil et d'être écouté. La communication est en fait à la base de toute bonne relation (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 3, 2003).

Par ailleurs, le supérieur a la capacité de faire travailler les gens ensemble, donne crédit aux employés pour le travail effectué et évalue si la charge demandée ne dépasse pas les limites du raisonnable (Vézina, 2005).

« Des relations professionnelles harmonieuses ont un impact positif sur la satisfaction et la motivation au travail » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003). Ainsi, les pairs peuvent s'écouter, s'appuyer, se reconforter et s'entraider. Ils vivent la même réalité et peuvent se comprendre.

Enfin, le supérieur tout comme les différents membres de l'organisation doivent apporter, de plus, de la reconnaissance à l'employé. Les relations avec les patients et leur famille viennent de plus gratifier les infirmiers et infirmières auxiliaires par leurs commentaires positifs et leurs remerciements. Pour certains infirmiers auxiliaires et pour certaines infirmières auxiliaires, c'est ce qui compte le plus. Cet élément, essentiel à la santé

psychologique, fait ainsi l'objet du prochain point.

5.1.1.4. La reconnaissance

En quatrième lieu, on dénote un besoin de reconnaissance qui doit provenir aussi bien de l'intérieur de l'hôpital que de l'extérieur. « La reconnaissance aurait un lien avec la motivation et la satisfaction au travail, le niveau de détresse psychologique et les risques de maladies cardiovasculaires » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003).

En fait, la reconnaissance peut et doit se traduire par un salaire satisfaisant, du respect au travail traitement juste et soutien social et enfin de la sécurité au travail et des possibilités de carrière incluant des perspectives de qualification et un travail qui correspond à la formation reçue. (Neboit, Vézina, 2002 : 55). Ceci fait défaut et ces facteurs doivent être considérés sérieusement par l'organisation.

À cet égard, une situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses (argent, estime, statut) s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique. (Vézina, 2005, notes de cours).

Cette dernière doit donc passer par des paroles et des gestes au quotidien tel des remarques constructives sur des éléments à améliorer, des lettres de félicitations, des bonus, etc. Les bons coups doivent être soulignés et les employés doivent sentir qu'ils sont appréciés. Il faut « demeurer attentif à leurs besoins et souligner publiquement leur performance » (Pépin, 2000 : 280).

Dans ce sens, le CHR pourrait :

- Augmenter le temps des repas à 1h, soit 15 minutes de plus pour donner aux employés le temps de récupérer. Ce temps de repos n'est pas du temps perdu.
- Privilégier et donner la priorité aux employés à la cafétéria (avoir deux caisses enregistreuses dont une seulement pour les employés).
- Avoir un espace de repos adéquat
- Avoir des perspectives de promotion
- Avoir une rémunération satisfaisante
- Souligner les bons coups et les efforts des employés
- Avoir du respect des supérieurs et des autres membres du personnel
- Utiliser pleinement la formation reçue
- Remettre sur pied, la semaine de l'employé. Cette semaine reconnaissait le travail accompli et les efforts déployés. Elle était également l'occasion de dire aux employés qu'ils étaient importants et reconnus par l'organisation. Cette semaine était en effet très appréciée. Plusieurs employés ont mentionné ce point dans la partie ouverte du présent questionnaire, pour ses bienfaits et comme étant un point à rétablir. De même, cet élément a été mentionné, à maintes reprises au cours des réunions du comité SST

La reconnaissance au travail c'est la pierre angulaire de la santé mentale au travail en participant à la construction de l'identité (Vézina, 2005).

5.1.1.5. Les conditions et l'aménagement physique du milieu de travail

En dernier lieu, *l'environnement de travail* devrait également être repensé. Dans bien des cas, l'unité n'est pas adaptée à la clientèle (chambres trop petites, espaces de travail restreint, etc.) et l'équipement est difficile à utiliser. Le matériel devrait être à portée de la main, de quantité et en qualité suffisante. Il est constamment déplacé entre les départements. Chaque département devrait, dans la mesure du possible, placer le matériel au même endroit. Une évaluation ergonomique pourrait également se faire afin de bien adapter la situation de travail à l'homme et de maximiser par le fait même son travail et son bien-être. Ceci éviterait des pertes considérables en temps et en énergie. Le meilleur des travailleurs ne peut pas faire un travail de qualité sans des outils appropriés. « Ce sont des irritants quand on doit arpenter deux corridors complets avant de trouver ce dont nous avons besoin » a déclaré une infirmière auxiliaire.

Dans un autre ordre d'idées, il est essentiel de redonner une stabilité au personnel en modifiant les horaires de travail. Il est en effet très sécurisant pour les salariés de connaître leur horaire à l'avance (équipe volante). Ainsi, ils n'ont pas à attendre continuellement d'être appelés pour travailler. Sinon, les infirmiers et infirmières auxiliaires finissent par interioriser l'idée de la chance qu'ils ont de travailler et de ne pas être au chômage. Cela dit, ils apprennent alors à se taire, à s'adapter, à nier et à refouler. De plus, cette forme de travail rend problématique la construction de l'identité, car n'importe qui peut faire le travail.

«De plus, quand c'est possible il faudrait être sur la même unité de travail 2-3 jours. Le changement à tous les jours (poste équipe volante) empêche d'assurer un suivi de qualité et de connaître le patient »

Avec un tel horaire, les employés pourront davantage concilier le travail et la famille. Ainsi, les employés seront plus productifs et motivés. Les services d'aide aux familles (services de garderie, aide financière pour frais de garde, etc.), le temps de travail (horaire flexible et adapté) et la gestion de la carrière devraient faire partie des missions et des politiques de l'organisation (Pépin, 2000 : 281).

En résultante, «cette approche contribue à éliminer les problèmes relatifs à l'exercice des rôles (ambiguïté, conflits, surcharge, sous-charge, etc.) dans l'organisation puis à réduire l'épuisement professionnel, la tension psychologique et le taux d'absentéisme » (Pépin, 2000 : 52). Par ailleurs, ceci abaisserait le stress dû au travail, augmenterait la satisfaction, la qualité des soins aux patients, la vitesse d'exécution et, par le fait même, le sentiment du devoir accompli.

5.1.2. Prévention Secondaire

En deuxième lieu, la **prévention secondaire** consiste d'une part à *informer les individus sur cette problématique de santé psychologique au travail*. Puis, elle vise, d'autre part, à *développer des stratégies individuelles d'adaptation pour mieux gérer les situations à risque*. Ainsi, l'individu doit apprendre à reconnaître et à réagir adéquatement aux effets négatifs du stress. Des activités de sensibilisation, pour faire prendre conscience aux salariés les impacts d'un tel stress, de même que des programmes de développement des compétences peuvent être mis en branle. « Ces programmes permettent à la personne de renforcer ses ressources ou d'en développer de nouvelles pour lutter plus efficacement contre le stress. » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 3, 2003 : 6).

Le but de ce rapport n'est pas de cet ordre, mais, brièvement, pour diminuer les impacts du stress au travail, et par le fait même réduire les possibilités de développer des problèmes de santé psychologique, l'individu doit tisser un réseau social fort, faire de l'exercice, avoir de bonnes habitudes alimentaires et développer de l'intérêt en dehors de son travail (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 2, 2003 : 17). Ainsi, il est possible d'accroître les ressources de l'individu pour faire face au stress, le tout par la relaxation, la modification du style de vie et/ou la restructuration cognitive (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2004).

À ce sujet, un des principaux fondements de la restructuration cognitive est que « les émotions sont causées surtout par notre perception des événements plutôt que par les événements eux-mêmes. En intervenant au niveau de ses pensées, le patient sera à même de modifier l'intensité, la fréquence ou même la nature des émotions dysfonctionnelles » (Bouthillier, 2001 : 108).

Dans un autre ordre d'idées, différentes conférences portant sur la prévention des problèmes de santé psychologique, pourraient être offertes sur l'heure du dîner ou à d'autres moments jugés opportuns. En fait, en plus des problèmes que vit l'individu au travail (gestion du stress et du temps, résolution des problèmes et des conflits, conciliation travail/famille, etc.), ces formations peuvent porter sur différents événements stressants hors travail : les problèmes conjugaux, les préoccupations reliées à la charge familiale, les tensions financières, les inquiétudes face à la stabilité en couple, les tracasseries avec le conjoint, les enfants, les parents et/ou le décès d'un être cher (St-Arnaud, 2005). Divers ateliers sur la gestion et l'adaptation aux changements devraient être offerts sur une base régulière. Pour ce faire, il est important d'élaborer des plans d'action précis et de nommer des responsables pour chacune des actions identifiées. De même, une bonne communication et un engagement de toutes les parties sont des facteurs de succès.

« Ces différents programmes de gestion du stress contribuent à diminuer de façon significative plusieurs symptômes de détresse psychologique (anxiété, dépression, irritabilité, etc.) et physiologique (désordres somatiques, problèmes de sommeil, tensions musculaires, etc.). De plus, s'ils sont bien implantés, les programmes de promotion de la santé au travail réduisent le taux d'absentéisme et réduisent les coûts élevés en pertes de temps et en remplacement de personnel » (Pépin, 2000 : 280).

Présentement, au CHR, à ce niveau, il existe la semaine anti-stress, qui se déroule une fois par année. De même, différents articles portant sur la santé psychologique sont diffusés par le programme d'aide aux employés, et ce, à raison de quatre publications par année. Ceci est bien, mais c'est malheureusement trop peu pour enrayer le problème.

Enfin, des séances de formation auprès des cadres et des représentants syndicaux doivent également être mises en place afin que ces derniers enrichissent leurs connaissances sur la détresse psychologique. Ils pourront ainsi déceler les signaux précurseurs (Gouvernement du Québec, 2005 : 15). De plus, ces gestionnaires doivent être sensibilisés aux différentes situations que vit au quotidien le personnel tel le manque de reconnaissance et de soutien.

En résultante, les travailleurs doivent trouver les mots pour dire ce qu'ils éprouvent dans leur travail et montrer leur contribution essentielle à l'organisation (Vézina, 2005). Il est d'ailleurs primordial, de se connaître soi-même, car on est tous différents et ce que certains sont incapables de supporter, d'autres le perçoivent comme un défi. En fait, l'adéquation entre l'activité prescrite et la structure de personnalité est la base de la satisfaction au travail. Une organisation libre du travail permet de tenir compte des aptitudes individuelles, des besoins de la personnalité et permet par le fait même de conserver un bon équilibre.

5.1.3. Prévention Tertiaire

En terminant, **la prévention tertiaire**, a pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail ainsi que le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de santé psychologique au travail. À ce sujet, « les programmes d'aide aux employés consistent en un ensemble de services d'aide individuelle ou d'activités collectives offerts par une entreprise pour prévenir et diminuer les problèmes personnels qui peuvent avoir un effet négatif sur le rendement ou le comportement au travail » (Vézina, 2003). Ils visent à ramener le stress à un niveau qui permet un rendement optimal.

Tel que mentionné précédemment, il existe bel et bien un *programme d'aide aux employés* (PAE) au CHR. Toutefois, selon mes entrevues semi-dirigées auprès des cadres et du personnel, ce dernier est très peu connu et par le fait même très peu utilisé. Certains salariés craignent son manque de confidentialité et d'autres ne le connaissent tout simplement pas. Son impact est donc des plus limité. Il est donc apodictique d'en parler davantage et de le faire connaître. Le manque d'information sur le sujet et la peur associée aux réactions de l'entourage fait en sorte que les employés consultent tardivement ce qui a pour effet allonger la période d'invalidité (Gouvernement du Québec, 2005). En effet, le diagnostic de troubles de santé mentale est associé à un échec et les individus ont honte et peur de la réaction de leur entourage. Au CHR, cette aide est pourtant confidentielle et gratuite et permet des interventions téléphoniques ou des références vers des ressources spécialisées telles, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers financiers, etc. Ainsi, l'individu reçoit une écoute et un soutien. Il n'est plus seul. Les employés doivent être encouragés à parler de leur situation. Le programme d'aide aux employés (PAE) est là pour ça.

Dans le même ordre d'idées, un *réseau d'entraide (délégés sociaux) entre les collègues* peut être mis en place. Ces réseaux sont formés de personnes qui désirent apporter de l'aide, du soutien et qui, dans bien des cas, ont vécu dans le passé la même problématique. Pour bien fonctionner, ce réseau doit être une ressource spécialisée et indépendante des ressources humaines. Il peut se former en parallèle avec le PAE, ce qui aide doublement l'employé en brisant le cercle de l'isolement et de la peur.

Enfin, *le programme de retour au travail* doit être revu et corrigé. En fait, l'arrêt de travail et le retour sont des événements très difficiles à vivre. Il faut donc y prêter une attention toute particulière. Les exigences médico-administratives sont lourdes. Ces dernières devraient viser « l'administration des absences et non leur contrôle abusif, que les mesures prises à l'endroit des personnes invalides soient des mesures de soutien à la réinsertion harmonieuse au travail et non des mesures de coercition » (Gouvernement du Québec, 2005 :32). De même, la pénurie de médecins psychiatres fait en sorte que c'est très long pour les employés d'avoir accès à un médecin et à la médication appropriée. Ceci retarde inévitablement le processus.

À tout cela s'ajoute, le fait que, dans bien des cas, on remet la personne dans les mêmes conditions de travail. Ainsi, l'employé retombe dans ses problèmes de santé psychologique. Pour éviter les rechutes, il faut inévitablement préparer le retour au travail et faire des liens entre ce qui a précédé l'arrêt et le retour (*Programme de retour au travail*). Les retours sont trop souvent improvisés et peu soutenus. L'employeur exerce trop souvent une pression pour que le salarié retourne rapidement sur le marché du travail. Ce dernier revient pour une période de 6 mois et retourne en congé de maladie, car rien n'a changé réellement. Force est d'admettre qu'il faut du temps pour surmonter un état dépressif et que les causes sont multiples (St-Arnaud-2005). L'individu tout comme sa famille ont besoin de support. Toutefois, dans bien des cas, les confrères et consœurs de travail ne sont pas informés du retour de leurs collègues et ne savent pas comment les aider. Les premières journées sont une clé de la réussite du retour au travail (Gouvernement du Québec, 2005). L'individu doit sentir qu'il est prêt. Par ailleurs, le retour progressif tel, revenir à temps partiel, prendre plus de congés, faire des semaines de quatre jours, offre de meilleurs résultats.

Enfin, bien qu'il soit capital de combiner ces trois niveaux d'interventions, l'intervention à la source restera toujours la base de toute résolution de problème. Malheureusement, au CHR, comme dans bien d'autres organisations, trop de temps est consacré à la réparation c'est-à-dire pour les réclamations en assurance-salaire et trop peu de temps est consacré à la prévention. En fait, il existe bel et bien un comité de santé et sécurité au travail qui consacre une partie de son temps aux problèmes d'ordre psychologique. Toutefois, il n'y a qu'une personne attirée directement à la prévention, et ce, pour 20 % de son temps. C'est nettement insuffisant pour la taille de l'entreprise, qui compte plus de 2500 employés. Il est donc impératif que le CHR désigne au moins une personne à cette tâche.

Ceci dit,

« En étant à la fois orientées sur la réduction ou l'élimination des sources de stress, sur l'apprentissage d'habiletés individuelles pour gérer les situations problématiques et sur le traitement des personnes et leur retour au travail, les interventions risquent d'engendrer des impacts beaucoup plus importants » (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, 2003, fascicule 3 : 13).

5.2. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Primaire

Court terme

- Remettre sur pied la semaine de l'employée
- Avoir du respect des supérieurs et du personnel
- Tenir régulièrement des réunions d'équipes
- Recueillir les suggestions du personnel
- Souligner les bons coups et les efforts des employés

Moyen-long terme

- Offrir de la reconnaissance (salaire satisfaisant, du respect au travail, traitement juste, de la sécurité au travail et des possibilités de carrière)
- Augmenter le nombre d'employés par quart de travail afin d'éviter la surcharge
- Associer les nouveaux employés à des modèles positifs (mentors)
- Mettre à profit la formation reçue
- Procéder à une appréciation annuelle de la contribution de l'employé
- Favoriser un style de management participatif (augmenter le degré de participation aux décisions, améliorer les relations supérieurs/employés, augmenter le sentiment d'appartenance)
- Augmenter le temps des repas à 1h, soit 15 minutes de plus
- Avoir un espace de repos adéquat
- Revoir l'environnement de travail
- Modifier les horaires de travail

Secondaire :

- Diffusion d'articles portant sur la santé psychologique au travail
- Présentation de conférences sur les manifestations physiques et psychologiques du stress
- Dîners-conférences sur les causes des problèmes de santé psychologique
- Séminaires portant sur la prévention des problèmes de santé psychologique
- Formations (gestion du stress, conciliation travail-famille, résolution de conflits, etc.)
- Séances de relaxation, méditations, etc.
- Programme de développement de saines habitudes de vie (alimentation, tabac, exercice physique, etc.)

Tertiaire :

- PAE amélioré
- Réseau d'entraide par les pairs
- Programme de retour au travail

5.3. ANALYSE CRITIQUE DES DIVERSES SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS ENVISAGÉES

Après une analyse approfondie de la situation, il est possible de constater qu'il reste beaucoup à faire. Le CHR désire améliorer les conditions de travail, c'est pourquoi des actions concrètes sont et seront mises en place. Cette section servira donc à analyser la faisabilité, les coûts et les retombées des recommandations présentées précédemment. En premier lieu, il est important de mentionner que ces recommandations nécessitent du **temps**, de la **volonté** et de **l'investissement de ressources tant financières, humaines que techniques**.

Concrètement, les actions suggérées telles : l'écoute active et régulière (cueillette de suggestions, réunions, évaluation annuelle, réunions d'équipe), la clarification des rôles et des attentes, la reconnaissance sous forme de félicitations, de remerciements, d'encouragements et de respect de l'employé, sont des **gestes simples et gratuits**, mais qui apportent en contrepartie beaucoup à celui qui les reçoit. Dans le même sens, la semaine des employés, peut facilement être remis en place. Les retombées positives seraient énormes et les attentes sont grandes !

En ce qui concerne les horaires, il serait souhaitable de garantir un minimum d'heures de travail aux employés. Bien que possible cette recommandation est plus difficile à mettre en pratique pour les équipes volantes. De plus, le matériel et l'organisation de l'espace de travail peuvent et devraient faire l'objet de modifications sans que ceci nécessite des coûts majeurs. Ces irritants peuvent être atténués en plaçant les objets aux bons endroits et en changeant l'emplacement de certains objets encombrants. Toutefois, bien que plus coûteuse, une étude ergonomique aurait des effets plus prononcés et mieux adaptés à la situation.

Dans le même ordre d'idées, pour maximiser les chances de réussite, un ensemble d'activités doit être mis de l'avant conjointement. Dans ce sens, bien que recommandées et envisagées, **les interventions secondaires et tertiaires, ne peuvent pas être utilisées seules**. Ces dernières visent les conséquences et ne remontent que très rarement aux causes du problème. Leur but premier n'est donc pas de changer l'organisation du travail, mais de travailler sur l'individu. Ainsi, pour en tirer le maximum, ces interventions devraient toujours être accompagnées par d'autres activités de prévention.

Par ailleurs, tant les travailleurs que les responsables de l'organisation ont leurs rôles à jouer. Ainsi, la **direction doit s'investir**. Les responsables se doivent de connaître et de reconnaître les réelles difficultés du travail et de déterminer, de façon réaliste, ce qui est acceptable. De même, il est largement reconnu que la manière d'implanter un changement a, dans bien des cas, plus d'impact sur sa performance que le contenu même de ce changement, d'où l'importance d'obtenir l'appui et la volonté des parties (Rivard, 2000).

En fait, « les comportements ne se changent pas de l'extérieur. L'être humain n'est pas un objet, mais un acteur de changement. Et pour changer, il faut d'abord qu'il veuille et que cela ait un sens de son point de vue à lui » (Omar Aktouf, cité dans Ouellet, 2003). Un changement doit susciter l'intérêt et être perçu avant tout comme légitime, nécessaire et

justifié. À ce sujet, selon Frédéric Leplat cité dans Ouellet (2003) : « Lorsqu'il n'y a pas de **volonté de changement**, même les choses les plus simples ne sont pas appliquées. Lorsqu'il y a une volonté de changement, même les solutions les plus sophistiquées deviennent applicables ».

Par ailleurs, la motivation commune de l'urgence d'agir doit être présente et se faire sentir avant d'établir des pistes concrètes d'action. Pour ce faire, il est primordial d'avoir l'appui, l'engagement et la sincérité de la direction. Dans ce sens, l'organisation doit intervenir et faire preuve d'imagination dans sa quête de réponses et de solutions.

Ceci dit, bien qu'amplement justifiés, l'ensemble de ces investissements sont **coûteux à court terme** et peuvent sembler **illusoire** étant donné le **contexte économique qui règne présentement dans les hôpitaux**. Toutefois, les coûts directs (absences occasionnelles, invalidités de courte et de longue durée, frais paramédicaux) et indirects (salaires des remplaçants, baisse de productivité, augmentation du roulement de personnel, détérioration du climat de travail, insatisfaction au travail, heures supplémentaires) reliés sont lourds à supporter (Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations, fascicule 1, 2003 : p.3).

À cet égard, différentes études ont démontré que les organisations qui ont effectué des interventions visant à améliorer la santé mentale de leurs employés, ont constaté une amélioration de la productivité, de l'assiduité au travail, de la concentration, de l'efficacité et de la motivation de leurs employés (Lazzari, 1999).

**« Plusieurs choses sont possibles aujourd'hui parce qu'un jour, des gens
ont tenté des choses impossibles »
(Max Weber, cité dans Ouellet, 2003).**

CONCLUSION

L'éclatement du temps de travail, engendré par un besoin grandissant de flexibilité, fait en sorte que les employeurs exigent de plus en plus du travailleur (plus de qualifications, d'ancienneté, de souplesse, de jugement, d'initiative et une entière disponibilité) et en retour, on leur donne de moins en moins. Le travail alors demandé exige un total engagement tant physique que mental. En ce moment, selon Bourbonnais et al. (1998), deux grands types de changements sont vécus par les infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec. Dans un premier temps, le contexte de restructuration et de réorganisation des services de santé apporterait des modifications au niveau des équipes de travail (soutien social et charge de travail) et au niveau de la clientèle et du type de soins à dispenser. En effet, ces transformations viennent modifier le soutien social, la charge de travail de même que les habiletés et compétences requises pour exécuter leurs fonctions. De plus, « les conflits de rôles, l'ambiguïté de rôle et de demande de travail, l'absence de participation aux décisions et la faible utilisation des habiletés jouent défavorablement sur le sens du travail des infirmières » (Rivard, 2000 : 232).

En fait, le temps de travail devrait être aménagé autrement, de sorte que les infirmiers et infirmières auxiliaires puissent être plus longuement avec leurs patients. De même, le besoin de reconnaissance à l'intérieur de l'hôpital pourrait et devrait passer par un changement de vision à leur égard, et ce, par l'ensemble des professionnels du milieu hospitalier. Les infirmiers auxiliaires occupent, en réalité, une place importante dans le processus de soin et ils ont droit au respect. Ils n'ont certes qu'un rôle de subordination à jouer. Ces derniers veulent, à juste titre, être consultés, écoutés, entendus et crus. Ils désirent par ailleurs avoir la chance d'utiliser au maximum leurs connaissances, et ce, non seulement au niveau des techniques des soins mais également pour guider les malades et leur famille. Ceci diminuerait d'une bonne part la souffrance de l'infirmier provenant d'un sentiment d'impuissance et d'échec. En ce qui concerne la reconnaissance sociale ou provenant de l'extérieur, cette dernière pourrait être rehaussée par un salaire plus élevé ou du moins équivalent aux autres professionnels à diplôme égal. Ainsi, la société démontrerait aux infirmiers et infirmières auxiliaires leur réelle importance. Enfin, ils revendiquent la nécessité de redéfinir et de restructurer les tâches pour diminuer ou du moins atténuer l'empiétement des autres intervenants dans leur champ de travail. Cela dit, ces quelques actions contribueraient à la revalorisation de la profession d'infirmier auxiliaire.

Cependant, il ne faut pas condamner sans nuance le virage ambulatoire. L'organisation du travail n'est pas uniquement source d'épuisement. Bien au contraire, cette dernière peut et se doit d'être favorable à l'équilibre mental et à la santé du corps en général. De plus, l'organisation du travail n'est pas totalement subie par le travailleur. L'homme est un acteur actif et libre sur ce qu'il vit, il a son mot à dire et tous ensemble, on se doit de trouver des solutions afin de mettre fin à ce déséquilibre. Il s'agit en fait de modifier certaines façons de faire afin de diminuer les effets déqualifiant et de faire naître en contrepartie des opportunités qualifiantes. En terminant, une chose est certaine ; l'aspect relationnel du travail infirmier doit demeurer. Cette dimension est non seulement bénéfique et contributive à la guérison du malade, mais également porteuse de sens, de qualification et

de distinction de la profession d'infirmier auxiliaire. On doit donc agir autrement et prendre le temps d'écouter les revendications des infirmiers, mais surtout de les entendre. C'est l'avenir de cette profession qui en dépend !

Ceci dit, un bon gestionnaire saura satisfaire le besoin d'efficience et de rentabilité des cadres avec le besoin de sécurité et de reconnaissance des salariés. Et pour ce faire, une intervention à la source, accompagnée d'un bon réseau restera toujours la base de toute résolution de problème. Il ne faut pas oublier l'écoute action; la communication, c'est la base de tout; et ceci, en ayant la confiance, la coopération, le support de la direction et de la reconnaissance; ce qui renvoie aux fondements même des relations industrielles.

Et les acteurs ont tous les outils en main pour se lancer dans cette évolution.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDERSON, M., 2004. « La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques », *Santé mentale au Québec*, XXXIX, 1, 243-260.
- APSAM, 2006, *Fiches techniques*, en ligne : <http://www.apsam.com> (consulté, le 26-03-06).
- ASSTSAS, 2006, *Accueil*, en ligne : <http://www.asstsas.qc.ca/> (consulté, le 26-03-06).
- ASSTSAS, 2003, *La santé psychologique au travail, ça se comprend, ça s'entend !*, en ligne : <http://www.asstsas.qc.ca/>, (consulté le 13-03-06).
- ASSTSAS, 1997, *La prévention en action : santé et sécurité du travail*. Montréal : éditions logiques, 214 p.
- BOURBONNAIS, R. VÉZINA, M. BRISSON, C., MOISAN, J., 1995, *Organisation du travail et santé mentale des cols blancs de la région de Québec*, Québec : GIROST Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur l'organisation, la santé et la sécurité du travail, 65p.
- BOUTHILLIER *et al.*, 2001, « La thérapie cognitivo-comportementale », *Le clinicien*, août 2001, p.95-119.
- BRUN, J-P., 2006. *Programme stratégique de prévention en santé psychologique au travail*. Québec : CGSST, 40p.
- BRUN, J.P., C. BIRON, J. MARTEL et H. IVERS. 2003. *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Montréal, IRSST, 89 p.
- BRUN, J-P., DUGAS, N., 2002. *La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens*. Québec : CGSST, 22p.
- CARPENTIER-ROY, M-C., 1995, *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*, 2^e édition. Montréal : Liber, 204p.
- CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATION DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, 2004, *Santé psychologique*, en ligne : <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/>, (consulté le 2004-11-28)
- CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATION DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, 2003, *La santé psychologique au travail...de la définition du problème aux solutions*, Fascicule1, 2 et 3, Québec : CGSST, 66p.

- CHANLAT, Jean-François (dir.), 1990. *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 842 p.
- CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL, 2006, Bienvenue, en ligne : <http://www.CHR.ca> (consulté le 2006-3-14).
- CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC, 1998. « L'absentéisme en milieu de travail, partie 1: état de la situation ». *Bulletin des relations du travail*, 29 (310).
- DEJOURS, C., 2000, *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*, Paris : Bayard Éditions, 155p.
- DURAND, M., BARLOW, D., 2002, *Psychopathologie*, Bruxelles : De Boeck Université, 920 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2005, *Invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec : Direction générale du personnel réseau et ministériel, Santé et des services sociaux Québec, 47p.
- IRSST, 2006, *Accueil*, en ligne : <http://www.irsst.qc.ca/> (consulté le 03-08-06)
- LAZZARI, N., 1999, « La santé mentale des gestionnaire de l'IRDPQ », dans le cadre de l'intervention professionnelle en milieu de travail à la maîtrise en relations industrielles. Université Laval.
- NEBOIT, M., VÉZINA, M., 2002, *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse : Éditions Octares, 310p.
- NIOSH, 2006, *Stress... at work*, en ligne: <http://www.cdc.gov/niosh> (consulté le 03-03-06).
- OUELLET, F. 2003, *La SST : un système détourné de sa mission*. Montréal : Le groupe de communication Sansectra inc et Impact division des éditions Héritage inc., 274p.
- PÉPIN, R., 2000, «Gérer le stress négatif au travail à l'aube du 21^e siècle », *Gestion*, vol.25, no.2, été 2000, p.49-59.
- RIVARD, L., 2000. *Impact de la restructuration des services de santé sur la qualification*, Mémoire de maîtrise inédite, Département des relations industrielles, Université Laval, 246p.
- SCHERMERHORN, J., HUNT, J., OSBORN, R., 2002, *Comportement humain et organisation*, Québec : Éditions du renouveau pédagogique, 271 p.
- SAINT-ARNAUD, L. 2005. *Santé mentale au travail et réinsertion professionnelle* (notes de cours) dans le cadre du cours Santé mentale au travail : problématique et orientations

SAT-63334.

SAINT-ARNAUD, L., SAINT-JEAN, M., RHÉAUME, J. 2003. « De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, XXV111, 1 193-211.

SIMARD, M., CARPENTIER-ROY, M-C, MARCHAND, A., OUELLET, F., 1999, *Processus organisationnels et psycho-sociaux favorisant la participation des travailleurs en santé et en sécurité du travail*, IRSST, collection Études et recherches, janvier 1999, p.i-ii

STATISTIQUES CANADA, 2006, En ligne : <http://www.statcan.ca> (Consulté le 2006-5-28)

VÉZINA, M., 1992, *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Boucherville : G.Morin, 179p.

VÉZINA, M., 2003, « Docteur, je crois que je fais un burnout... », *Le clinicien*, janvier 2003, p.69-78.

VÉZINA, M., 2005, dans le cadre du cours Santé mentale au travail : problématique et orientations SAT-63334 notes de cours.

VINET, A., 2004. *Travail, organisation et santé : le défi de la productivité dans le respect des personnes*, Québec : Presses de l'Université Laval, 384p.

Les questions qui suivent portent sur la façon dont vous vous êtes senti **DURANT LA DERNIÈRE SEMAINE.**
POUVEZ-VOUS ME DIRE À QUELLE FRÉQUENCE AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE:

1. Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	—
--------	-------------------	---------------	--------------	---

2. Vous êtes-vous senti seul ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

3. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

4. Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu les bleus ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

5. Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

6. Vous êtes-vous laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

7. Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

Commentaires

10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

11. Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

12. Vous êtes-vous senti négatif envers les autres ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

13. Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

14. Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance ?

Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
--------	-------------------	---------------	--------------	-------------------

Commentaires

PARTIE B

Les questions qui suivent portent sur votre emploi principal au CHR.

Pour les prochaines questions, veuillez entourer une réponse de fortement en désaccord à fortement d'accord selon l'importance que vous jugez.

15. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

16. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

17. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

18. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

19. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

20. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

21. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

22. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

23. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

24. Mon travail exige d'aller très vite.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

25. Mon travail exige de travailler très fort mentalement.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

26. On me demande de faire une quantité excessive de travail.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

27. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

Commentaires

28. Je reçois des demandes contradictoires (opposées) de la part des autres.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

29. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

30. Ma tâche est souvent interrompue avant que je ne l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

31. Mon travail est très mouvementé.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

32. Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

33. Mon supérieur immédiat se soucie du bien-être des personnes qui sont sous son autorité.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

34. Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

35. Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

36. Mon superviseur immédiat facilite la réalisation du travail.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

37. Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

Commentaires

38. Les personnes avec qui je travaille sont qualifiées pour les tâches qu'ils accomplissent.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

39. Les personnes avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

40. Les personnes avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

41. Les personnes avec qui je travaille sont amicales.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

42. Les personnes avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

43. Les personnes avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------	--------------------

Commentaires

PARTIE C

Les questions de la présente section porte sur la reconnaissance au travail.

Instruction : Pour chacune des questions suivantes, **PREMIÈREMENT** veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou non et **DEUXIÈMEMENT**, si vous n'êtes pas d'accord, dans quelle mesure vous êtes en général perturbé par cette situation en entourant une réponse de pas du tout perturbé à très perturbé.

44. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

45. Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

46. Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

47. Mes perspectives de promotion sont faibles.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

48. Ma sécurité d'emploi est menacée.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

49. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

50. Vu tous mes efforts, je reçois tout le respect et toute l'estime que je mérite à mon travail.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

51. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.

D'accord Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

Commentaires

52. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Perturbé	Très perturbé
----------------------	-----------------	----------	---------------

PARTIE D

53. Au cours de la dernière année, avez-vous consulté un psychologue à l'extérieur de votre travail ?

Oui

Non

54. Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail ?

55. Si vous aviez une recommandation à faire afin d'améliorer les conditions et l'environnement de travail quelle serait-elle ?

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

CONSTRUCTION DES INDICES

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE: Q1 À Q14

- ➔ Calculer le score total en additionnant toutes les questions et en divisant par :
 - 42 (0 valeur manquante),
 - 39 (1 valeur manquante),
 - 36 (2 valeurs manquantes),
 - 33 (3 valeurs manquantes).et multipliez par 100.
- ➔ Rejeter le résultat si > de 3 valeurs manquantes.
- ➔ PSI positif si > 26,19 (H : > 23,81, F : > 28,57).

JOB STRAIN (KARASEK) : Q15 À Q32

- ➔ LD : Q15 à Q23 $([Q15 + Q16 + Q17 + (5 - Q18) + Q21 + Q23] \times 2) + ([Q19 + Q20 + Q22] \times 4)$.
- ➔ DP : Q24 à Q32 $(Q24 + Q25 - [5 - Q26] - Q27 - [5 - Q28] + Q29 + Q30 + Q31 + Q32)$.
- ➔ Rejeter le résultat si plus de 2 valeurs manquantes.
- ➔ LD faible si ≤ 72 .
- ➔ DP élevée si ≥ 9 .

SOUTIEN SOCIAL SUPÉRIEURS (KARASEK) : Q33 À Q37

- ➔ SS : $Q33 + Q34 + (5 - Q35) + Q36 + Q37$.
- ➔ Manque de soutien social supérieurs si < 15.

SOUTIEN SOCIAL COLLÈGUES (KARASEK) : Q38 À Q43

- ➔ CS : $Q38 + Q39 + (5 - Q40) + Q41 + Q42 + Q43$.
- ➔ Manque de soutien social collègues si < 18.

RECONNAISSANCE (SIEGRIST): Q44 À Q52

- ➔ R : $(Q44 + Q45 + Q49 + Q50 + Q51 + Q52$ [si pas d'accord]) + $(Q46 + Q47 + Q48$ [si d'accord])
- ➔ Manque de reconnaissance si > 25.

