

**Portrait global de l'environnement psychosocial
au travail et la santé
des intervenant(e)s
de quatorze centres d'hébergement et soins de longue
durée (CHSLD) de la région de Québec**

14 mars 2002

Renée Bourbonnais, Département de réadaptation, Université Laval
Michel Vézina, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
Pierre J. Durand, Département de médecine, Université Laval
Mélanie Lavoie-Tremblay, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Chantal Viens, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Alain Vinet, Département des relations industrielles, Université Laval
Chantal Brisson, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
Louise Dicaire, Hôpital Jeffery Hale
Pauline Bégin, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean-Paul Ouellet, Table des directeurs généraux de CLSC
Denise Lévesque-Boudreau, Présidente de l'OIIQ régional
Nathalie Gauthier, Coordinatrice du projet de recherche

Cette recherche est subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la RRSSSQ

TABLE DES MATIÈRES

Liste des graphiques	ii
REMERCIEMENTS	vi
RÉSUMÉ	vii
1. Faits saillants ensemble des CHSLD participants de la région de Québec	vii
2. Faits saillants ensemble des CHSLD participants de la région de Québec (par groupes professionnels)	viii
1. INTRODUCTION	1
2. GROUPE DE COMPARAISON	2
3. ANALYSES RÉALISÉES	3
4. RÉSULTATS	
4.1 Résultats globaux pour l'ensemble des répondant(e)s de 14 CHSLD de la région de Québec.....	4
4.2 Résultats par groupes professionnels (pour l'ensemble des répondant(e)s de 14 CHSLD de la région de Québec)	19
5. CONCLUSIONS	32
ANNEXE 1	
Tableau 1 : Taux de participation par CHSLD (2001).	34
Tableau 2 : Taux de participation par groupes professionnels dans l'ensemble des CHSLD participants (2001).....	35
ANNEXE 2	
A. CADRE THÉORIQUE	36
B. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	
♦ Description de la population étudiée.....	38
♦ Collecte de données	39
♦ Mesure des contraintes psychosociales.....	40
♦ Définition des indicateurs de santé	42
C. BIBLIOGRAPHIE	43

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Pourcentage de répondant(e)s qui déclarent un niveau élevé de détresse psychologique. (2001)	5
Graphique 2 : Pourcentage de répondant(e)s qui perçoivent leur santé moyenne ou mauvaise en comparaison avec des personnes du même âge. (2001).....	6
Graphique 3 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec aux prises avec des problèmes de sommeil (2001)	7
Graphique 4 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s aux contraintes psychosociales (2001)	8
Graphique 5 : Pourcentage de répondant(e)s exposé(e)s à un niveau élevé de demande psychologique (2001).....	9
Graphique 6 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un niveau élevé de demande psychologique pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	10
Graphique 7 : Pourcentage de répondant(e)s exposé(e)s à un faible niveau de latitude décisionnelle. (2001).....	11
Graphique 8 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de latitude décisionnelle pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	12
Graphique 9 : Pourcentage de répondant(e)s exposé(e)s à une combinaison de demande psychologique élevée et de latitude décisionnelle faible. (2001)	13

Graphique 10 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de soutien social au travail pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	14
Graphique 11 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de reconnaissance (2001).....	15
Graphique 12 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de reconnaissance pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	16
Graphique 13 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à une demande émotionnelle élevée pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	17
Graphique 14 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exprimant un niveau élevé de sens du travail pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	18
Graphique 15 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de prévisibilité au travail pour chacune des composantes de l'indice. (2001).....	19
Graphique 16 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec qui déclarent un niveau élevé de détresse psychologique, par groupes professionnels. (2001).....	20
Graphique 17 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec qui perçoivent leur santé moyenne ou mauvaise en comparaison avec des personnes du même âge, par groupes professionnels. (2001).....	21

Graphique 18 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec aux prises avec des problèmes de sommeil, par groupes professionnels. (2001).....	22
Graphique 19 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un niveau élevé de demande psychologique, par groupes professionnels. (2001).....	23
Graphique 20 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de latitude décisionnelle, par groupes professionnels. (2001).....	24
Graphique 21 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle, par groupes professionnels. (2001).....	25
Graphique 22 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de soutien social au travail, par groupes professionnels. (2001).....	26
Graphique 23 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de reconnaissance, par groupes professionnels. (2001).....	27
Graphique 24 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue, par groupes professionnels. (2001)	28
Graphique 25 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à une demande émotionnelle élevée, par groupes professionnels. (2001).....	29

Graphique 26 : Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de prévisibilité au travail, par groupes professionnels. (2001)..... 30

REMERCIEMENTS

Nous désirons d'abord remercier tou(te)s les intervenant(e)s des quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée de la région de Québec qui ont accepté de répondre au questionnaire.

Nous tenons également à manifester notre gratitude aux directions générales, aux directions des ressources humaines, aux directions des services administratifs, aux directions des services à la clientèle, aux directions des services professionnels, aux directions des soins infirmiers et tout particulièrement aux coordonnateur(trice)s des services d'hébergement, aux coordonnateur(trice)s de l'hébergement et des soins infirmiers, aux chefs d'unités de vie, aux coordonnateur(trice)s des services gériatriques spécialisés des centres d'hébergement et soins de longue durée de la région de Québec ayant accepté de participer à cette recherche, de même qu'à toutes les autres personnes qui ont appuyé la démarche de recherche et favorisé la participation des sujets.

Nous sommes également reconnaissants à Louis Rochette et Michel Gaudet qui ont effectué les analyses statistiques présentées dans ce rapport.

RÉSUMÉ

Le présent rapport vise à documenter les contraintes de l'environnement psychosocial du travail et les problèmes de santé chez les intervenant(e)s de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée de la région de Québec. Il présente notamment les résultats de la première étape de la recherche intitulée : *Recherche intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel au travail du personnel soignant*. Les personnes visées par cette partie de la recherche sont les intervenant(e)s en contact direct avec les résidents, travaillant en CHSLD au moins deux jours par semaine, et ce, depuis au moins trois mois.

1. Faits saillants ensemble des CHSLD participants de la région de Québec

- ◆ Parmi les **1066** intervenant(e)s éligibles, **872** ont accepté de remplir le questionnaire, ce qui représente un **taux de participation** de **82%**.
- ◆ Les répondant(e)s au questionnaire sont: **299 préposé(e)s aux bénéficiaires (34%)**, **244 infirmières auxiliaires (28%)**, **169 infirmières (19%)**, **87 personnels de soutien (10%)**, **39 représentant(e)s de l'équipe multidisciplinaire (5%)** et **34 cadres (4%)**.
- ◆ Les résultats nous indiquent que plus de quatre répondant(e)s sur dix des quatorze CHSLD de la région de Québec déclarent un **niveau élevé de détresse psychologique**. Ce pourcentage est significativement supérieur à celui observé chez l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es).
- ◆ Comparativement à des personnes du même âge, **10%** des répondant(e)s des quatorze CHSLD participants considèrent leur santé moyenne ou mauvaise. Ce pourcentage est significativement supérieur à celui observé chez l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es).
- ◆ Plus d'un(e) répondant(e) sur trois des quatorze CHSLD de la région de Québec déclare être aux prises avec des **problèmes de sommeil**.

- ◆ *Les contraintes psychosociales au travail sont déclarées par une proportion très importante des répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD participants. En effet, sept contraintes sur neuf touchent 48% des répondant(e)s et plus.*
- ◆ *Une **latitude décisionnelle faible** constitue la contrainte psychosociale la plus fréquemment déclarée par les répondant(e)s (86%). La demande psychologique élevée et la demande émotionnelle élevée affectent, quant à elles, près de 60% des répondant(e)s. Viennent ensuite le déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue (54%), le faible niveau de reconnaissance (53%), la faible prévisibilité au travail (50%), la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique (48%), le faible soutien social des supérieurs (36%) et des collègues (35%). Seul le sens du travail demeure très élevé chez l'ensemble des intervenant(e)s, soit chez 97% d'entre eux (elles).*
- ◆ *Par rapport à l'ensemble des travailleur(euse)s du Québec, les répondant(e)s des quatorze CHSLD sont significativement plus souvent exposé(e)s à une faible latitude décisionnelle, à une forte demande psychologique et à la combinaison de ces deux contraintes.*

2. Faits saillants ensemble des CHSLD participants de la région de Québec (par groupes professionnels)

- ◆ *Chacun des groupes professionnels déclare un niveau élevé de **détresse psychologique**. Les cadres sont les plus affecté(e)s avec 56% de détresse psychologique. Les infirmières suivent avec 51% des répondant(e)s, puis les infirmières auxiliaires (48%), les préposé(e)s aux bénéficiaires (46%), le personnel de soutien (45%) et le personnel de l'équipe multidisciplinaire (44%).*
- ◆ *Les cadres perçoivent légèrement plus souvent leur **santé moyenne ou mauvaise** que les autres groupes professionnels (12%). Les membres du personnel de soutien ont une meilleure perception de leur santé que les autres groupes professionnels. En effet, seulement 5% considèrent leur santé moyenne ou mauvaise.*

- ◆ *C'est le personnel de l'équipe multidisciplinaire qui déclare le plus souvent des **problèmes de sommeil** (44%), suivi de près par les cadres (41%), les infirmières (39%) et les infirmières auxiliaires (37%). Le personnel de soutien est le groupe qui est le moins affecté par ces problèmes (26%) suivi des préposé(e)s aux bénéficiaires (32%).*

- ◆ *Une **faible latitude décisionnelle** est la contrainte la plus souvent déclarée par quatre groupes de professionnels sur six: les infirmières auxiliaires (95%), les préposé(e)s aux bénéficiaires (94%), le personnel de soutien (85%) et les infirmières (83%).*

- ◆ *Les **infirmières auxiliaires** et les **préposé(e)s aux bénéficiaires** s'avèrent être les groupes professionnels qui cumulent le plus de contraintes psychosociales. En effet, ces deux groupes arrivent le plus souvent au premier rang d'exposition aux contraintes mesurées. De plus, ce sont au moins 50% des infirmières auxiliaires et des préposé(e)s aux bénéficiaires qui seraient exposé(e)s à six des huit contraintes. De façon détaillée, on note chez les **infirmières auxiliaires** que l'exposition à une latitude décisionnelle faible (95%) est suivie d'une demande émotionnelle élevée (71%), d'un faible niveau de reconnaissance (60%) et d'un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue (55%). Chez les **préposé(e)s aux bénéficiaires**, la latitude décisionnelle faible (94%) est suivie d'une demande psychologique élevée (62%), d'une demande émotionnelle élevée (58%), d'une combinaison de demande psychologique élevée et d'une latitude décisionnelle faible (57%), d'un faible niveau de prévisibilité au travail (56%) et d'un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue (55%).*

- ◆ *Le **groupe du personnel de soutien** est également affecté par un nombre important de contraintes. En effet, 85% d'entre eux(elles) déclarent une faible latitude décisionnelle, 58% rapportent un faible niveau de prévisibilité au travail, 54% d'entre eux(elles), une forte demande psychologique et 54% une faible reconnaissance au travail.*

- ◆ *Une faible latitude décisionnelle est déclarée par un nombre important d'**infirmières** (83%). Quant aux autres contraintes, elles déclarent en ordre décroissant une demande émotionnelle*

élevée (64%), une demande psychologique élevée (59%) et un déséquilibre entre les efforts consentis et la reconnaissance obtenue (54%).

- ◆ *Une **demande psychologique élevée** constitue la contrainte du travail la plus fréquemment déclarée par le **personnel de l'équipe multidisciplinaire** et par le **personnel cadre** (74%).*
- ◆ *En plus d'une demande psychologique élevée, le **personnel de l'équipe multidisciplinaire** déclare un déséquilibre entre les efforts consentis et la reconnaissance obtenue (54%) de même qu'un faible niveau de reconnaissance (46%).*
- ◆ *Parmi l'ensemble des groupes professionnels étudiés, le **personnel cadre** s'avère être le moins affecté par les contraintes du travail mesurées. Il n'en reste pas moins que près de 74% d'entre eux(elles) déclarent une demande psychologique élevée. Le déséquilibre entre les efforts consentis et la reconnaissance obtenue (53%) et la demande émotionnelle élevée (45%) représentent des contraintes qui affectent une forte proportion d'entre eux(elles).*

1. INTRODUCTION

Le présent rapport vise à documenter les contraintes de l'environnement psychosocial du travail et les problèmes de santé chez les intervenant(e)s de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée de la région de Québec. Il présente notamment les résultats de la première étape de la recherche intitulée : *Recherche intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel au travail du personnel soignant*. Les personnes visées par cette partie de la recherche sont les intervenant(e)s en contact direct avec les résidents, travaillant en CHSLD au moins deux jours par semaine, et ce, depuis au moins trois mois.

Les changements structurels importants survenus dans le réseau québécois de la santé depuis 1995 ont eu de lourds impacts sur la dynamique de travail du personnel soignant. Ces changements ont, entre autres, amené un grand nombre de personnes à changer d'unité de soins ou de spécialité, voire d'établissement, abandonnant ainsi une expertise pour un nouveau secteur de soins. Ainsi, plusieurs équipes de travail ont été perturbées dans leur fonctionnement par les nombreux mouvements de personnel occasionnés par la transformation du réseau. Se conjuguant aux compressions budgétaires, aux départs massifs à la retraite et à la réduction du taux d'encadrement, des phénomènes comme l'augmentation de la demande de services, l'alourdissement de la clientèle, l'ajout de nouvelles technologies médicales de pointe (ex. : antibiothérapie, anticoagulothérapie), l'arrivée de nouveaux personnels peu expérimentés en soins ambulatoires et la complexification des soins ont eu pour conséquences d'accroître le fardeau de tâche du personnel et d'engendrer un problème important d'essoufflement professionnel.

Une étude récente menée par Renée Bourbonnais (2000a, 2000b) auprès d'infirmières oeuvrant en milieu hospitalier de courte et de longue durée et en CLSC, a permis de mettre en évidence une forte prévalence de problèmes de santé mentale chez les infirmières de l'agglomération de Québec, depuis le début de la transformation, plus précisément, en 1997 et 1998. Les résultats font état d'un nombre important d'infirmières ayant vécu un niveau élevé de détresse psychologique et ayant déclaré une consommation de médicaments psychotropes. Ils révèlent aussi une augmentation de la durée des absences pour maladie certifiée quel que soit le diagnostic et une augmentation de l'incidence et de la durée des absences pour un diagnostic de santé mentale.

De plus en plus, il ressort que les contraintes de l'environnement psychosocial au travail (stress au travail) ayant des conséquences importantes sur la santé amènent les décideurs à définir des stratégies visant à prévenir les désordres psychologiques liés au travail. En Europe et aux États-Unis, l'intérêt croissant suscité par le stress en milieu de travail repose sur l'impact extrêmement négatif et coûteux que peut avoir cette réalité sur le fonctionnement des organisations (Beerman, Kuhn & Kompier, 1999; Jex, 1998; Vézina, 1996). Outre les conséquences sur la santé mentale des individus, le stress en milieu de travail entraînerait pour l'organisation un plus haut taux d'absentéisme et de roulement de personnel, plus d'accidents, plus de maladies, un plus bas niveau de performance, une perte de productivité et une augmentation des coûts de soins de santé (Jex, 1998). Les coûts engendrés par le stress se chiffrent en milliards de dollars et la Politique de la santé et du bien-être reconnaît que le tiers des journées d'absences du travail dues à des problèmes de santé mentale est relié au travail lui-même et donc aux conditions dans lesquelles il s'exerce (MSSS, 1992). C'est dans cette problématique que s'inscrit la présente recherche.

Les sections décrivant le cadre théorique et la méthodologie de la recherche ont été placées en annexe à la toute fin du rapport. Les personnes qui désirent avoir plus de détails sur ces aspects de la recherche sont invitées à se référer aux pages 36 à 42.

2. GROUPE DE COMPARAISON

Les résultats observés chez les intervenant(s) des quatorze CHSLD de la région de Québec ont été comparés aux résultats observés chez un groupe de comparaison. Ce groupe est constitué de 11 485 répondant(e)s de l'Enquête sociale et de santé du Québec de 1998 (ESSQ-98). Cet échantillon est représentatif de l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es) âgé(e)s de 18 ans et plus au moment de l'enquête. Dans l'ESSQ-98, la demande psychologique, la latitude décisionnelle, la tension au travail, la détresse psychologique et la perception de la santé ont été mesurées. Il nous sera donc possible de comparer la réalité des intervenant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec à celle des travailleur(euse)s québécois(es), pour ces contraintes psychosociales et ces problèmes de santé.

3. ANALYSES RÉALISÉES

Le pourcentage de répondant(e)s des quatorze CHSLD participants ayant une demande psychologique élevée, une latitude décisionnelle faible, une combinaison de demande psychologique élevée et de latitude décisionnelle faible a été comparé aux pourcentages observés chez l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es) de 18 ans et plus. Pour les autres contraintes psychosociales, nous présentons la proportion de répondant(e)s des quatorze CHSLD ayant un faible niveau de soutien social au travail, une reconnaissance faible, un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue, une demande émotionnelle élevée, un sens du travail élevé et un faible niveau de prévisibilité au travail. Pour les indicateurs de santé, le pourcentage de répondant(e)s des quatorze CHSLD déclarant un niveau élevé de détresse psychologique et percevant leur santé moyenne ou mauvaise a été comparé aux pourcentages observés chez l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es) de 18 ans et plus. Finalement, le pourcentage de répondant(e)s des quatorze CHSLD participants déclarant avoir des problèmes de sommeil est présenté. Les pourcentages impliqués lors des comparaisons avec les travailleur(euse)s québécois(es) ont été ajustés pour l'âge, le sexe et le niveau de scolarité. Ces ajustements nous assurent que les différences observées entre les pourcentages observés chez les répondant(e)s des quatorze CHSLD et ceux des travailleur(euse)s québécois(es) de 18 ans et plus ne sont pas dues à une différence d'âge, de sexe ou de scolarité. Le seuil de signification statistique a été fixé à 10%. Un astérisque (*) indique une différence statistiquement significative ($p < 0,10$).

Les résultats des analyses sont présentés au moyen de diagrammes en barres vous permettant de dégager rapidement les informations importantes. En outre, pour faciliter la lecture, vous trouverez l'interprétation des résultats obtenus au bas de chacun des graphiques. En plus de la présentation des pourcentages observés chez les répondant(e)s des quatorze CHSLD et ceux des travailleur(euse)s québécois(es) de 18 ans et plus, nous vous présentons le détail pour chacune des composantes des différentes contraintes.

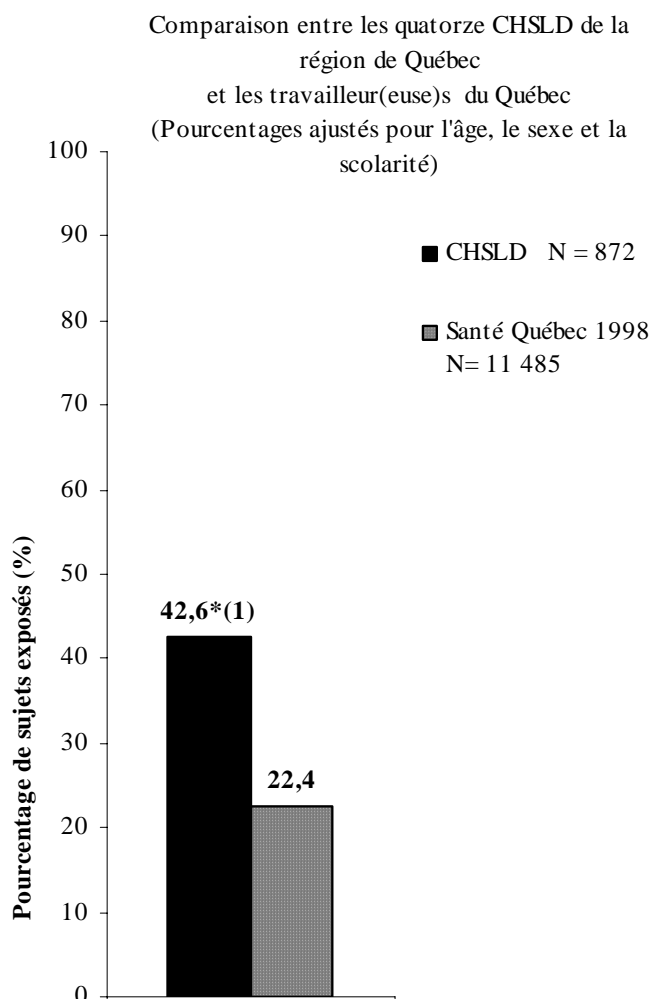
4. RÉSULTATS

Résultats globaux (pour l'ensemble des répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec)

Dans cette section, nous présentons un bref aperçu du portrait global de l'environnement psychosocial et la santé des répondant(e)s en provenance de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec ayant accepté de participer à la recherche et ayant obtenu un taux de participation de plus de 70%¹. Parmi les **1066** intervenant(e)s éligibles, **872** ont accepté de remplir le questionnaire, ce qui représente un **taux de participation** de **82%**.

¹ Voir la liste des CHSLD participants à la page 34

Pourcentage de répondant(e)s déclarant un niveau élevé de détresse psychologique. (2001)



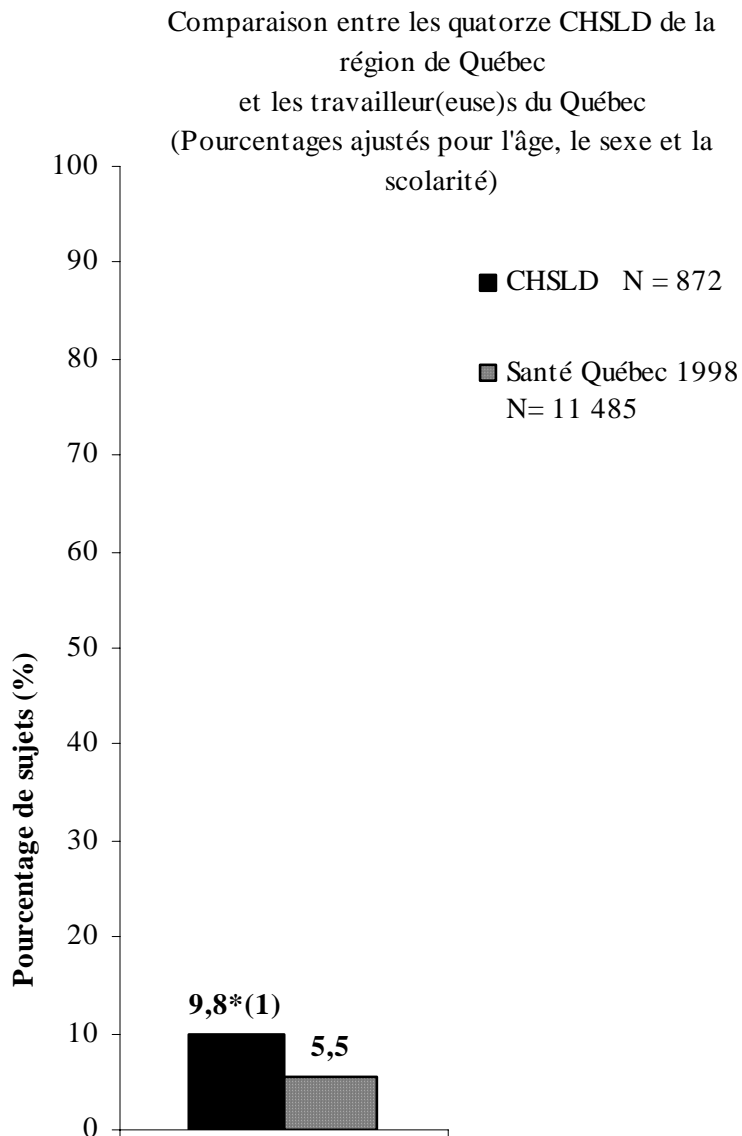
(2) Le pourcentage brut (non ajusté) est de 47.9

* Différence statistiquement significative ($p < 0.10$)

Détresse psychologique

Les résultats indiquent que les répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec montrent des signes de **détresse psychologique élevée**. Le pourcentage de répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec qui déclarent un niveau élevé de détresse psychologique est significativement supérieur à celui observé chez l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es) (42.6% > 22.4%, $p = 0.000$).

Pourcentage de répondant(e)s qui perçoivent leur santé moyenne ou mauvaise. (2001)



(1) Le pourcentage brut (non ajusté) est de 10.1

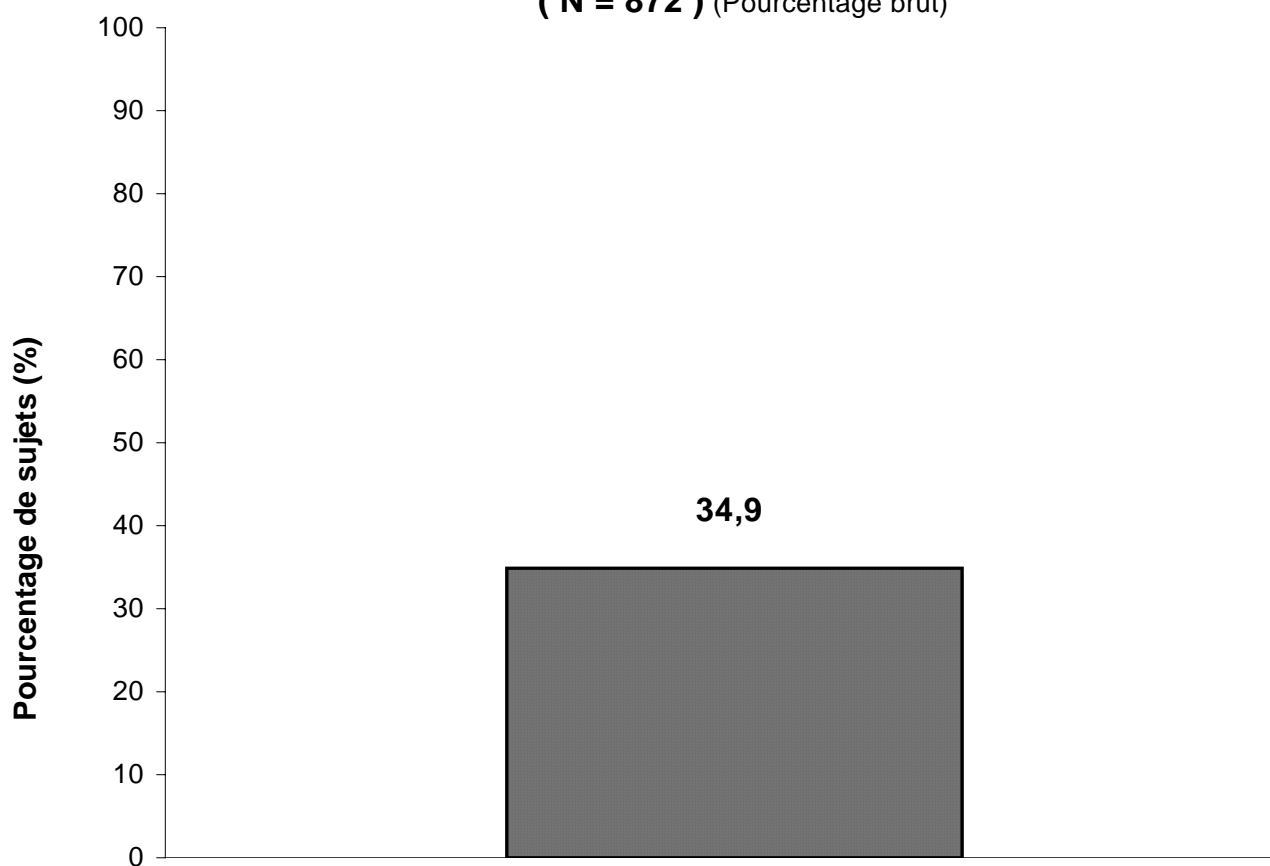
* Différence statistiquement significative ($p < 0.10$)

Perception de la santé

Comparativement à des personnes du même âge, près de 10% des répondant(e)s des quatorze CHSLD perçoivent leur santé moyenne ou mauvaise. Cette proportion est significativement supérieure à celle observée chez les travailleur(euse)s du Québec (9.8% > 5.5%, $p = 0.000$).

Pourcentage de répondants(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec aux prises avec des problèmes de sommeil (2001)

(N = 872) (Pourcentage brut)

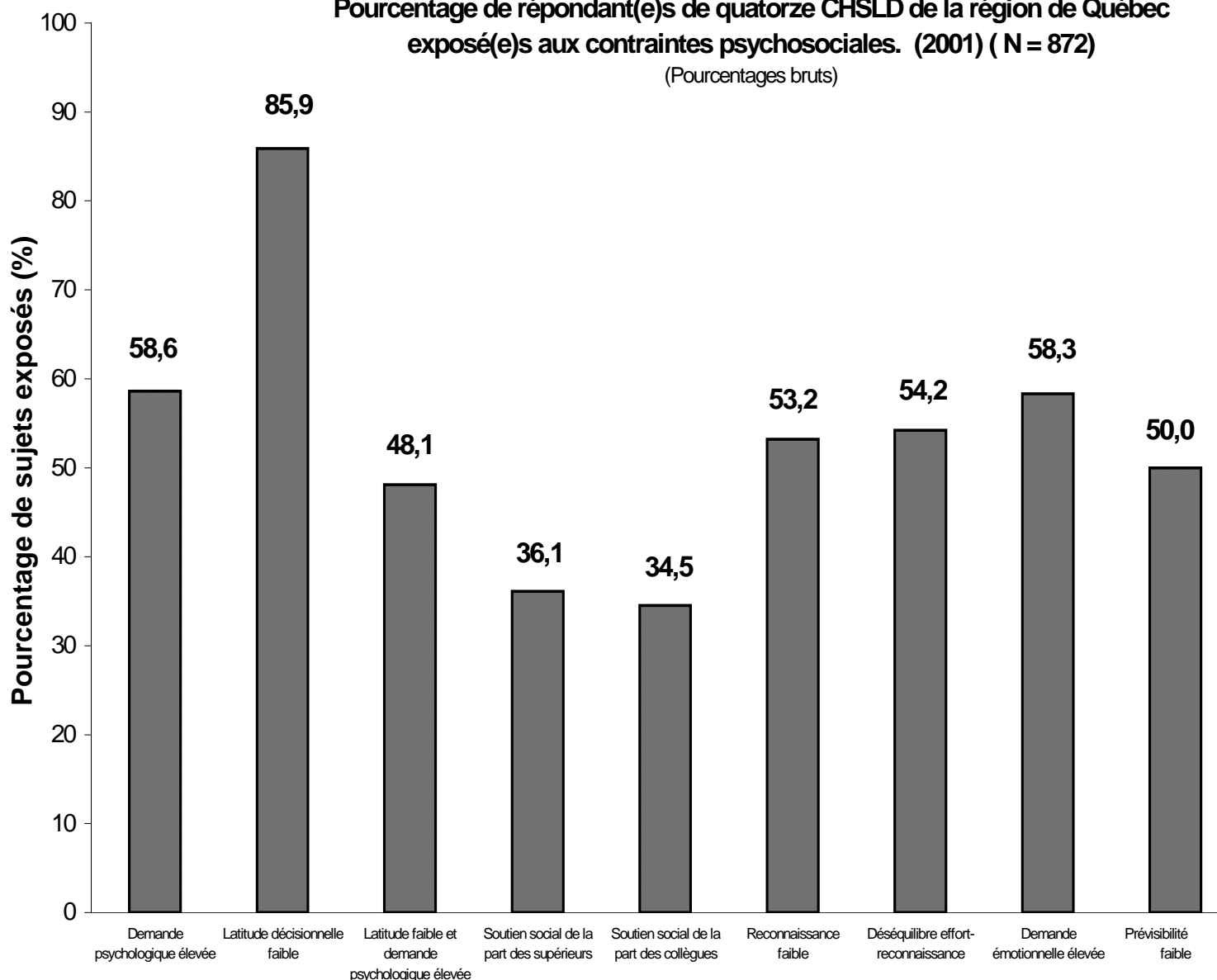


Problèmes de sommeil

Plus d'un(e) répondant(e) sur trois des quatorze CHSLD de la région de Québec déclare être aux prises avec des problèmes de sommeil.

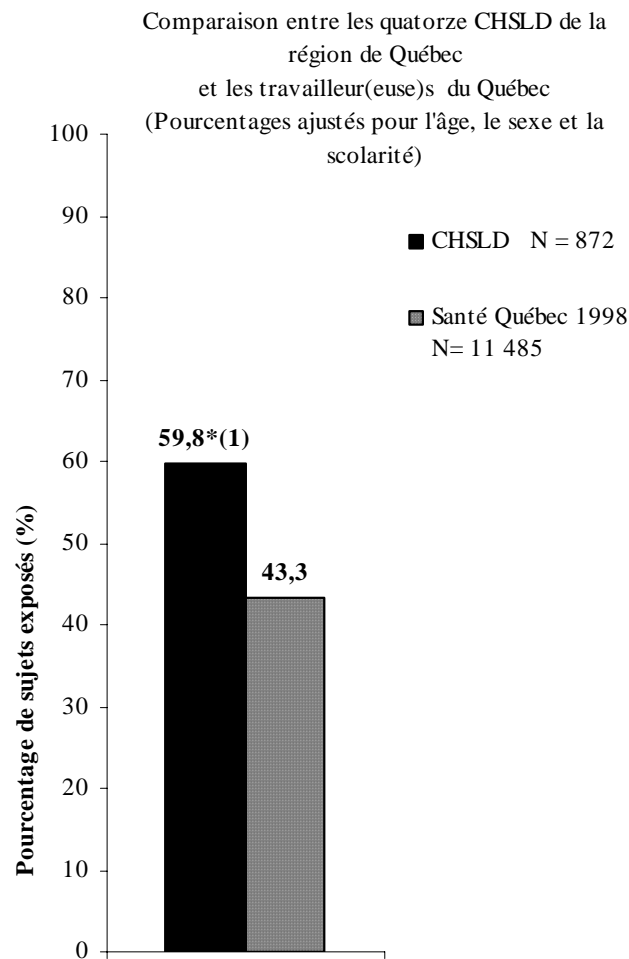
**Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec
exposé(e)s aux contraintes psychosociales. (2001) (N = 872)**

(Pourcentages bruts)



Les résultats présentés au graphique précédent indiquent clairement qu'une forte proportion des répondant(e)s sont affecté(e)s par les contraintes de l'environnement psychosocial du travail. Une **latitude décisionnelle faible** constitue la contrainte psychosociale la plus fréquemment déclarée par les répondant(e)s (86%). La demande psychologique élevée et la demande émotionnelle élevée affectent, quant à elles, près de 60% des répondant(e)s. Viennent ensuite le déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue (54%), le faible niveau de reconnaissance (53%), la faible prévisibilité au travail (50%), la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique (48%), le faible soutien social des supérieurs (36%) et des collègues (35%). Seul le sens du travail demeure très élevé chez l'ensemble des intervenant(e)s, soit 97% d'entre eux (elles).

Pourcentage de répondant(e)s exposé(e)s à un niveau élevé de demande psychologique. (2001)



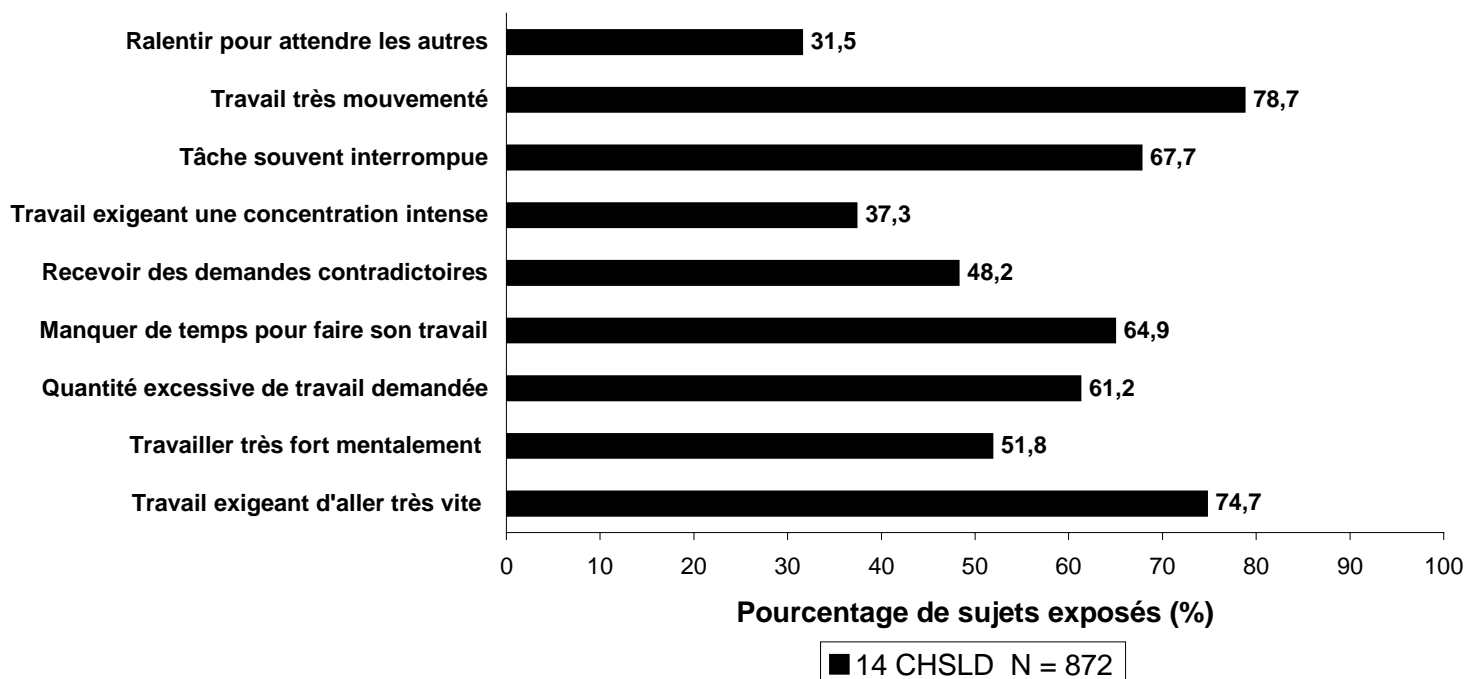
(1) Le pourcentage brut (non ajusté) est de 58.6

* Différence statistiquement significative ($p < 0.10$)

Demande psychologique (*charge de travail*)

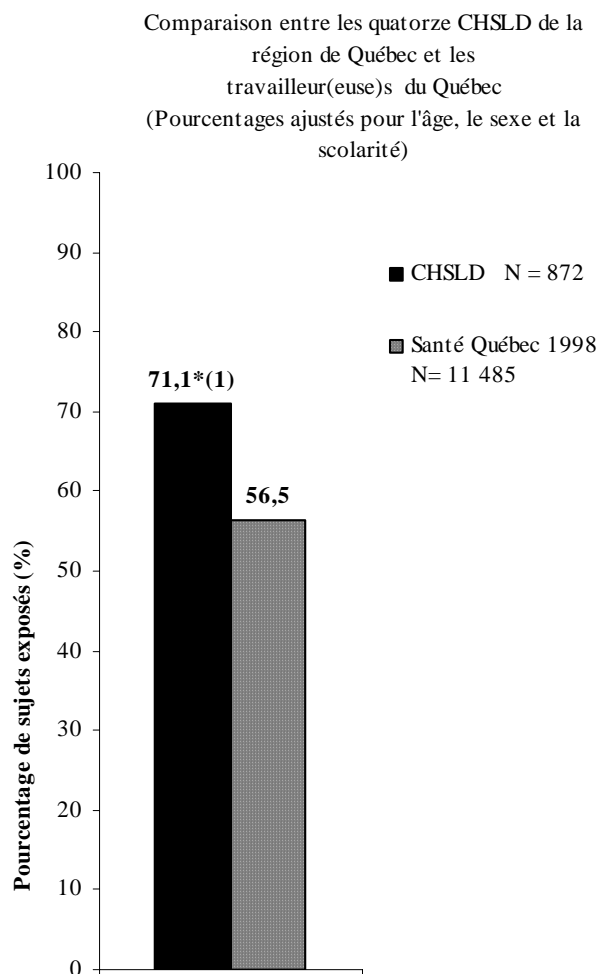
Les résultats indiquent qu'un niveau élevé de **demande psychologique** est déclaré par près de 60% des répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec. Ce pourcentage est significativement plus important que celui observé chez l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es) (59.8% > 43.3%, $p = 0.000$).

Pourcentage de répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un niveau élevé de demande psychologique pour chacune des composantes de l'indice. (2001)



Plusieurs composantes de la demande psychologique posent plus particulièrement un problème aux répondant(e)s des quatorze CHSLD participants. Au moins 48% des répondant(e)s déclarent un niveau élevé à sept des neuf composantes de l'indice de demande psychologique. Le fait d'avoir un travail très mouvementé (79%), d'avoir un travail exigeant d'aller très vite (75%), d'avoir des tâches de travail souvent interrompues (68%), de manquer de temps pour faire son travail (65%), qu'une quantité excessive de travail soit demandée (61%) et de travailler très fort mentalement (52%) représentent les composantes qui touchent plus de la moitié des répondant(e)s.

Pourcentage de répondant(e)s exposé(e)s à une latitude décisionnelle faible. (2001)



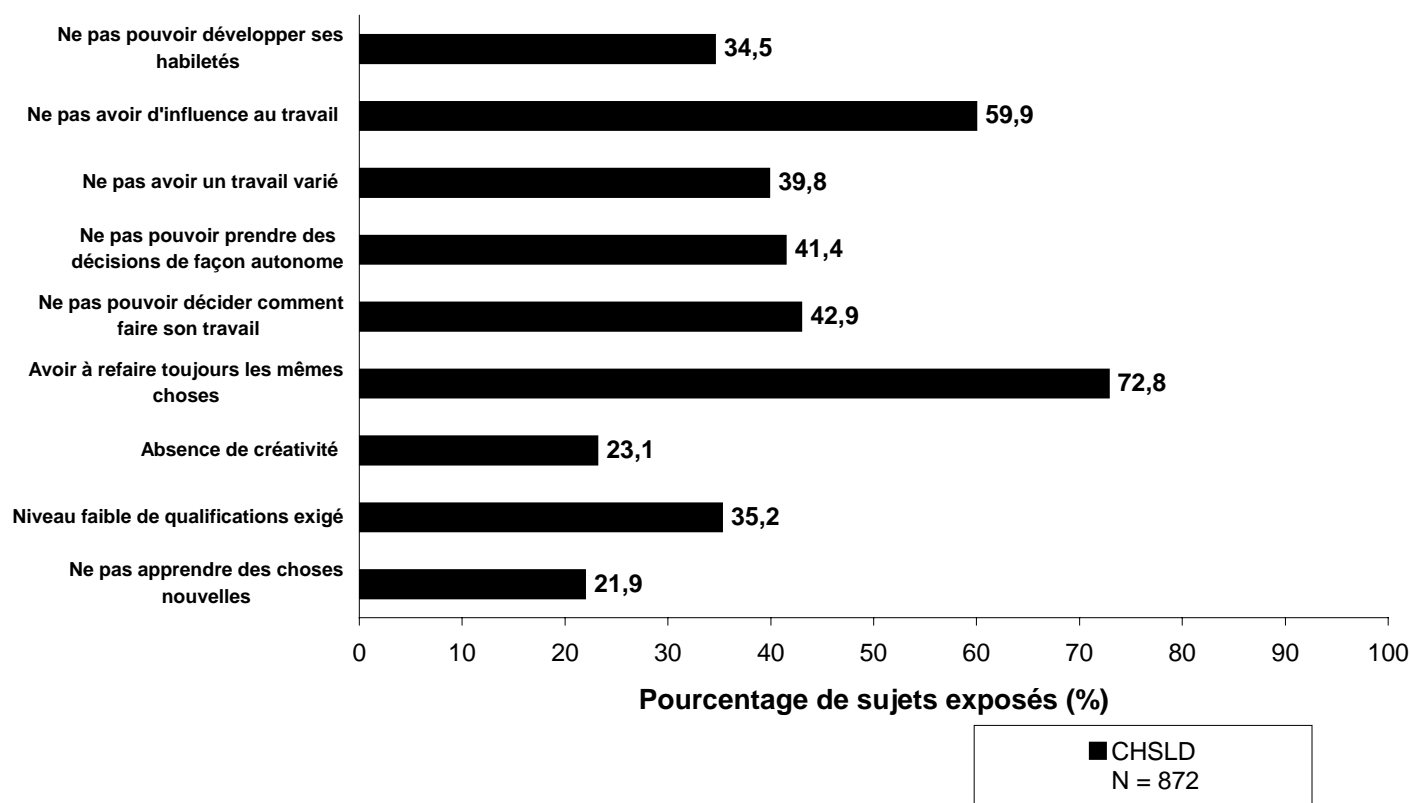
(1) Le pourcentage brut (non ajusté) est de 85.9

* Différence statistiquement significative ($p < 0.10$)

Latitude décisionnelle (*capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles de même que possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent*)

Une **faible latitude décisionnelle** est rapportée par une forte proportion des répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec. Cette contrainte est rapportée significativement plus souvent par les répondant(e)s des quatorze CHSLD que par l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es) (71.1% > 56.5%, $p = 0.000$).

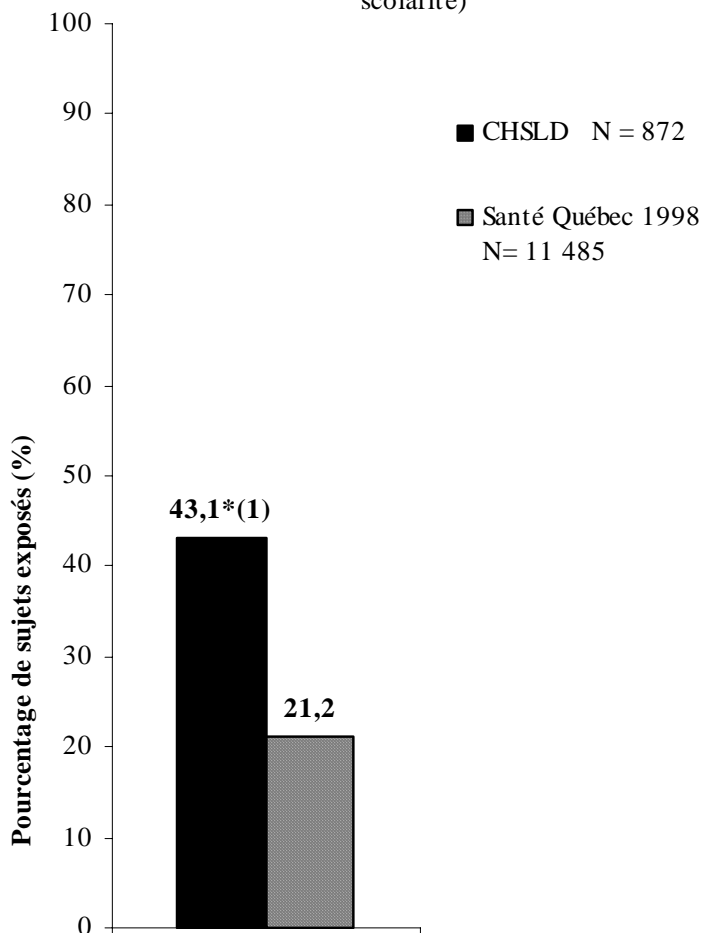
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de latitude décisionnelle pour chacune des composantes de l'indice. (2001)



Plusieurs composantes de la latitude décisionnelle posent un problème aux répondant(e)s des quatorze CHSLD participants de la région de Québec. En effet, plus de 40% des répondant(e)s déclarent un niveau élevé à cinq des neuf composantes de l'indice. Le fait d'avoir à refaire toujours les mêmes choses (73%), de ne pas avoir d'influence au travail (60%), de ne pas pouvoir décider comment faire son travail (43%), de ne pas pouvoir prendre des décisions de façon autonome (41%) et de ne pas avoir un travail varié (40%) constituent les composantes qui affectent le plus de répondant(e)s. En outre, plus du tiers des répondant(e)s déclarent que leur travail exige un faible niveau de qualifications (35%) et disent ne pas pouvoir développer leurs habiletés (35%).

Pourcentage de répondant(e)s exposé(e)s à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle. (2001)

Comparaison entre les quatorze CHSLD de la région de Québec et les travailleur(euse)s du Québec
(Pourcentages ajustés pour l'âge, le sexe et la scolarité)



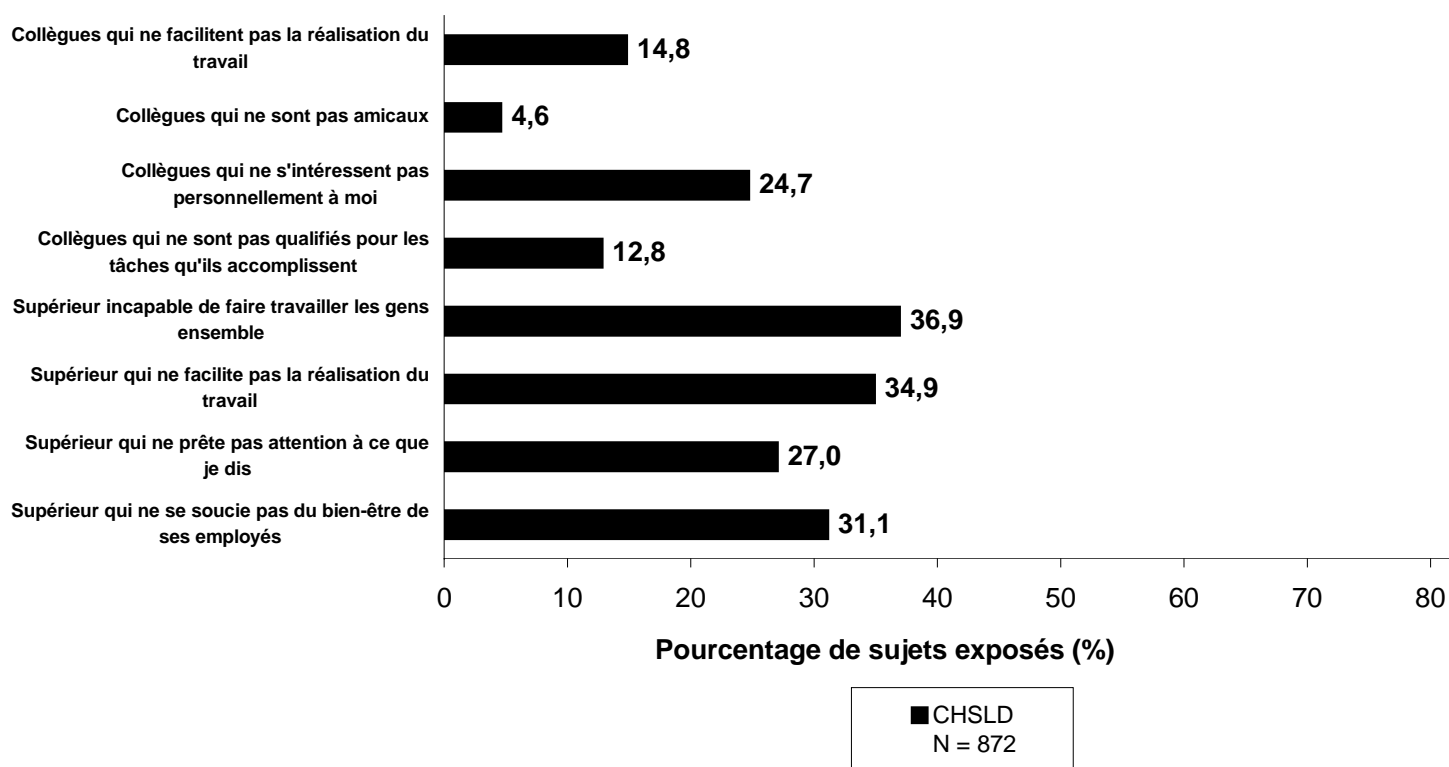
(1) Le pourcentage brut (non ajusté) est de 48.1

* Différence statistiquement significative ($p < 0.10$)

Tension au travail

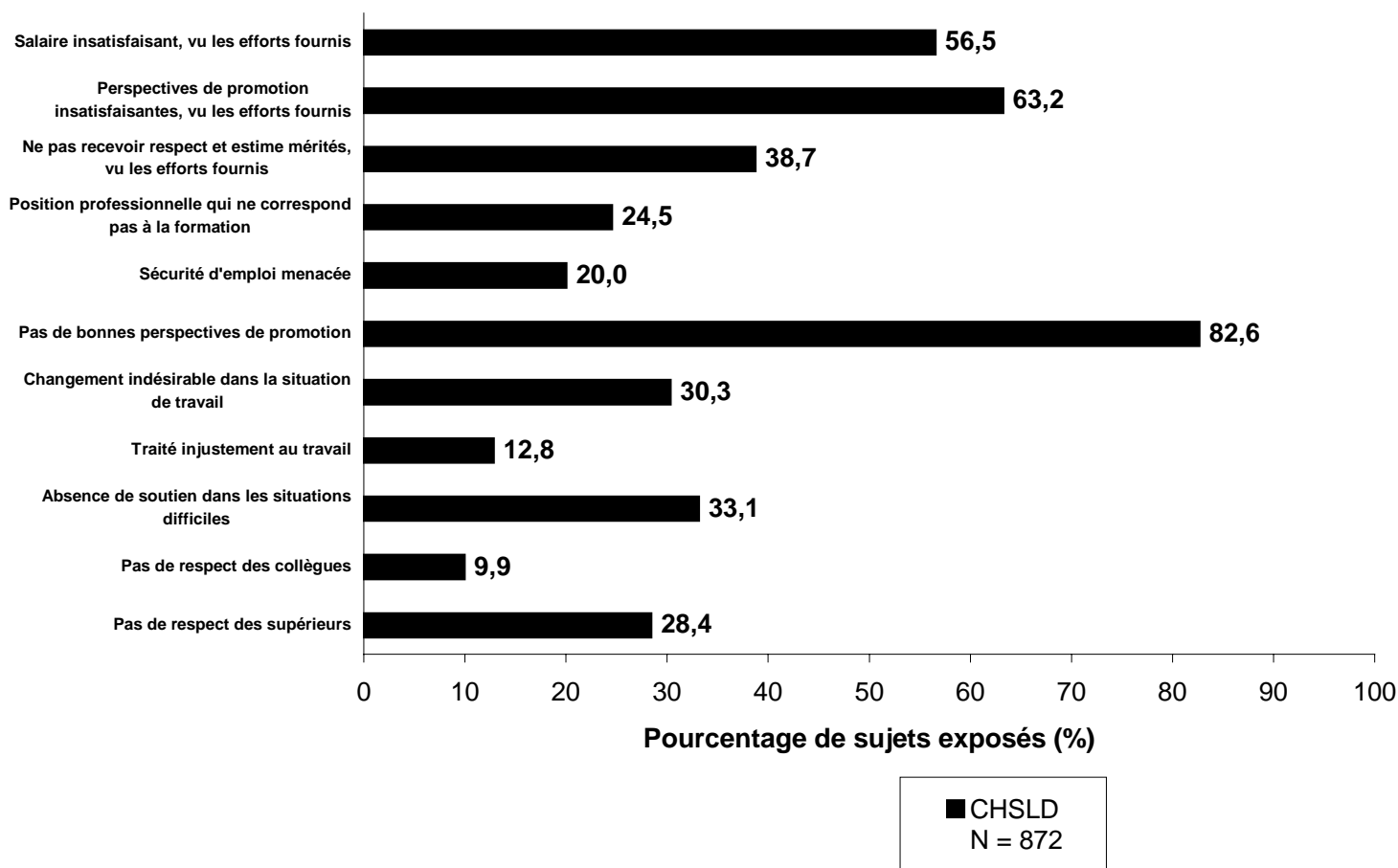
Une proportion importante de répondant(e)s en provenance de quatorze CHSLD de la région de Québec déclarent être exposé(e)s à une combinaison de demande psychologique élevée et de latitude décisionnelle faible. Cette proportion est significativement supérieure à celle observée chez les travailleur(euse)s québécois(es) (43.1% > 21.2%, $p = 0.000$).

**Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec
exposé(e)s à un faible niveau de soutien social au travail pour chacune
des composantes de l'indice. (2001)**



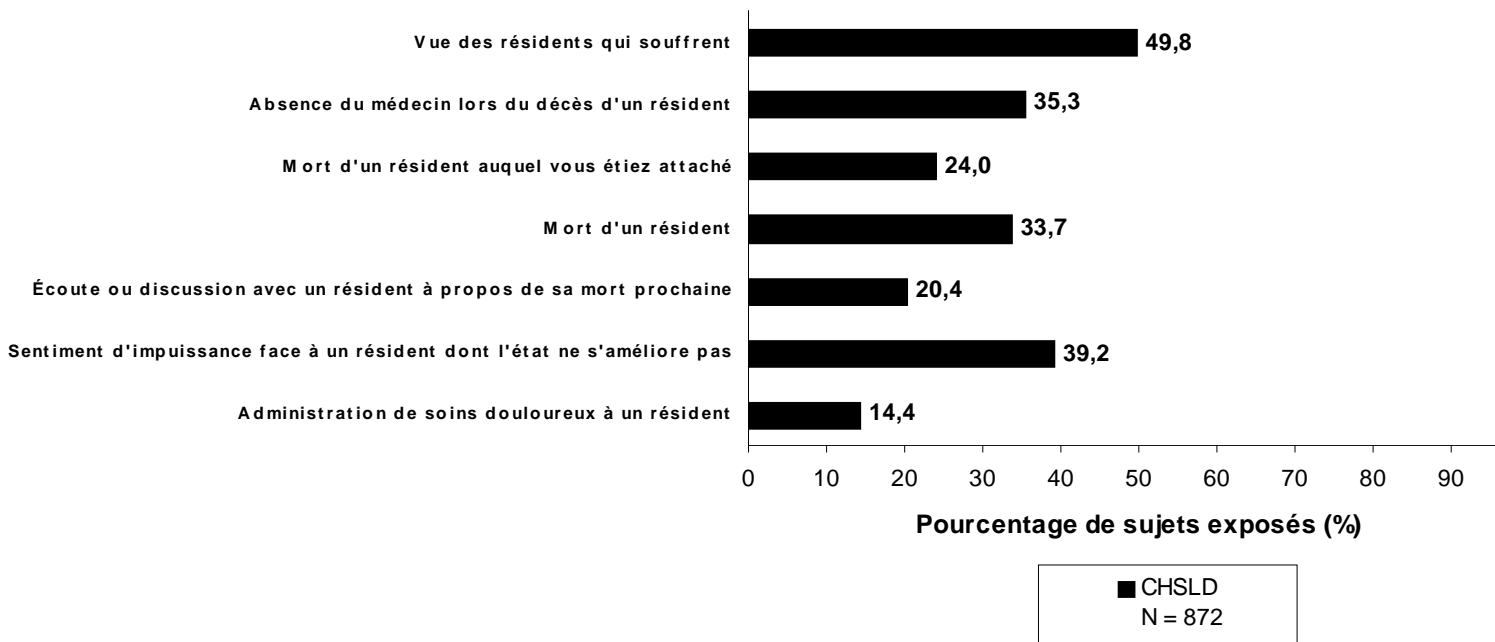
Deux composantes de l'indice de soutien social de la part des supérieurs posent un problème à plus du tiers des répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec. Le fait d'avoir un supérieur incapable de faire travailler les gens ensemble (37%) et qui ne facilite pas la réalisation du travail (35%) représentent les deux composantes qui touchent le plus de répondant(e)s. Soulignons que les quatre composantes de l'indice de soutien social de la part des collègues sont rapportées par moins du quart des répondant(e)s. Le fait que les collègues ne s'intéressent pas personnellement à eux (25%) constitue la composante qui touche le plus de répondant(e)s.

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de reconnaissance pour chacune des composantes de l'indice. (2001)



Trois composantes de la reconnaissance touchent plus de 56% des répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec. En effet, une forte proportion de répondant(e)s déclarent ne pas avoir de bonnes perspectives de promotion (83%) et se disent insatisfait(e)s de leurs perspectives de promotion (63%) et de leur salaire (57%), vu les efforts fournis. En outre, plus du tiers des répondant(e)s disent ne pas recevoir le respect et l'estime mérités (39%) et déclarent ne pas bénéficier de soutien dans les situations difficiles (33%).

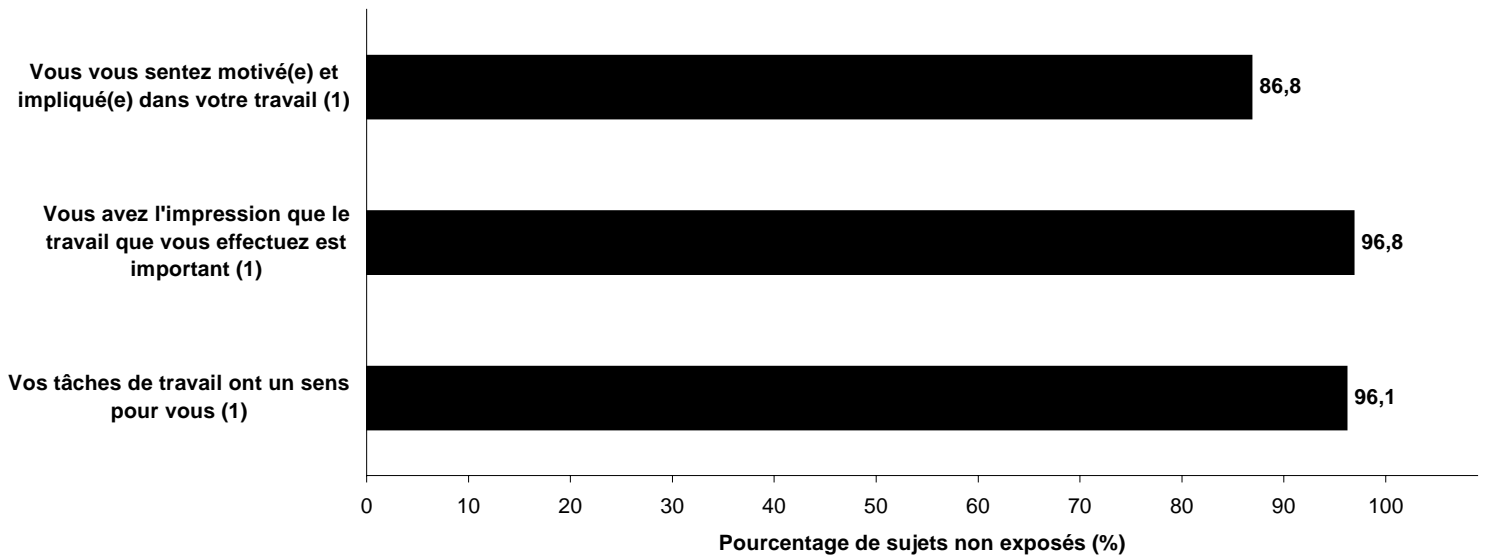
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un niveau élevé de demande émotionnelle pour chacune des composantes de l'indice. (2001)



Demande émotionnelle (*fréquence de certaines situations éprouvantes susceptibles de se produire au travail*)

Certaines composantes de la **demande émotionnelle** affectent une bonne partie des répondant(e)s des quatorze CHSLD participants. La vue des résidents qui souffrent (50%), le sentiment d'impuissance face à un résident dont l'état ne s'améliore pas (39%), l'absence du médecin lors du décès d'un résident (35%) et la mort d'un résident (34%) constituent les composantes de la demande émotionnelle les plus souvent déclarées par les répondant(e)s.

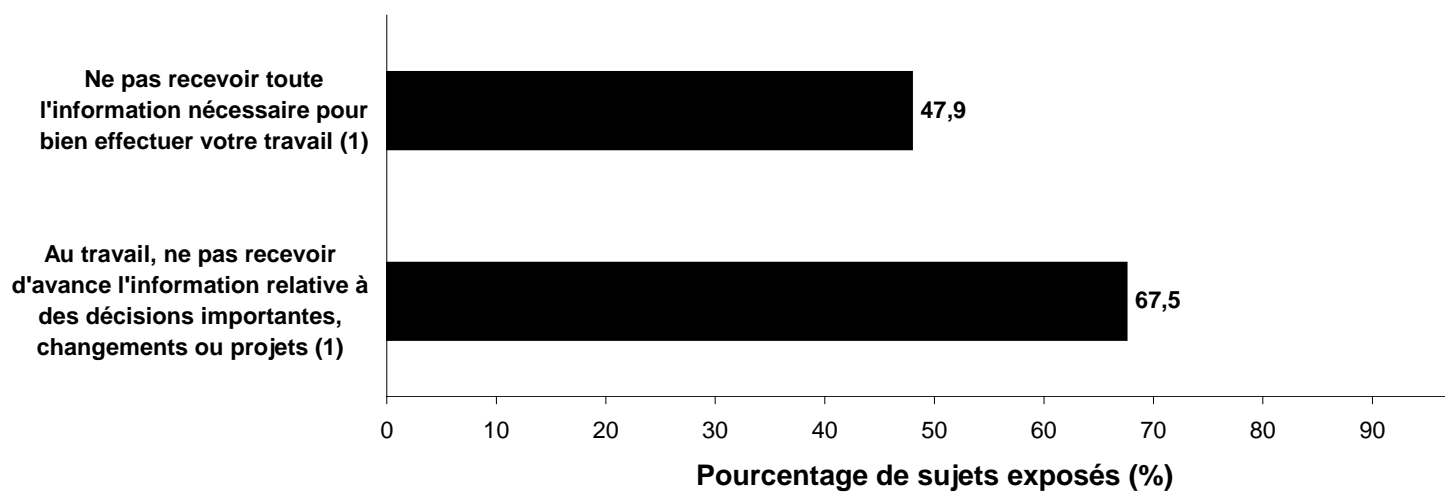
Pourcentage de répondant(e)s des quatorze CHSLD de la région de Québec exprimant un niveau élevé de sens du travail pour chacune des composantes de l'indice. (2001) (N = 872)



(1) Les sujets non exposés sont ceux qui ont répondu : "Extrêmement", "Beaucoup" ou "Assez" à l'énoncé.

Une forte majorité de répondant(e)s déclarent que leurs tâches de travail ont un sens (96%) et que leur travail est important pour eux (97%). Toutefois, plus d'un(e) répondant(e) sur dix affirme ne pas se sentir motivé(e) et impliqué(e) dans son travail (13%).

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de prévisibilité au travail pour chacune des composantes de l'indice. (2001)



(1) Les sujets exposés sont ceux qui ont répondu : "quelquefois", "rarement" et "jamais" à l'énoncé.

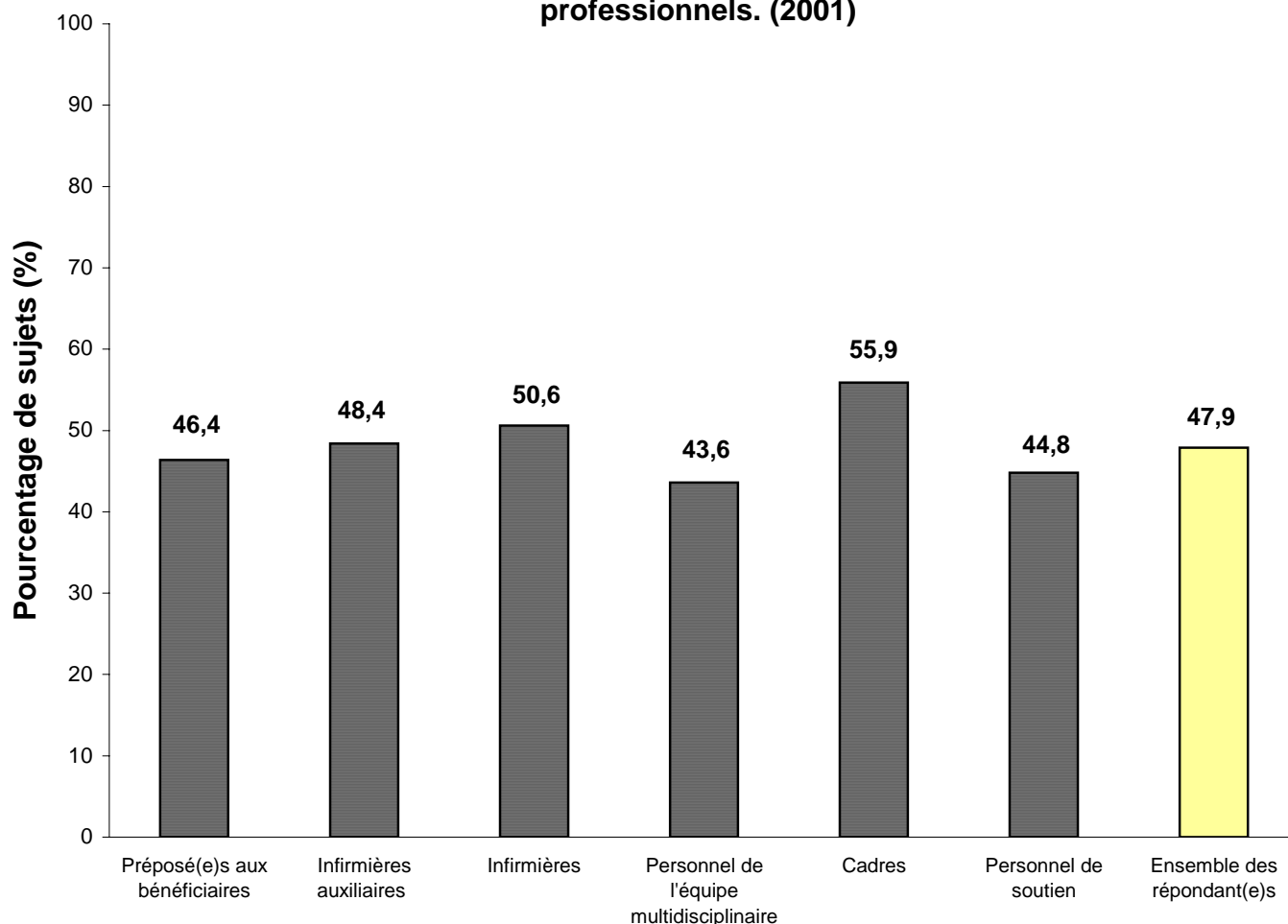
■ CHSLD N = 872

Plus des deux tiers des répondant(e)s des quatorze CHSLD participants soutiennent ne pas recevoir suffisamment d'avance l'information relative à des décisions importantes, des changements ou projets pour l'avenir (68%) tandis que près de la moitié déclare ne pas recevoir toute l'information nécessaire pour bien effectuer leur travail (48%).

4.2 Résultats par groupes professionnels (pour l'ensemble des répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec).

Dans cette section, nous présentons par groupes professionnels, le portrait global de l'environnement psychosocial et la santé des répondant(e)s en provenance de quatorze CHSLD de la région de Québec. Parmi les **1066** intervenant(e)s éligibles, **872** ont accepté de remplir le questionnaire, ce qui représente un **taux de participation de 82%**. Les taux de participation spécifiques à chacun des groupes professionnels sont présentés au tableau 2 de l'annexe 1. Les répondant(e)s au questionnaire sont: **299 préposé(e)s aux bénéficiaires (34%)**, **244 infirmières auxiliaires (28%)**, **169 infirmières (19%)**, **87 personnels de soutien (10%)**, **39 représentant(e)s de l'équipe multidisciplinaire (5%)** et **34 cadres (4%)**. Soulignons que le groupe des cadres comprend les infirmières-chefs, les chefs d'unité et les infirmières cliniciennes, le groupe des intervenant(e)s de l'équipe multidisciplinaire comprend les médecins, les professionnel(le)s en réadaptation, les professionnel(le)s en nutrition, les intervenant(e)s sociaux(les), les pharmacien(ne)s, les moniteur(rice)s en loisirs et les conseiller(ère)s en milieu de vie tandis que le groupe du personnel de soutien comprend principalement des intervenant(e)s non soignant(e)s : les secrétaires, les réceptionnistes, les chauffeurs, les préposé(e)s à l'entretien sanitaire et le personnel de la cuisine.

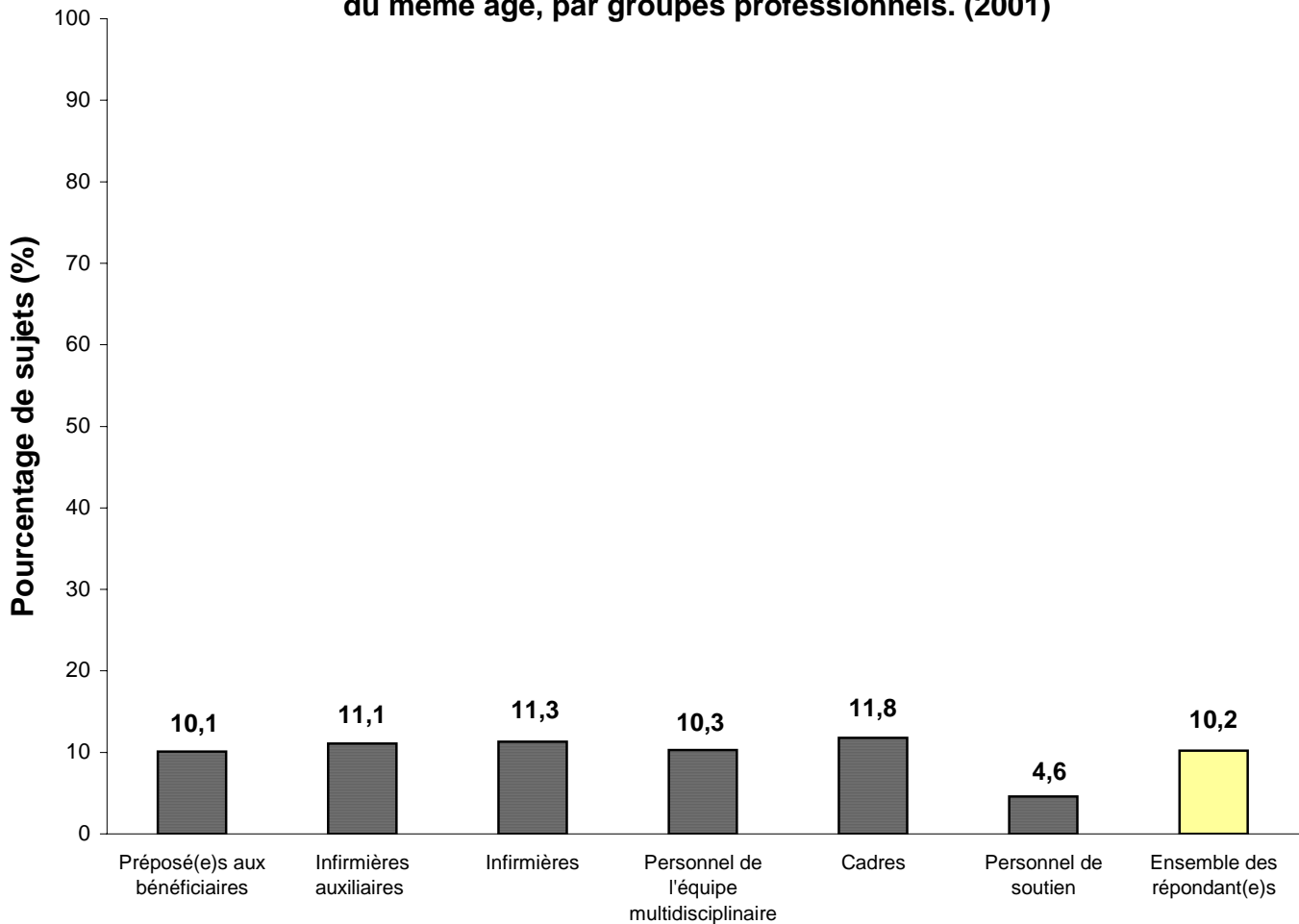
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec qui déclarent un niveau élevé de détresse psychologique, par groupes professionnels. (2001)



Les résultats présentés au graphique précédent indiquent que près de la moitié des répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD déclarent un niveau élevé de **détresse psychologique**, soit 48%². Les cadres sont les plus affecté(e)s avec 56% de détresse psychologique. Les infirmières suivent avec 51%, puis les infirmières auxiliaires (48%), les préposé(e)s aux bénéficiaires (46%), le personnel de soutien (45%) et le personnel de l'équipe multidisciplinaire (44%).

² D'après les données de l'Enquête Santé Québec 1998, 23% des travailleur(euse)s québécois(es) âgé(e)s de 18 ans et plus sont touché(e)s par un niveau élevé de détresse psychologique.

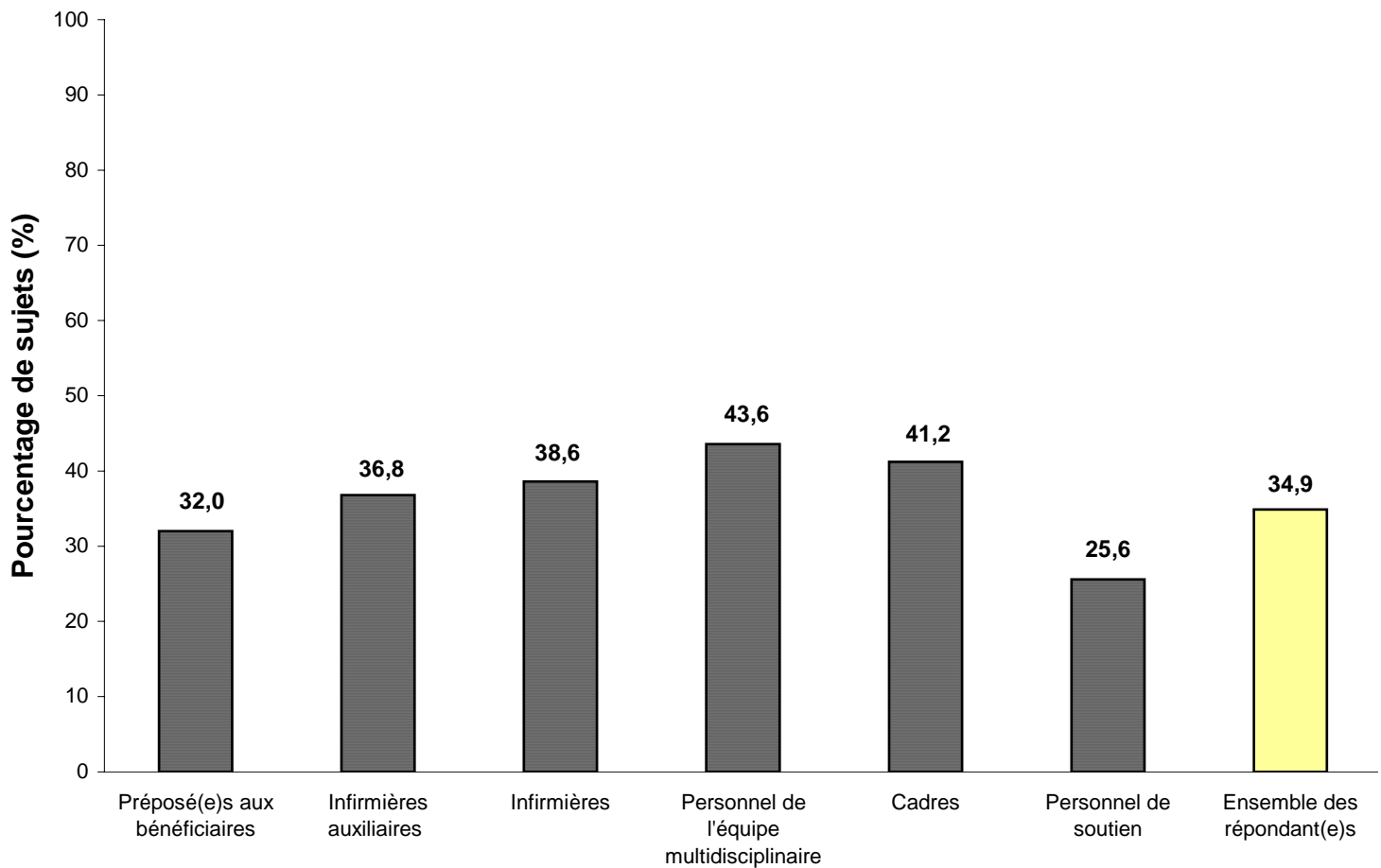
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec qui perçoivent leur santé moyenne ou mauvaise en comparaison avec des personnes du même âge, par groupes professionnels. (2001)



Parmi l'ensemble des répondant(e)s, 10% perçoivent leur **santé moyenne ou mauvaise** en comparaison avec des gens du même âge³. Les cadres perçoivent légèrement plus souvent leur santé moyenne ou mauvaise que les autres groupes professionnels (12%). Les membres du personnel de soutien ont une meilleure perception de leur santé que les autres groupes professionnels. En effet, seulement 5% considèrent leur santé moyenne ou mauvaise.

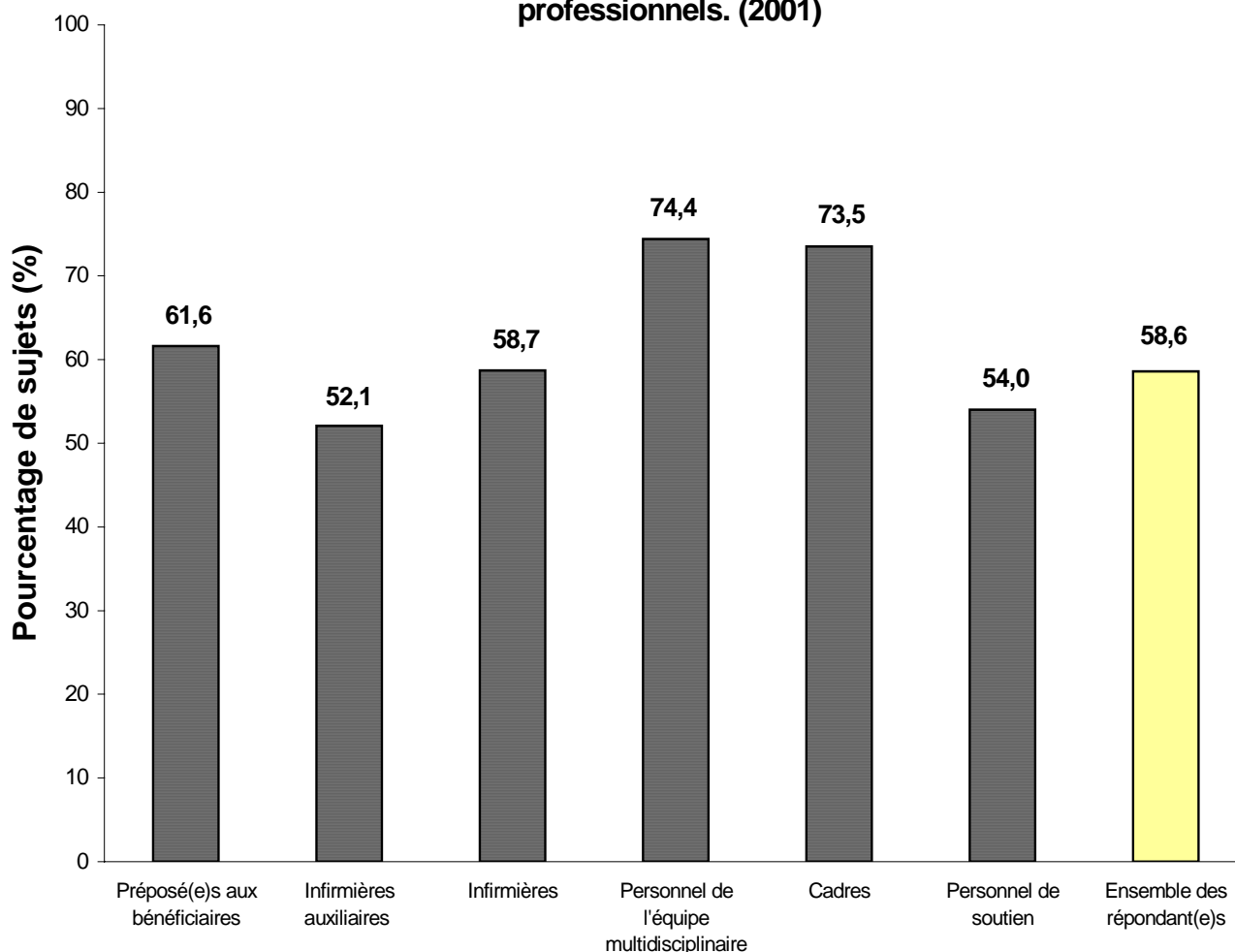
³ D'après les données de l'Enquête Santé Québec 1998, 6% des travailleur(euse)s québécois(es) âgé(e)s de 18 ans et plus perçoivent leur santé moyenne ou mauvaise.

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec aux prises avec des problèmes de sommeil, par groupes professionnels. (2001)



Les **problèmes de sommeil** sont rapportés par 35% des répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD participants. C'est le personnel de l'équipe multidisciplinaire qui déclare le plus souvent ce type de problème (44%), suivi de près par les cadres (41%), les infirmières (39%) et les infirmières auxiliaires (37%). Le personnel de soutien est le groupe qui est le moins affecté par ces problèmes (26%) suivi par les préposé(e)s aux bénéficiaires (32%).

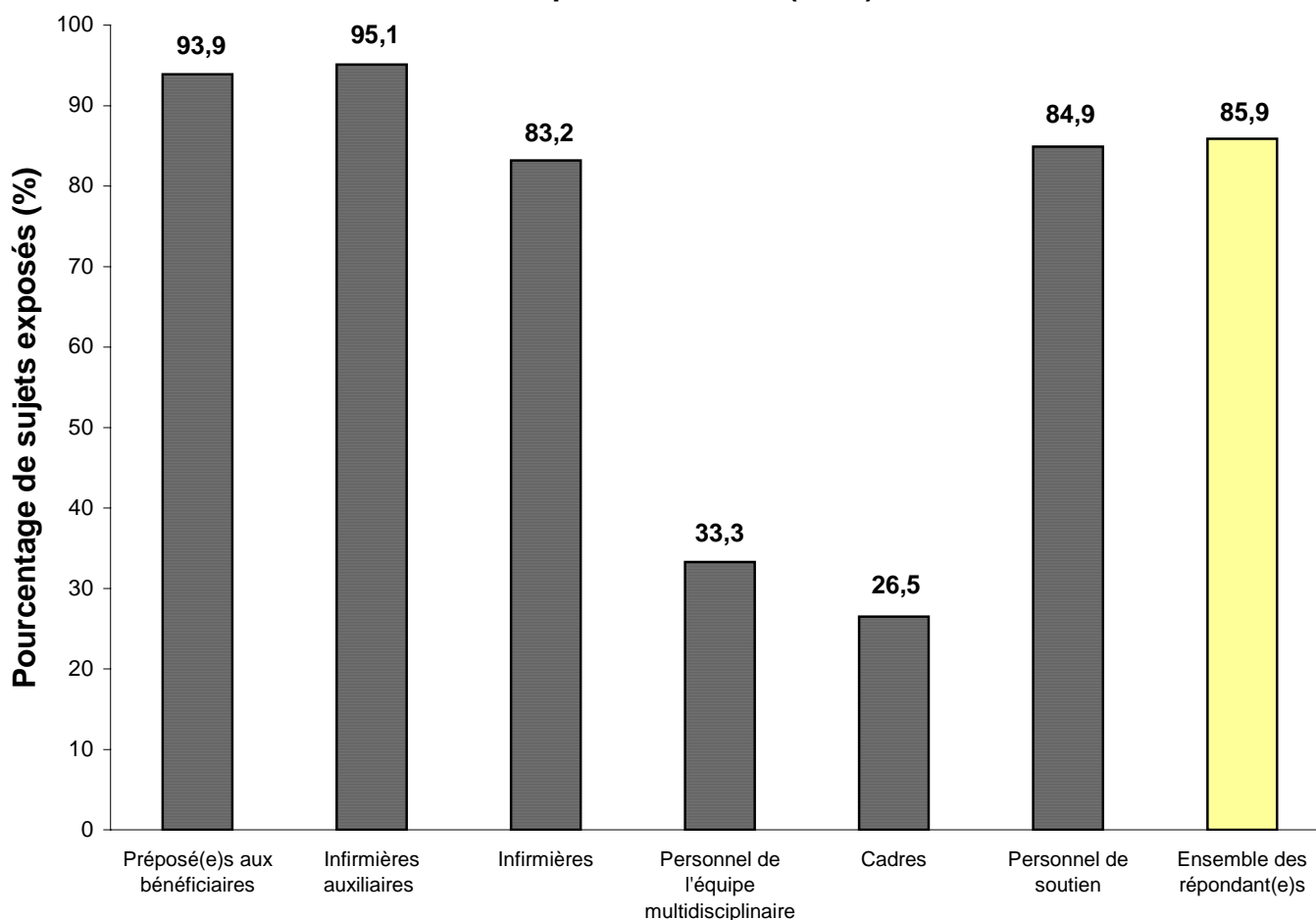
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un niveau élevé de demande psychologique, par groupes professionnels. (2001)



Les résultats présentés au graphique précédent indiquent qu'une **demande psychologique élevée** constitue une contrainte psychosociale chez 59% de l'ensemble des intervenant(e)s en CHSLD⁴. Les intervenant(e)s de l'équipe multidisciplinaire et les cadres déclarent le plus souvent être exposé(e)s à cette contrainte (74%), suivis des préposé(e)s aux bénéficiaires (62%), des infirmières (59%), du personnel de soutien (54%) et des infirmières auxiliaires (52%).

⁴ D'après les données de l'Enquête Santé Québec 1998, 44% des travailleur(euse)s québécois(es) âgé(e)s de 18 ans et plus se disent touché(e)s par une demande psychologique élevée.

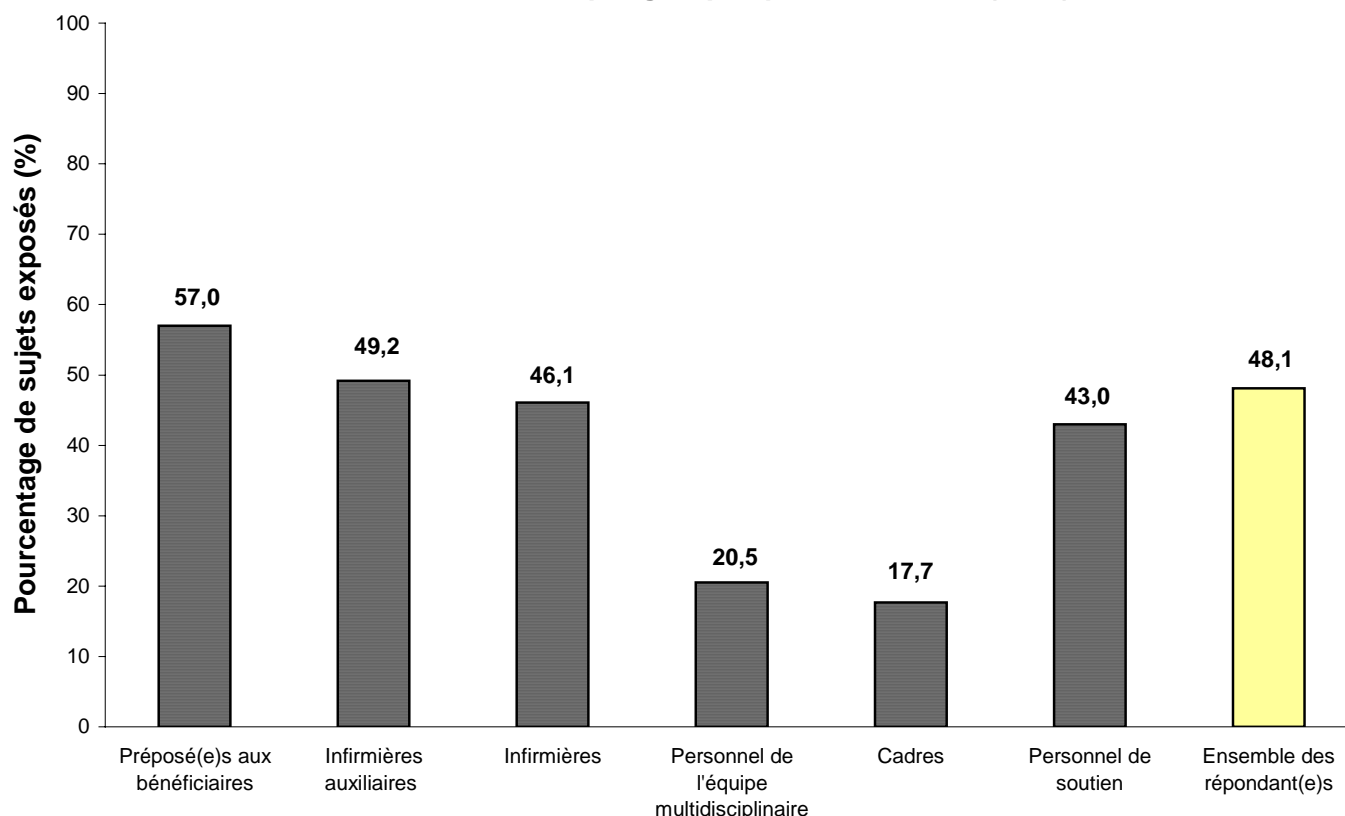
**Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec
exposé(e)s à un faible niveau de latitude décisionnelle, par groupes
professionnels. (2001)**



La **latitude décisionnelle faible** représente la contrainte psychosociale du travail la plus souvent déclarée par les répondant(e)s des quatorze CHSLD (86%)⁵. Les infirmières auxiliaires sont les plus affectées par cette contrainte (95%), suivies de près par les préposé(e)s aux bénéficiaires (94%). Le personnel de soutien suit avec près de 85% des répondant(e)s, puis viennent les infirmières (83%). Ce sont les cadres qui déclarent le moins souvent cette contrainte (27%), suivis du personnel de l'équipe multidisciplinaire (33%).

⁵ D'après les données de l'Enquête Santé Québec 1998, 58% des travailleur(euse)s québécois(es) âgé(e)s de 18 ans et plus se disent touché(e)s par une latitude décisionnelle faible.

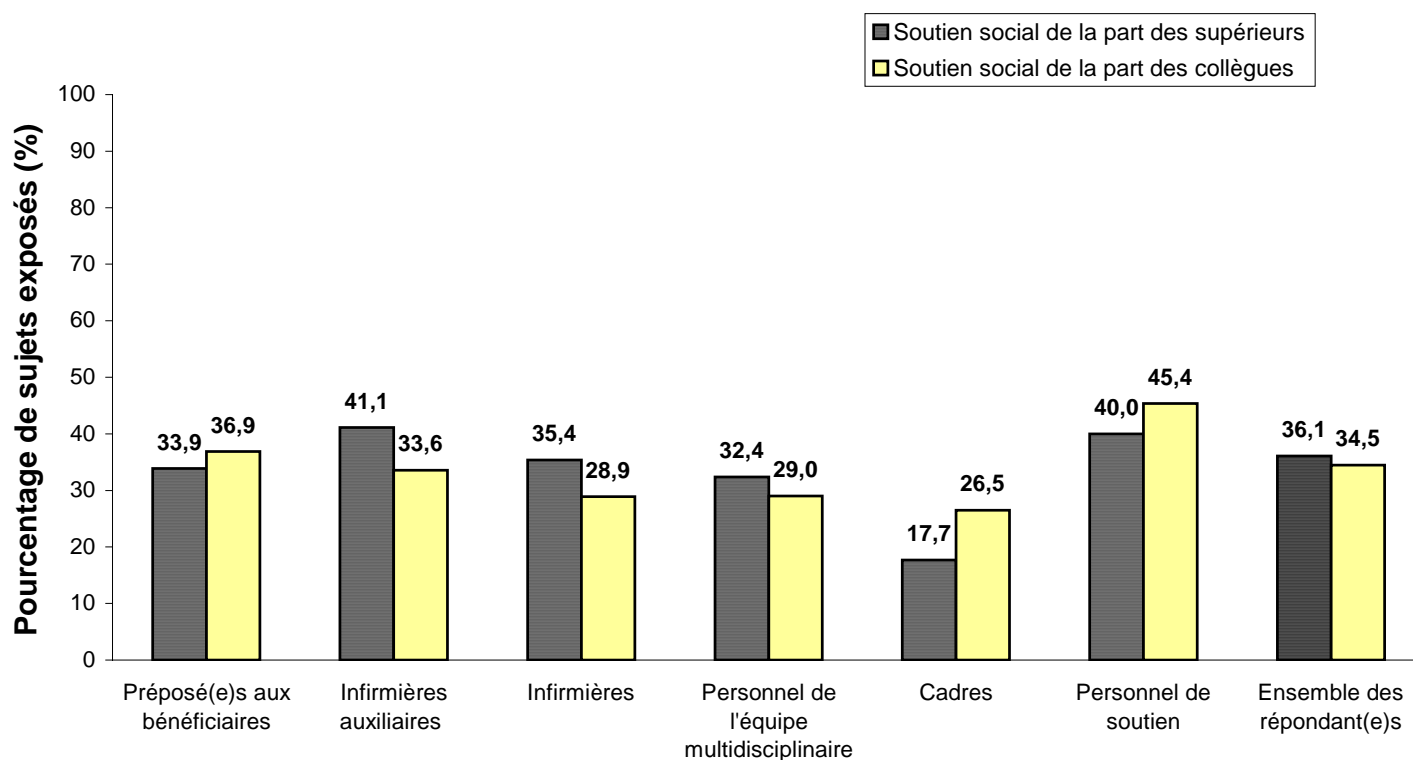
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle, par groupes professionnels. (2001)



La **combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle** est présente chez 48% des répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD participants⁶. Les préposé(e)s aux bénéficiaires sont bon(ne)s premiers(ères) dans la déclaration de cette contrainte (57%), suivis par les infirmières auxiliaires (49%), par les infirmières (46%) et le personnel de soutien (43%). Ce sont les cadres qui déclarent le moins souvent cette contrainte (18%), suivis du personnel de l'équipe multidisciplinaire (21%).

⁶ D'après les données de l'Enquête Santé Québec 1998, 22% des travailleur(euse)s québécois(es) âgé(e)s de 18 ans et plus déclarent la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une latitude décisionnelle faible.

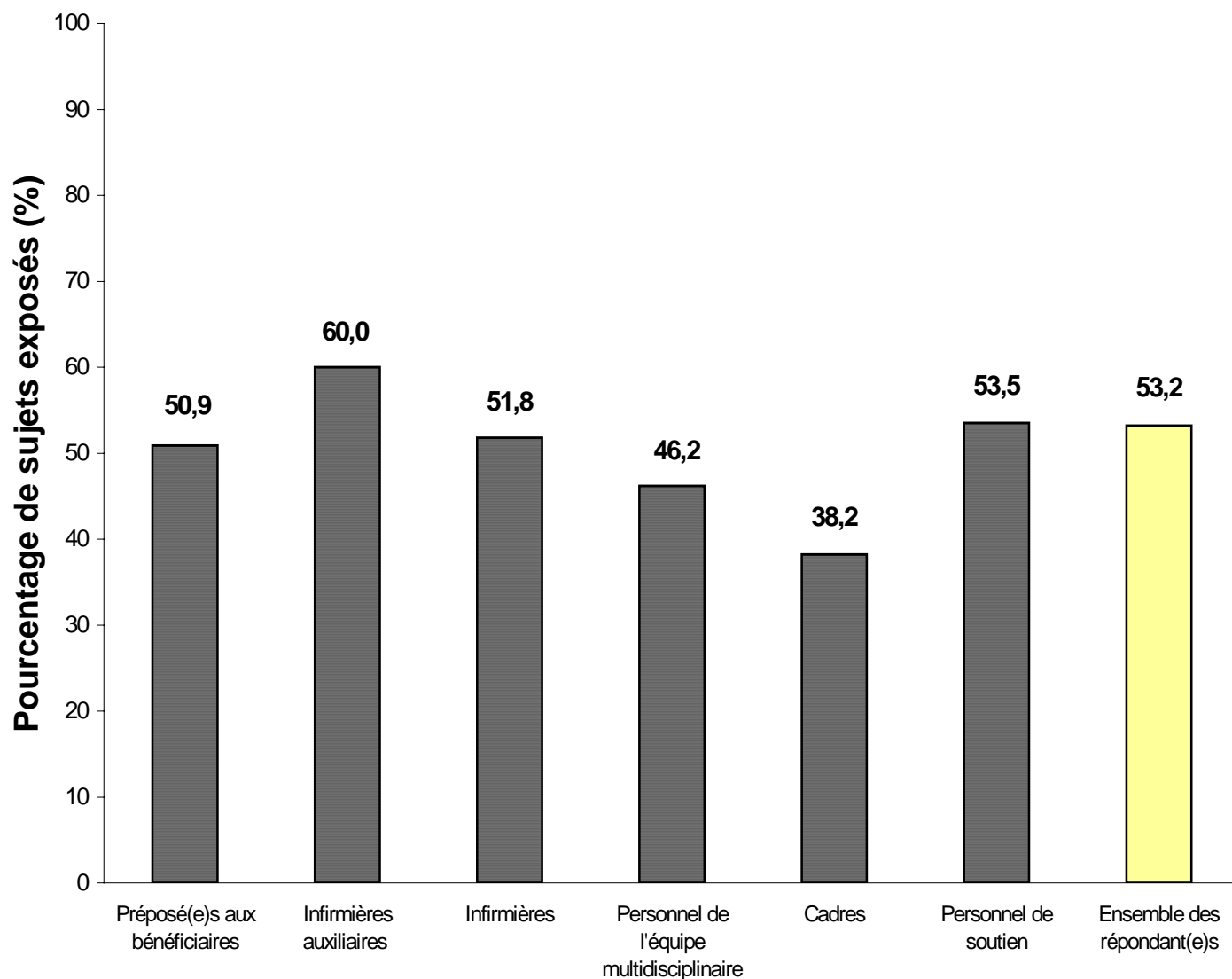
Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de soutien social au travail, par groupes professionnels. (2001)



Un **faible niveau de soutien social de la part des supérieurs** est déclaré par 36% des répondant(e)s des quatorze CHSLD participants. Les infirmières auxiliaires sont les plus souvent exposées à cette contrainte (41%), suivies du personnel de soutien (40%), des infirmières (35%), des préposé(e)s aux bénéficiaires (34%) et du personnel de l'équipe multidisciplinaire (32%). Ce sont les cadres qui bénéficient du soutien social de la part des supérieurs le plus élevé, bien que 18% d'entre eux(elles) déclarent cette contrainte.

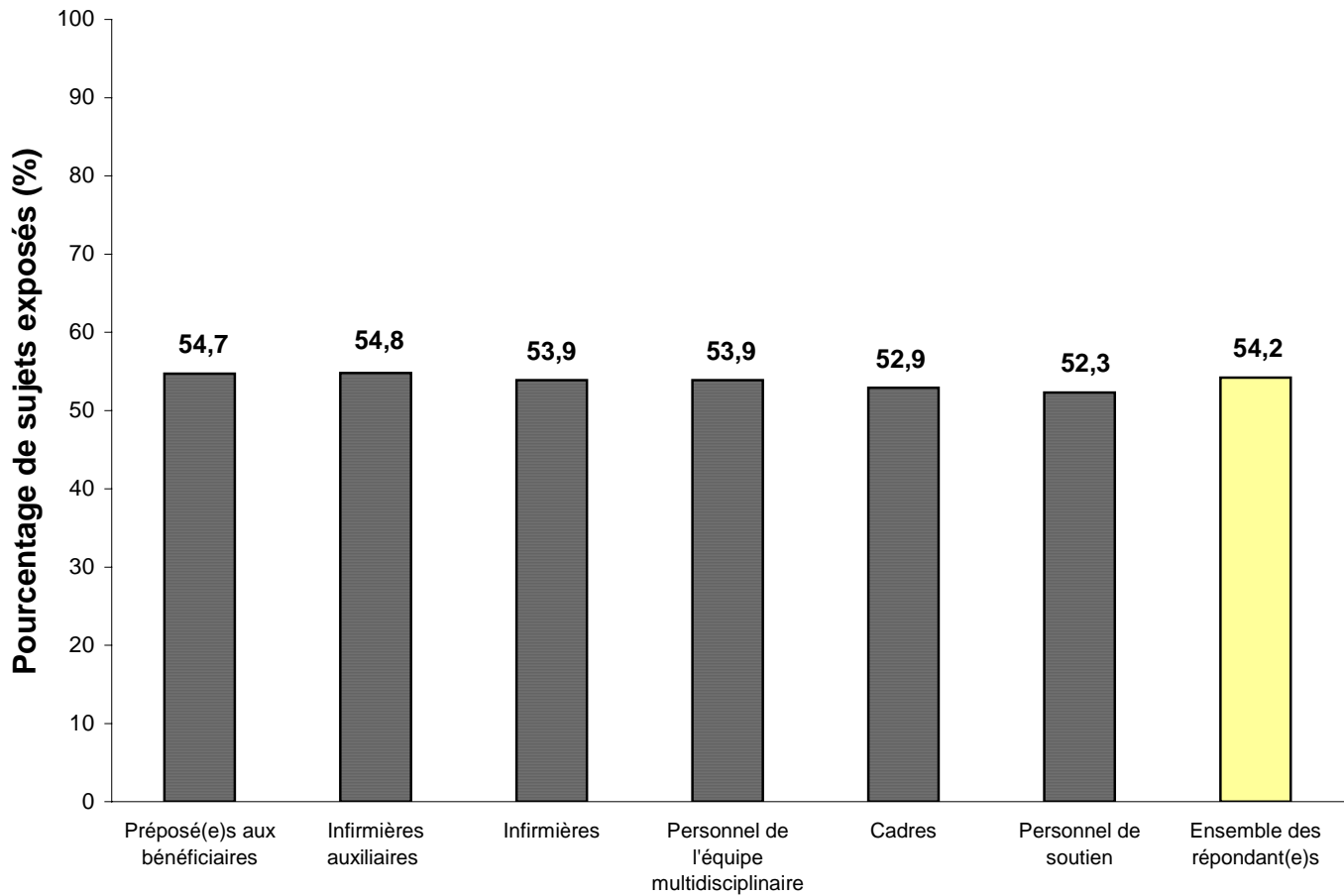
Un **faible niveau de soutien social de la part des collègues** se manifeste chez 35% des répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD participants. Le personnel de soutien est le plus souvent exposé à cette contrainte (45%), suivi des préposé(e)s aux bénéficiaires (37%), des infirmières auxiliaires (34%), du personnel de l'équipe multidisciplinaire (29%), des infirmières (29%) et des cadres (27%).

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de reconnaissance, par groupes professionnels. (2001)



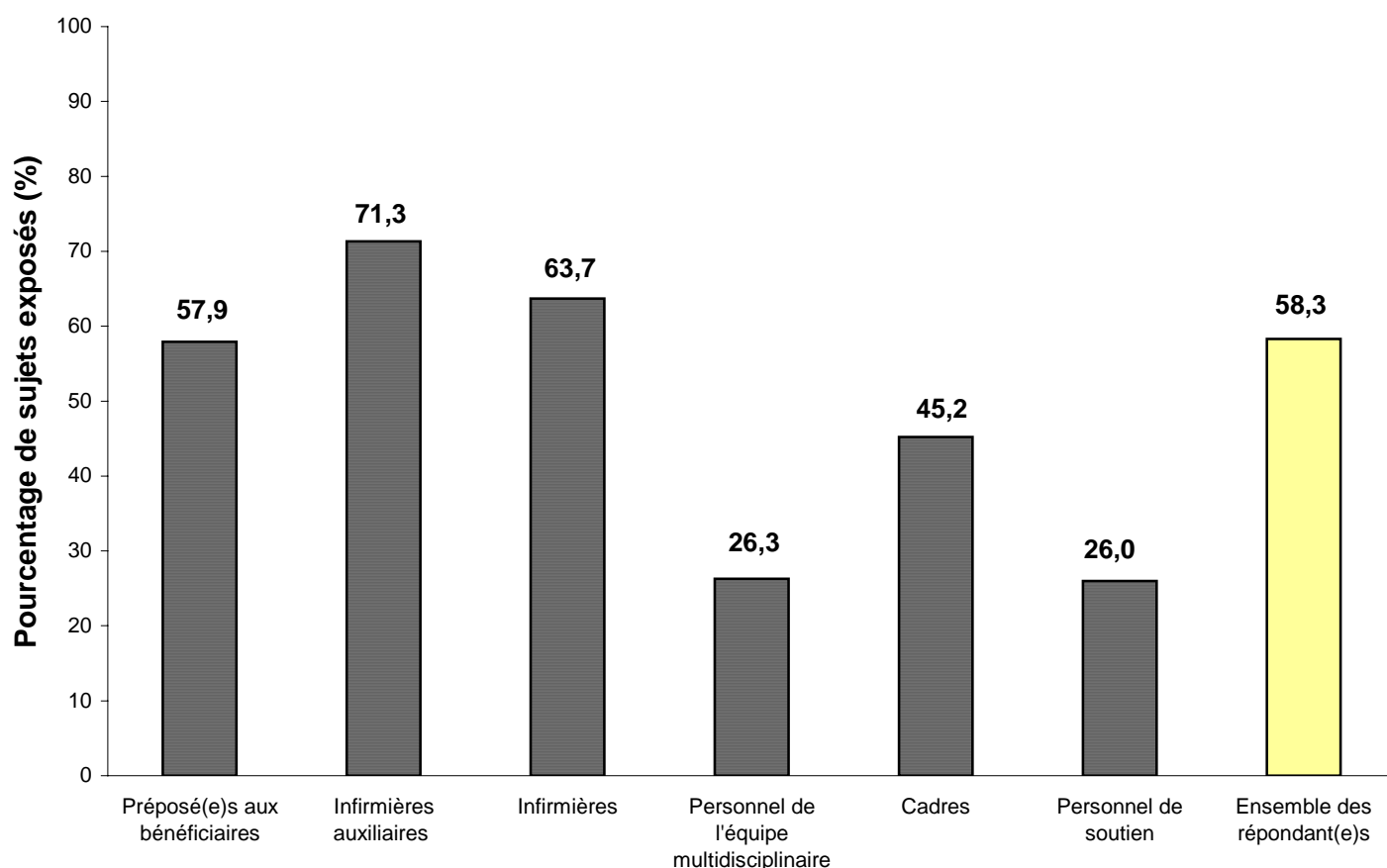
La **faible reconnaissance** au travail est déclarée par 53% de l'ensemble des répondant(e)s en CHSLD. Cette fois, ce sont les infirmières auxiliaires qui sont les plus affectées par cette contrainte (60%), suivies par le personnel de soutien (54%), les infirmières (52%) et les préposé(e)s aux bénéficiaires (51%). Ensuite, viennent le personnel de l'équipe multidisciplinaire (46%) et les cadres (38%).

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue, par groupes professionnels. (2001)



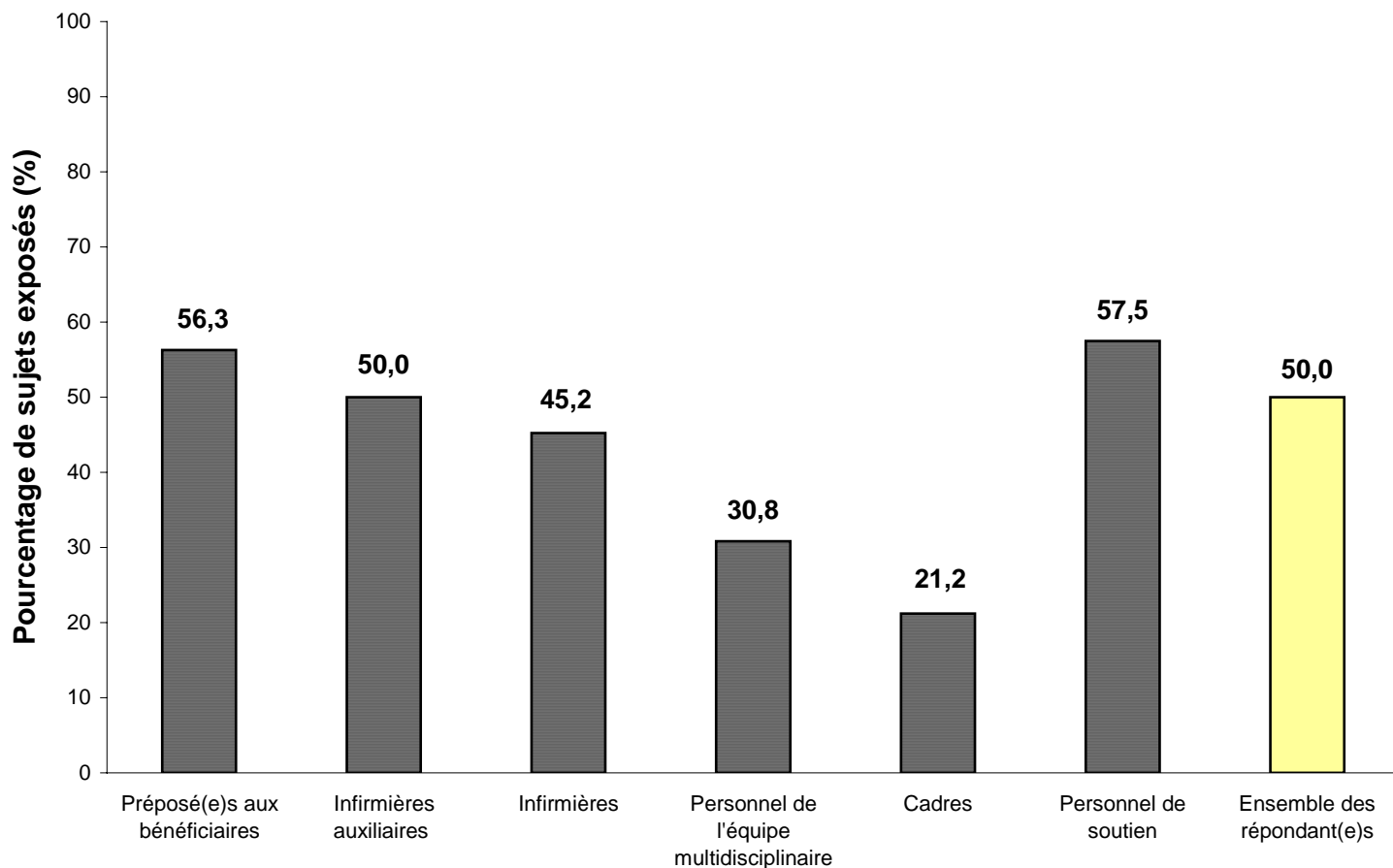
Un **déséquilibre entre les efforts consentis au travail et la reconnaissance** reçue se manifeste chez plus de 54% des répondant(e)s. Un peu plus de la moitié des intervenant(e)s de chacun des groupes professionnels déclarent être affecté(e)s par cette contrainte de l'environnement psychosocial du travail.

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à une demande émotionnelle élevée, par groupes professionnels. (2001)



Une **demande émotionnelle élevée** est déclarée par 58% des répondant(e)s en CHSLD. Les infirmières auxiliaires sont les plus souvent exposées à cette contrainte (71%), suivies des infirmières (64%), des préposé(e)s aux bénéficiaires (58%) et des cadres (45%). Le personnel de l'équipe multidisciplinaire et le personnel de soutien sont ceux qui déclarent le moins souvent cette contrainte (26%).

Pourcentage de répondant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec exposé(e)s à un faible niveau de prévisibilité au travail, par groupes professionnels. (2001)



Une **faible prévisibilité** au travail est présente chez la moitié des répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD participants. C'est le groupe du personnel de soutien qui déclare le plus souvent cette contrainte (58%), suivi par les préposé(e)s aux bénéficiaires (56%), les infirmières auxiliaires (50%) et les infirmières (45%). Les cadres sont ceux qui se disent les moins affectés par cette contrainte (21%), suivis du personnel de l'équipe multidisciplinaire (31%).

Enfin, il est important de souligner que le **sens du travail** demeure très élevé chez l'ensemble des répondant(e)s de même que pour chacun des groupes professionnels. Ce facteur ne constitue donc pas une contrainte psychosociale chez ces intervenant(e)s, mais agirait plutôt comme facteur protecteur de problèmes de santé.

5. CONCLUSIONS

Ce rapport trace le portrait global de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail et la santé des intervenant(e)s de quatorze CHSLD de la région de Québec. Un excellent taux de réponse (82%) permet la généralisation des résultats à l'ensemble des intervenant(e)s des établissements à l'étude.

Les résultats de cette partie de la recherche indiquent que les répondant(e)s des quatorze CHSLD participants montrent des signes de détresse psychologique élevée. Ce problème de santé est déclaré significativement plus souvent par les répondant(e)s des quatorze CHSLD que par ceux de l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es). Les répondant(e)s de l'ensemble des CHSLD perçoivent significativement plus souvent leur santé moyenne ou mauvaise que l'ensemble des travailleur(euse)s québécois(es).

Malgré le fait que la presque totalité des répondant(e)s de l'ensemble des quatorze CHSLD rapportent un sens élevé du travail, plusieurs contraintes psychosociales du travail sont déclarées par une proportion importante d'entre eux (elles). Une latitude décisionnelle faible constitue la contrainte psychosociale la plus fréquemment déclarée par les répondant(e)s (86%). La demande psychologique élevée et la demande émotionnelle élevée affectent, quant à elles, près de 60% des répondant(e)s. Viennent ensuite le déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue (54%), le faible niveau de reconnaissance (53%), la faible prévisibilité au travail (50%), la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique (48%), le faible soutien social des supérieurs (36%) et des collègues (35%).

Par rapport à l'ensemble des travailleur(euse)s du Québec, les répondant(e)s des quatorze CHSLD sont significativement plus souvent exposé(e)s à une faible latitude décisionnelle, à une forte demande psychologique et à la combinaison de ces deux contraintes.

Dans les quatorze CHSLD participants, chacun des groupes professionnels déclare un niveau élevé de détresse psychologique. Les cadres sont les plus affecté(e)s, suivis des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposé(e)s aux bénéficiaires, du personnel de soutien et du personnel de l'équipe multidisciplinaire.

Une faible latitude décisionnelle est la contrainte la plus souvent déclarée par quatre groupes de professionnels sur six: les infirmières auxiliaires, les préposé(e)s aux bénéficiaires, les membres du personnel de soutien et les infirmières. Les infirmières auxiliaires et les préposé(e)s aux bénéficiaires s'avèrent être les groupes professionnels qui cumulent le plus de contraintes psychosociales. En effet, au moins la moitié des infirmières auxiliaires et des préposé(e)s aux bénéficiaires seraient exposé(e)s à six des huit contraintes. Chez les infirmières auxiliaires, la latitude décisionnelle faible est suivie d'un faible niveau de reconnaissance et d'un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue. Chez les préposé(e)s aux bénéficiaires, la latitude décisionnelle faible est suivie d'une demande psychologique élevée, d'une combinaison de demande psychologique élevée et d'une latitude décisionnelle faible et d'une faible prévisibilité au travail.

Les infirmières rapportent surtout une faible latitude décisionnelle puis une demande émotionnelle et psychologique élevée et aussi un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue.

Toujours dans les quatorze CHSLD participants, une demande psychologique élevée constitue la contrainte du travail la plus fréquemment déclarée par le personnel de l'équipe multidisciplinaire et par le personnel cadre. Chez ces deux groupes, la demande psychologique élevée est suivie d'un déséquilibre entre les efforts consentis et la reconnaissance obtenue.

Le personnel de soutien est aussi affecté par une faible latitude décisionnelle, un faible niveau de prévisibilité au travail, une forte demande psychologique et une faible reconnaissance au travail.

Le sens du travail demeure très élevé pour chacun des groupes professionnels. Ce facteur ne constitue donc pas une contrainte psychosociale chez les intervenant(e)s en CHSLD.

Les résultats des quatorze CHSLD révèlent que les intervenant(e)s déclarent un nombre important de contraintes psychosociales dans leur environnement de travail. Il s'avère important de réduire ces contraintes dans une perspective de prévention des problèmes de santé mentale au travail.

ANNEXE 1

TABLEAU 1 : Taux de participation par CHSLD

Établissements	Installations	Nombre de personnes éligibles	N	Taux de réponse
CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières	Résidence Sacré-Coeur	74	61	82,4%
	Résidence Christ-Roi	145	118	81,4%
	Résidence Saint-Antoine	197	152	77,2%
	Résidence Louis-Hébert	42	40	95,2%
	Résidence Le Faubourg	74	56	75,7%
CHA	Centre d'hébergement Alphonse-Bonenfant	43	38	88,4%
	Centre d'hébergement du Fargy	53	41	77,4%
	Centre d'hébergement Maizerets	49	39	79,6%
Centre d'accueil Saint-Brigid's Home	Centre d'accueil Saint-Brigid's Home	112	96	85,7%
Hôpital Jeffery Hale	Hôpital Jeffery Hale	104	87	83,7%
Centre d'hébergement Saint-Joseph	Centre d'hébergement Saint-Joseph	22	16	72,7%
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	52	50	96,2%
Centre Hospitalier Saint-Sacrement	Centre Hospitalier Saint-Sacrement	70	54	77,1%
Centre Hospitalier Saint-François	Centre Hospitalier Saint-François	29	24	82,7%
TOTAL		1066	872	81,8%

TABLEAU 2 : Taux de participation par groupe professionnel chez l'ensemble des quatorze CHSLD participants.

Groupes professionnels	Ensemble des quatorze CHSLD participants	
	N	Taux de réponse (%)
Préposé(e)s aux bénéficiaires	299	83,3%
Infirmières auxiliaires	244	87,8%
Infirmières	169	84,9%
Cadres	34	91,9%
Équipe multidisciplinaire	39	79,6%
Personnel de soutien	87	60,4% ⁷
TOTAL	872	81,8%

⁷ Malheureusement, le taux de participation du personnel de soutien ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble du personnel de soutien puisque nous ne disposons d'aucune information concernant la réalité des 57 personnes (40%) qui n'ont pas répondu au questionnaire.

ANNEXE 2

A. CADRE THÉORIQUE

L'identification des modifications requises à l'organisation du travail susceptibles de réduire les effets nocifs sur la santé s'appuie sur deux modèles théoriques reconnus : le modèle « Demande-Latitude » de Karasek et le modèle « Déséquilibre-Effort/Reconnaissance » de Siegrist. Ces deux modèles permettent notamment d'aborder l'origine professionnelle de certains problèmes de santé mentale sous l'angle de l'organisation du travail plutôt que d'attribuer ces problèmes aux seules faiblesses individuelles des travailleur(euse)s.

Le modèle de Karasek met l'accent sur les caractéristiques objectives du travail et leur caractère contraignant plutôt que sur les individus et leurs capacités d'adaptation à un milieu hostile. Selon ce modèle, une tension psychologique au travail survient lorsqu'une demande psychologique élevée est accompagnée d'une faible latitude décisionnelle (Karasek & Theorell, 1990). Ce modèle souligne l'importance du contrôle exercé par l'individu sur son travail. Une troisième dimension est ajoutée au modèle : le soutien social au travail qui viendrait modérer l'effet de la tension au travail sur la santé (Johnson & Hall, 1988).

Le modèle « Déséquilibre Effort-Reconnaissance » de Siegrist complète celui de Karasek (Siegrist, 1996). Selon ce modèle, tout travailleur s'attend de façon légitime à recevoir une rétribution en retour des efforts qu'il produit au travail (Siegrist, 1996); le modèle s'appuie sur le concept de « réciprocité sociale » c'est-à-dire la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre compte tenu de l'effort fourni au travail (Vézina, 1999a). C'est lorsque cette attente n'est pas satisfaite que surgit un déséquilibre entre les efforts consentis et la reconnaissance attendue (Niedhammer & Siegrist, 1998). La reconnaissance est de trois ordres: monétaire (rémunération), socio-émotionnel (l'estime et le respect au travail) et le contrôle sur son statut professionnel (les perspectives de promotion et la sécurité d'emploi) (Niedhammer & al., 1998). Selon ce modèle, lorsque le travail reflète une combinaison de faible reconnaissance et d'efforts élevés, cette situation s'accompagne de réactions pathologiques tant sur le plan émotionnel

que physiologique (Vézina, 1999b). Plus récent que le modèle de Karasek, celui de Siegrist a été appuyé par quatre études (dont trois longitudinales) portant principalement sur l'incidence de maladies cardiovasculaires et sur l'absentéisme (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Peter & Siegrist, 1997; Siegrist & Peter, 1994; Siegrist, Peter, Cremer & Seidel, 1997). De plus, les résultats des études suggèrent un effet indépendant des deux modèles théoriques (Niedhammer & al., 1998).

En plus des quatre contraintes psychosociales du travail impliquées dans les deux modèles précédents, Kristensen (1999) suggère l'ajout de deux autres dimensions : le sens du travail et le degré de prévisibilité au travail.

Le sens du travail réfère au fait d'aimer son travail, d'y croire et d'en être satisfait. Plusieurs auteurs existentialistes sur le sens du travail et l'affectivité, identifient ces trois composantes : la signification du travail, l'orientation et la cohérence (Mayrand Leclerc, 2001). La signification du travail précise ce que le travail représente pour l'individu et la valeur que ce même individu lui accorde. L'orientation fait référence aux buts que l'individu poursuit dans son travail. La cohérence du travail réfère à l'harmonie que la personne trouve dans son travail par rapport à son engagement et à ses responsabilités.

La prévisibilité au travail fait référence à une connaissance minimale des informations importantes concernant le travail. Cette dimension représente un lien concret avec les différentes théories du changement organisationnel et de l'importance de la communication dans les organisations sur le « savoir de ce qui nous attend » (Mayrand Leclerc, 2001).

B. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

◆ Description de la population étudiée

La population étudiée regroupe l'ensemble des intervenant(e)s qui travaillent dans un centre d'hébergement et soins de longue durée au moins deux jours par semaine, depuis au moins trois mois et qui sont en contact direct avec les résidents. Les listes du personnel visé par cette recherche nous ont été fournies par la Direction des ressources humaines de chacun des CHSLD participants. Après épuration des listes initiales de manière à éliminer les intervenant(e)s ne répondant pas aux critères d'inclusion, **1066 personnes éligibles** ont pu être identifiées. Parmi celles-ci, **872 ont accepté de répondre au questionnaire**, soit un **taux de participation de 82%**. Les caractéristiques des répondant(e)s et des non-répondant(e)s ont été comparées afin d'évaluer la possibilité d'un biais de sélection. Il nous a été possible d'effectuer certaines vérifications de la comparabilité des répondant(e)s aux non-répondant(e)s grâce aux données nominatives fournies par la Direction des ressources humaines des CHSLD participants. Les résultats indiquent que les répondant(e)s diffèrent des non-répondant(e)s pour la profession (Chi-Carré = 55.42, $p < 0.0001$) et le sexe (Chi-Carré = 18.12, $p < 0.0001$). En effet, les répondants comptent 17% d'hommes tandis que les non-répondant(e)s en regroupent 30%. Par contre, le statut d'emploi, l'horaire de travail et l'âge sont comparables chez les répondant(e)s et les non-répondant(e)s.

L'échantillon de 872 intervenant(e)s se compose de 83% de femmes et 17% d'hommes, âgé(e)s entre 20 et 64 ans, qui travaillent dans l'un des centres d'hébergement et soins de longue durée de la région de Québec suivants: la Résidence Sacré-Coeur ($n_1 = 61$), la Résidence Christ-Roi ($n_2 = 118$), la Résidence Saint-Antoine ($n_3 = 152$), la Résidence Louis-Hébert ($n_4 = 40$), la Résidence Le Faubourg ($n_5 = 56$), le Centre d'hébergement Alphonse-Bonenfant ($n_6 = 38$), le Centre d'hébergement du Fargy ($n_7 = 41$), le Centre d'hébergement Maizerets ($n_8 = 39$), le Centre d'accueil Saint-Brigid's Home ($n_9 = 96$), l'Hôpital Jeffery Hale ($n_{10} = 87$), le Centre d'hébergement Saint-Joseph ($n_{11} = 16$), le Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes ($n_{12} = 50$), le Centre hospitalier Saint-

François ($n_{13} = 24$) et le Centre hospitalier Saint-Sacrement ($n_{14} = 54$).⁸ Au total, 34% des répondant(e)s occupent un poste de préposé(e) aux bénéficiaires, 28% un poste d'infirmière auxiliaire, 19% un poste d'infirmière, 10% un poste de personnel de soutien, 5% un poste dans l'équipe multidisciplinaire tandis que 4% des répondant(e)s occupent un poste de cadre. Les taux de participation par CHSLD sont présentés au tableau 1 (annexe 1).

◆ Collecte de données

Dans un premier temps, des membres de l'équipe de recherche ont présenté la recherche auprès des gestionnaires et aux syndicats. Suite à un avis favorable de ces derniers, des rencontres d'information ont été organisées auprès de l'ensemble du personnel des CHSLD. Ces rencontres en petits groupes (entre 5 et 20 personnes) se sont tenues sur les unités de soins, de jour, de soirée et de nuit de manière à rejoindre le plus d'intervenant(e)s possible. Ces rencontres d'information d'une durée de 30 minutes se sont déroulées du 13 février 2001 au 10 juin 2001. Plus de 2 100 intervenant(e)s ont été rejoints lors des 329 rencontres d'information.

Les données ont été recueillies de février 2001 à octobre 2001 au moyen d'un questionnaire auto-administré. Environ une à deux semaines après les rencontres d'information, les intervenant(e)s étaient invité(e)s à compléter le questionnaire (reçu de leur chef de service) sur leur unité de soins et à le déposer dans une boîte scellée permettant la confidentialité des données. Soulignons que certains milieux ont accepté de libérer et/ou de remplacer leur personnel de manière à ne pas occasionner de surcharge de travail.

Les centres n'ayant pas obtenu un taux de participation de 80% et plus ont fait l'objet d'une relance. Cette relance consistait à informer le personnel de leur taux de réponse au moyen d'un grand thermomètre indiquant en rouge le pourcentage d'intervenant(e)s ayant complété le questionnaire. Un message sollicitant leur participation leur était également adressé. L'ensemble des intervenant(e)s ont pu faire parvenir leur questionnaire complété jusqu'au 26 octobre 2001.

⁸ Il est à noter que dix autres CHSLD ont accepté de participer à la recherche. Cependant, ces derniers ne font pas partie des analyses globales en raison de leur taux de réponse trop faible (inférieur à 70%).

◆ MESURE DES CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES

La latitude décisionnelle (autonomie décisionnelle au travail) est un indice qui porte sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles de même que sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Cette dimension a été mesurée par 9 questions provenant du Job Content Questionnaire (Karasek, 1985). Le score de latitude décisionnelle varie de 24 à 96. Les sujets dont le score est inférieur ou égal à 72, qui est la médiane observée chez les travailleur(euse)s québécois(e)s, constituent le groupe ayant une latitude décisionnelle faible.

La demande psychologique fait référence à la charge de travail. Les questions s'y rattachant couvrent trois dimensions: les contraintes de temps pour effectuer le travail demandé, la quantité de travail exigée et la complexité du travail à accomplir (demandes contradictoires, interruptions du travail et niveau de concentration requis). Cet indice est constitué de 9 questions provenant du Job Content Questionnaire (Karasek, 1985). Le score varie de -4 à 36. Les répondant(e)s dont le score est **supérieur ou égal à 9**, qui est la médiane observée chez les travailleur(euse)s québécois(e)s, constituent le groupe ayant un niveau élevé de demande psychologique au travail.

La combinaison d'une demande psychologique élevée (score de demande psychologique plus grand ou égal à 9) et d'une **faible latitude décisionnelle** (score de latitude décisionnelle plus petit ou égal à 72) appelée « tension au travail » (job-strain) a également été mesurée.

Le soutien social au travail concerne le soutien de la part des collègues et des supérieurs et le sentiment d'appartenance à une équipe de travail. Il englobe le support socio-émotionnel (esprit d'équipe) de même que le support instrumental facilitant le travail (aide et collaboration). **Le soutien social des collègues** et **le soutien social des supérieurs** ont tous deux été mesurés avec 4 questions de l'instrument de Karasek (1985). Le score de chacune des échelles varie de 4 à 16. Les répondant(e)s dont le score de soutien social des collègues **est inférieur à 12** et dont le score de soutien social des supérieurs **est inférieur à 11** (médianes pour l'ensemble des répondant(e)s des quatorze CHSLD participants) constituent respectivement les groupes ayant un faible soutien social des collègues et des supérieurs.

La reconnaissance comporte trois dimensions: la rémunération, l'estime et le respect ainsi que le contrôle sur son statut professionnel (perspectives de promotion et sécurité d'emploi). Cette caractéristique du travail a été mesurée avec 11 questions tirées de l'instrument de Niedhammer et Siegrist (1998). Le score de reconnaissance varie de 11 à 44. Les sujets dont le score total est inférieur ou égal à 29 (médiane pour l'ensemble des répondant(e)s des quatorze CHSLD participants) constituent le groupe considéré comme ayant un faible niveau de reconnaissance.

Le déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue se mesure à l'aide des questions qui composent les indices de demande psychologique et de reconnaissance. L'indice se calcule par le ratio du score de demande psychologique sur le score de reconnaissance. Ce ratio varie de 0,5 à 2. Un ratio supérieur à 1 indique un déséquilibre, le poids des efforts étant plus élevé que celui de la reconnaissance.

La demande émotionnelle (composante du rapport à la clientèle) est un indice qui porte sur la fréquence de certaines situations éprouvantes susceptibles de se produire au travail (par exemple : l'administration de soins douloureux à un patient, la mort d'un patient, la vue des patients qui souffrent, ...). Cette dimension a été mesurée au moyen de sept questions provenant de la traduction française du Nursing Stress Scale originalement élaborée par Gray-Toft et Anderson (1981). Les intervenant(e)s dont le score est supérieur ou égal à 15, qui est la médiane pour l'ensemble des intervenant(e)s des quatorze CHSLD participants, constituent le groupe ayant un niveau élevé de demande émotionnelle.

Le sens du travail englobe le sens accordé aux tâches du travail, l'importance accordée au travail effectué de même que le sentiment de motivation et d'implication dans le travail. Le score du sens du travail a été mesuré par trois questions tirées de la version française du Copenhagen PsychoSocial Questionnaire (COPSOQ) de Kristensen (1999). Les sujets considérés comme ayant un sens du travail faible sont ceux dont le score total à l'indice est inférieur ou égal à 6.

La prévisibilité au travail concerne le fait de recevoir suffisamment à l'avance l'information relative à des décisions importantes, des changements ou des projets pour l'avenir de même que le

fait d'obtenir toute l'information nécessaire pour effectuer son travail. Le score de prévisibilité a été mesuré au moyen de deux questions provenant de la version française du Copenhagen PsychoSocial Questionnaire (COPSOQ) de Kristensen (1999). Les répondant(e)s ayant un degré de prévisibilité faible sont ceux dont le score total à l'indice est inférieur ou égal à 6.

◆ DÉFINITIONS DES INDICATEURS DE SANTÉ

La détresse psychologique est un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale. Elle a été mesurée à l'aide du Psychiatric Symptom Index (PSI) dont la traduction française a été validée dans l'Enquête Santé Québec de 1992-1993. Il s'agit de la version abrégée de 14 questions mesurant la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété, d'agressivité, de dépression et de troubles cognitifs durant la dernière semaine. Le score de détresse psychologique varie de 0 à 100. Les intervenant(e)s dont le score est supérieur ou égal à 26.19, qui est le seuil de sévérité fixé dans l'Enquête sociale et de santé du Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perreault, & Légaré, 1992), constituent le groupe ayant une détresse psychologique élevée.

D'autres indicateurs de santé ont été retenus dont **la perception de l'état de santé**, inspirée de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 et **les problèmes de sommeil**.

C. BIBLIOGRAPHIE

Beermann, B., Kuhn, K. & Kompier, M. (1999). Germany: Reduction of stress by health circles. *Preventing Stress, Improving Productivity: European case studies in the workplace*. M. Kompier and C. Cooper. New York, Routledge, 222-241.

Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American Journal of Public Health* 88(1), 68-74.

Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Brisson, C. & Vézina, M. (2000a). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec*. Québec, RIPOST, Université Laval.

Bourbonnais, R., R. Malenfant, Viens, C., Vézina, M. & Côté, N. (2000b). *Le travail infirmier sous tension. Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*. Québec, Équipe RIPOST, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Université Laval.

Gray-Toft, P. & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23.

Jex, S. (1998). *Stress and job performance: theory, research, and implications for managerial practice*. Thousand Oaks, SAGE.

Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population.» *American Journal of Public Health* 78(10), 1336-1342.

Karasek, R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*. Los Angeles, Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California.

Karasek, R. and T. Theorell (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books.

Kristensen, T. S. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 25(6), 550-557.

Kristensen, T. S., Nielsen, M.L. & Smith-Hansen, L. (1999). The Intervention Project on Absence and Well-being (IPAW): Theoretical and methodological background. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25, 550-557.

Kristensen, T. S. & Borritz, M. (1999). The Copenhagen Burnout Inventory (CBI): a new questionnaire for measuring burnout. *National Institute of Occupational Health Copenhagen*. Denmark.

Mayrand Leclerc, M. (2001). Quels sont les liens et les écarts entre les dimensions et les caractéristiques organisationnelles des « magnet hospital » et les dimensions de l'environnement psychosocial du travail optimum ? Examen de doctorat. Université Laval, Québec.

MSSS. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.

Niedhammer, I. & Siegrist, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 46, 398-410.

Peter, R. & Siegrist, J. (1997). Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: General or specific sociological explanations? *Social Science and Medicine* 45(7), 1111-1120.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Montréal, Santé Québec.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1(1),27-41.

Siegrist, J. & Peter, R. (1994). Job stressors and coping characteristics in work-related disease: Issues of validity. *Work & Stress* 8(2), 130-140.

Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., Seidel, D. (1997). Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. *Journal of internal medicine*, (242), 149-156.

Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 117-138.

Vézina, M. (1999a). Stress et psychodynamique du travail: de nouvelles convergences. *Travailler*, 2, 201-218.

Vézina, M. (1999b). Organisation du travail et santé mentale: état des connaissances et perspectives d'intervention. *Revue de médecine du travail* 26(1), 14-24.