

## Recherche intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail du personnel soignant

Renée Bourbonnais<sup>1,2</sup>, PhD  
Michel Vézina<sup>1,2</sup>, PhD  
Pierre J. Durand<sup>2</sup>, PhD  
Chantal Viens<sup>2</sup>, PhD  
Chantal Brisson<sup>2</sup>, PhD  
Alain Vinet<sup>2</sup>, PhD  
Nathalie Gauthier<sup>1</sup>, PhD  
Mélanie Lavoie-Tremblay<sup>2</sup>, PhD  
Marie Alderson<sup>3</sup>, PhD  
Louise Dicaire<sup>4</sup>, inf. MA. Psy. Péd.  
Jean-Paul Ouellet<sup>6</sup>,  
Denise Boudreau-Lévesque<sup>7</sup>  
Colombe Harvey<sup>7</sup>

1. CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières
2. Université Laval
3. Université de Montréal
4. Hôpital Jeffery Hale
5. Regroupement des CHSLD-région de Québec
6. Ordre régional des infirmières et infirmiers

**Partenaires décideurs** : M<sup>me</sup> Pauline Bégin (MSSS), M. Jean-Paul Ouellet (Regroupement des CHSLD-région de Québec), M<sup>mes</sup> Denise Boudreau-Lévesque et Colombe Harvey (Ordre régional des infirmières et infirmiers)

**Financé par** : La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RSSQ), le CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, les Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST).

Pour communiquer avec la chercheuse principale

Renée Bourbonnais  
Département de réadaptation,  
Faculté de médecine,  
Université Laval, Québec,  
Québec G1K 7P4

Téléphone : (418) 656-2131, poste 7644  
Télécopieur : (418) 656-5476

Courriel : [renee.bourbonnais@rea.ulaval.ca](mailto:renee.bourbonnais@rea.ulaval.ca)

## **Remerciements**

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, de la RRSSSQ, du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud (CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières), des Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST). Nous tenons à remercier tous les intervenants et toutes les intervenantes qui ont accepté de répondre au questionnaire ainsi que les directions de chacun des établissements ayant accepté de participer à la recherche. Nous remercions plus particulièrement les directions des soins infirmiers et des ressources humaines ainsi que les membres des groupes d'intervention de chacun des CHSLD expérimentaux pour avoir appuyé et permis la réalisation de la démarche d'intervention. Nous tenons également à manifester notre gratitude à M<sup>mes</sup> Thérèse Harrison, Charlotte Soucy Nadeau et Lia Guy Marcotte qui ont travaillé sans relâche, tant sur le plan de la préparation et de la distribution des questionnaires que sur celui des rencontres d'information qu'elles ont réalisées pour inciter le personnel à répondre au questionnaire. De plus, M<sup>me</sup> Harrison a également animé les rencontres de deux groupes d'intervention, nous lui en sommes reconnaissants. Soulignons également la contribution des membres du comité aviseur qui ont accompagné le processus de recherche depuis ses débuts. Nous sommes également reconnaissants à MM. Louis Rochette et Michel Gaudet qui ont effectué les analyses statistiques.

## Principales implications pour les décideurs

La présence de nombreuses contraintes dans le travail a été rapportée par les soignants en soins de courte et de longue durée qui présentaient également une prévalence importante de problèmes de santé. L'implantation d'une démarche d'intervention participative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial de travail a eu des répercussions positives sur la diminution des contraintes du travail et sur la santé des soignants en soins de courte et de longue durée. Les résultats obtenus appuient la pertinence d'intervenir sur l'environnement de travail pour diminuer les contraintes dans une perspective de prévention primaire des problèmes de santé mentale.

La recherche montre que :

- Plusieurs caractéristiques de l'organisation du travail peuvent contribuer à réduire les contraintes du travail et à améliorer la qualité de vie des soignants.
  - Des équipes de travail stables où règnent le respect, l'entraide, l'équité et la responsabilisation de chacun;
  - Des rencontres d'équipe régulières;
  - Une bonne communication (circulation de l'information sur le plan vertical, de la direction au personnel, et aussi sur le plan horizontal entre les équipes de travail ou les quarts de travail);
  - Un leadership adéquat de la part du personnel de gestion;
  - Une formation sur la gestion de l'agressivité verbale et physique de la clientèle et des familles (en soins de longue durée);
  - L'élimination des comportements perturbateurs chez les employés à problèmes vis-à-vis leurs collègues.
  
- Le succès d'une démarche d'intervention participative dépend de plusieurs éléments dont :
  - L'engagement, l'implication et le soutien de la haute direction;
  - La démarche d'intervention doit refléter une priorité de la direction de l'établissement et du conseil d'administration;
  - Il est important que la direction de l'établissement confie la responsabilité du bon déroulement de la démarche d'intervention à une personne ayant un leadership reconnu dans l'établissement;
  - Le leadership, la crédibilité et la capacité de communication et d'écoute des membres des groupes d'intervention qui sont les agents de changement.
  
- L'implantation de la démarche d'intervention devrait survenir dans un contexte où il est possible de connaître l'ensemble des changements organisationnels mis en place, afin de pouvoir distinguer les retombées du projet des effets liés aux décisions administratives courantes, non liées au projet, mais qui peuvent avoir un impact sur les dimensions de l'organisation du travail visées par la recherche.

## **Sommaire**

### **Contexte**

Les problèmes de santé mentale constituent l'un des problèmes de santé les plus fréquents, coûteux et invalidants dans la population en âge de travailler. Plusieurs études ont documenté l'effet des contraintes psychosociales au travail sur la survenue des problèmes de santé mentale. Il est en outre reconnu que le tiers des journées d'absence du travail dues à des problèmes de santé mentale est relié au travail lui-même et aux conditions dans lesquelles il s'exerce. Aussi, la mise sur pied d'interventions adéquates en milieu de travail pour prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale, et ainsi réduire la baisse de productivité des travailleurs, ne peut qu'intéresser fortement les gestionnaires et les décideurs.

L'identification des modifications requises à l'organisation du travail pour réduire les contraintes psychosociales et leurs effets néfastes sur la santé repose sur deux modèles théoriques appuyés par un grand nombre d'études empiriques : le modèle « Demande-Latitude-Soutien social » de Karasek et le modèle « Déséquilibre Efforts/Reconnaissance » de Siegrist. Aussi, la recherche proposait-elle une démarche d'intervention participative visant la réduction des contraintes psychosociales au travail et la prévention des problèmes de santé mentale chez le personnel soignant.

### **Les conséquences**

Les outils nécessaires à l'instauration d'une telle démarche et les facteurs ayant facilité ou nui à la mise en œuvre de la démarche pourront guider les directions d'établissement de santé désirant améliorer l'organisation du travail des soignants tout en maximisant l'efficacité organisationnelle. La réduction des problèmes de santé mentale des soignants pourrait également avoir des effets positifs sur la qualité de vie et la satisfaction de la clientèle, des familles et des bénévoles.

### **L'approche (méthodes)**

La recherche se déroule dans deux Centres hospitaliers en soins généraux et spécialisés (CHSGS) et 14 Centres d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec et elle inclut l'ensemble du personnel soignant en contact direct avec la clientèle. Une démarche d'intervention a été implantée dans un CHSGS et dans quatre CHSLD. Les méthodes utilisées sont de type qualitatif (observation, entrevues individuelles et de groupe et démarche participative d'identification des

contraintes et des solutions) et de type quantitatif (les effets de l'intervention sont évalués avec un devis quasi-expérimental de type avant-après avec groupe témoin). L'évaluation s'effectue par le biais d'un questionnaire comportant des instruments validés et permettant de mesurer les contraintes psychosociales ciblées et les problèmes de santé mentale auprès du personnel soignant appartenant aux établissements où se déroule l'intervention et aux établissements comparables où il n'y a pas d'intervention. Les mêmes mesures sont prises à trois occasions, soit avant l'intervention, 12 mois et 36 mois après l'intervention.

### **Les résultats**

L'évaluation *a priori* des risques a révélé une présence importante de contraintes psychosociales et de détresse psychologique chez les soignants des CHSGS et les CHSLD, en comparaison à celle observée chez un échantillon représentatif de travailleurs de la population générale. Ces résultats ont montré la pertinence empirique des contraintes psychosociales ciblées. Une démarche participative avec un groupe d'intervention dans chaque centre expérimental a permis l'identification de plusieurs contraintes et leurs solutions. Les cibles de l'intervention se rapportaient au travail et à l'esprit d'équipe, au processus d'affectation et de remplacement, à l'organisation du travail, à la formation, à la communication et à l'ergonomie.

L'efficacité de l'intervention a été évaluée 12 mois après le début de la démarche dans les CHSGS et dans les CHSLD. Dans les CHSGS, les résultats indiquent **une diminution significative de trois contraintes psychosociales ciblées et d'un problème de santé** dans le groupe expérimental, notamment une diminution de la prévalence de la demande psychologique élevée, de la faible reconnaissance, du déséquilibre efforts/reconnaissance et des problèmes de sommeil. Aucune diminution de ces contraintes n'a été observée dans le groupe témoin. De plus, une détérioration significative de cinq contraintes a été observée dans le groupe témoin, alors qu'aucune détérioration n'a été observée dans le CHSGS expérimental.

Dans les CHSLD où une démarche d'intervention a été mise en place, les résultats à 12 mois indiquent **une diminution significative de cinq contraintes psychosociales ciblées et d'un problème de santé** : une diminution de la prévalence de la faible latitude décisionnelle, de la combinaison de demande élevée et de faible latitude, de l'intimidation au travail, des comportements agressifs des résidents, de la

demande émotionnelle et des problèmes de sommeil. Un seul changement significatif a été observé dans le groupe témoin : la diminution des comportements agressifs des résidents.

## **Conclusion**

Les résultats suggèrent des effets bénéfiques de l'intervention participative, bien que seulement 12 mois se soient écoulés depuis le début de l'intervention. Un suivi à 36 mois est nécessaire pour évaluer si les effets observés sont maintenus dans le temps. À la lumière de ces résultats, nous croyons que la poursuite de la démarche d'intervention favorisera l'atteinte d'une réduction plus importante des contraintes psychosociales du travail. Il faut s'attendre à ce que l'intensité de l'intervention soit directement reliée à ses effets bénéfiques. Les effets à long terme dépendront toutefois de la volonté de la direction et du personnel de s'approprier le processus d'identification des contraintes psychosociales du travail et d'adopter des moyens pour les réduire.

La démarche participative, misant sur l'implication de la direction et du personnel, utilise les conditions de succès reconnues des interventions préventives. Les forces méthodologiques de la recherche (basée sur des modèles théoriques solides, un devis quasi-expérimental incluant un groupe témoin et l'utilisation d'instruments validés) favorisent sa généralisation à l'extérieur du secteur hospitalier. En effet, même si les contraintes psychosociales et les solutions identifiées dans cette étude sont propres au secteur de la santé, le processus d'intervention utilisé (démarche participative de résolution de problèmes) est hautement transférable à d'autres milieux de travail.

## CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Les problèmes de santé mentale constituent l'un des problèmes de santé les plus fréquents, coûteux et invalidants dans la population en âge de travailler. Plusieurs études ont documenté l'effet des contraintes psychosociales au travail sur la survenue des problèmes de santé mentale [1-4]. Dans nos études antérieures, nous avons observé des augmentations significatives des contraintes de l'environnement psychosocial du travail et de la détresse psychologique chez les infirmières depuis la restructuration du réseau québécois de la santé, ainsi qu'une augmentation significative des absences pour un problème de santé mentale et de leur durée (24 jours d'augmentation après six ans) [5]. L'intensification du travail a aussi touché les CHSLD où les conditions de travail ne cessent de se détériorer, notamment à cause d'un alourdissement de la clientèle [6, 7]. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux rapporte en effet une augmentation du ratio des heures d'assurance salaire sur les heures travaillées, dans les CHSLD publics et privés, pour les périodes 1997-1998 à 2001-2002 [8].

L'absentéisme pour motifs de maladie est un indicateur probant de l'épuisement qui affecte le personnel et qui, combiné à la pénurie de ressources humaines, peut compromettre la qualité des services à la population. Outre les conséquences sur la santé mentale des individus et le taux d'absentéisme, le stress en milieu de travail entraînerait une augmentation du roulement de personnel, des accidents, des maladies, un bas niveau de performance, une perte de productivité et une hausse des coûts de soins de santé [9-13]. Puisqu'il est reconnu que le tiers des journées d'absence du travail dues à des problèmes de santé mentale est relié au travail lui-même et aux conditions dans lequel celui-ci s'exerce [9-14], la mise sur pied d'interventions adéquates en milieu de travail pour prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale, et ainsi réduire d'au moins un million le nombre de jours de baisse de productivité des travailleurs [9], ne peut qu'intéresser fortement les gestionnaires et les décideurs. L'optimisation de

l'environnement psychosocial du travail permet notamment la création de conditions gagnantes pour la santé et le bien-être des soignants, favorise leur rétention et, par ricochet, a un impact positif sur le recrutement de la relève. Elle aura aussi des répercussions positives sur les ressources humaines, la gestion et l'organisation de la pratique infirmière et sur les services à la population ayant accès aux services de santé.

Peu d'études rigoureuses ayant pour but d'évaluer des interventions qui visent à diminuer ces contraintes et leurs effets sur la santé ont été réalisées [15-17]. De plus, les études disponibles comportent des limites méthodologiques importantes. Notre étude, en évitant les faiblesses des études antérieures, permettra de produire des connaissances nouvelles, solides et nécessaires à la réduction des contraintes psychosociales au travail et à la prévention d'importants problèmes de santé mentale.

L'identification des modifications requises à l'organisation du travail pour réduire les contraintes psychosociales du travail et leurs effets néfastes sur la santé mentale repose sur deux modèles théoriques appuyés par le plus grand nombre d'études empiriques : le modèle « Demande-Latitude-Soutien social » de Karasek [18] et le modèle « Déséquilibre Efforts/Reconnaissance » de Siegrist [19]. Ces facteurs psychosociaux ont, en effet, été associés à une série d'effets sur la santé physique et mentale [20-22]. De plus, Kristensen [23] suggère de mesurer également deux autres dimensions qui auraient des répercussions sur la santé : le sens du travail et le degré de prévisibilité au travail. Enfin, la demande émotionnelle [24], la violence physique et l'intimidation au travail [25] ainsi que les comportements agressifs des résidents [26] ont également été considérés en CHSLD parce que ces contraintes sont souvent présentes dans ces milieux de soins [19].



## **IMPLICATIONS**

Les résultats de notre recherche fourniront aux directions des établissements les outils nécessaires pour instaurer une démarche d'intervention participative dans leur milieu. La diffusion des facteurs qui ont facilité ou nui à la mise en œuvre de la démarche dans les milieux expérimentaux pourra également les guider. L'implantation d'une telle démarche permettra l'amélioration de l'organisation du travail des soignants tout en maximisant l'efficacité organisationnelle. De plus, la réduction des problèmes de santé mentale aura sans doute des effets positifs sur la qualité des soins et la satisfaction de la clientèle, de leur famille et des bénévoles.

Les résultats de notre recherche pourront aussi influencer les décideurs régionaux, provinciaux et nationaux à mieux adapter les politiques et décisions futures en matière de gestion des ressources humaines et en matière de santé à l'ensemble des établissements de santé. De plus, le fait que l'intervention porte sur des contraintes psychosociales au travail bien définies, dont les effets néfastes sur la santé ont été observés dans plusieurs secteurs d'activité, favorise la généralisation à l'extérieur du secteur de la santé. En effet, bien que les moyens de réduire les contraintes psychosociales au travail puissent être propres à chaque milieu, le processus d'identification des problèmes et des solutions (démarche de groupe) et l'évaluation rigoureuse des effets de l'intervention sont hautement généralisables. Les résultats auront une contribution importante à la prévention primaire des problèmes de santé mentale qui constituent une des principales causes d'absence pour maladie dans la population en âge de travailler.

## APPROCHE

### POPULATION ÉTUDIÉE

Le programme de recherche se déroule dans deux CHSGS (n=1110) et dans quatorze CHSLD (n=872) de la région de Québec et il inclut l'ensemble du personnel soignant en contact direct avec la clientèle. Les employés admissibles travaillaient au moins deux jours par semaine et depuis au moins trois mois.

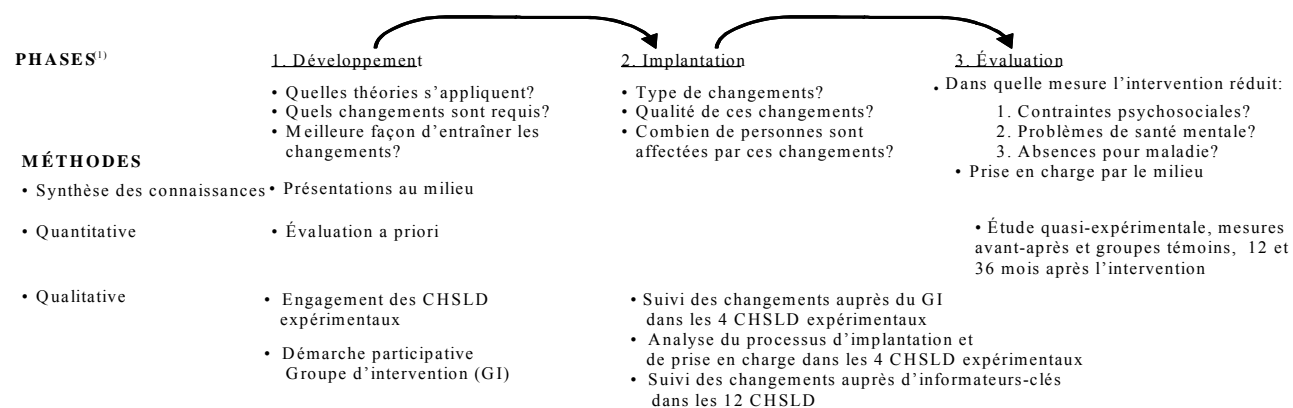
### OBJECTIFS

La mise sur pied d'une intervention évaluative intégrant la participation des soignants et ciblant l'environnement psychosocial du travail devrait permettre une réduction des contraintes psychosociales au travail ciblées (effets intermédiaires). Cette réduction des contraintes entraînera une diminution des problèmes de santé mentale (effets finaux). L'objectif général de notre programme consiste à évaluer des interventions visant la diminution de contraintes précises de l'environnement psychosocial du travail ainsi que la réduction des problèmes de santé mentale dans un CHSGS et cinq CHSLD de la région de Québec. Le devis proposé utilise à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives et il intègre les trois phases d'un modèle développé par Goldenhar, soit le développement, l'implantation et l'évaluation de l'intervention [27], qui répondent à trois objectifs précis : **1) Produire des connaissances permettant de développer des interventions appropriées pour diminuer la prévalence des contraintes psychosociales au travail ciblées (phase de développement)**. Cette phase permet d'identifier des cibles concrètes pour des interventions préventives; **2) Évaluer le processus d'implantation de l'intervention (phase d'implantation)**. L'intervention est définie comme étant les changements organisationnels implantés pour réduire concrètement les contraintes psychosociales au travail ciblées. Les décisions concernant les changements sont prises par la direction de l'établissement. La

responsabilité de l'implantation des changements relève ainsi de la direction de l'établissement. Tout changement objectif introduit dans le but d'améliorer la situation en regard de l'une des contraintes psychosociales ciblées sera considéré comme faisant partie de l'intervention. La nature et l'intensité de l'intervention sont évaluées. L'information relative au contexte dans lequel s'inscrit l'intervention et les facteurs qui entravent ou facilitent son implantation dans le milieu sont recueillis et analysés; **3) Évaluer les effets de l'intervention sur la prévalence des contraintes psychosociales au travail, sur la prévalence des problèmes de santé mentale et sur l'incidence des absences pour maladie (phase d'évaluation des effets).** Les effets de l'intervention sont évalués avec un devis quasi-expérimental de type avant-après avec groupes témoins. L'évaluation repose sur des instruments validés mesurant les quatre contraintes psychosociales ciblées et les problèmes de santé mentale auprès du personnel soignant appartenant aux établissements où se déroule l'intervention et auprès du personnel soignant d'établissements comparables où il n'y a pas d'intervention, avant, 12 mois et 36 mois après l'intervention.

Ces phases et méthodes sont présentées à la figure 1.

Figure 1. Phases et méthodes de la recherche



## 1. Phase de développement

Cette phase de la démarche d'intervention comporte l'évaluation *a priori* des risques et la démarche participative.

### **A- Évaluation *a priori* des risques (mesure pré-intervention)**

Une évaluation quantitative de l'importance des contraintes psychosociales et des problèmes de santé mentale du personnel soignant a été menée en tant qu'évaluation *a priori* des risques. Cette évaluation portait sur la prévalence des contraintes psychosociales au travail ciblées (demande psychologique élevée, faible latitude décisionnelle, faible soutien social des supérieurs et des collègues, déséquilibre efforts-reconnaissance, demande émotionnelle élevée, faible sens du travail, faible prévisibilité, violence physique et intimidation au travail, comportements agressifs des résidents) ainsi que sur la prévalence de détresse psychologique, de problèmes de sommeil, d'épuisement et de la perception de l'état de santé chez le personnel soignant<sup>1</sup>.

**Du côté des CHSGS**, l'évaluation *a priori* a été réalisée par entrevue téléphonique de février à avril 2000<sup>2</sup>. Chacune des personnes visées par le questionnaire a reçu, sur son lieu de travail, une lettre l'invitant à participer à l'enquête téléphonique. **Du côté des CHSLD**, environ une à deux semaines après les rencontres d'information, les soignants étaient invités, par leur responsable d'unité ou de service, à remplir, sur les lieux de travail, un **questionnaire auto-administré** et à le déposer dans une boîte scellée qui assurait la confidentialité des données. Les questionnaires ont été remplis de février à octobre 2001.

---

<sup>1</sup> Le faible sens au travail, la faible prévisibilité et les comportements agressifs des résidents n'ont été mesurés qu'en CHSLD. L'épuisement a été mesuré en CHSGS seulement.

<sup>2</sup> La cueillette de données a été confiée à une firme spécialisée dans les enquêtes, recherches et sondages téléphoniques.

## **B- Démarche participative**

### **B1- Choix des établissements expérimentaux**

**En CHSGS**, la connaissance du fonctionnement du réseau de la santé par les membres du comité aviseur<sup>3</sup> et les chercheurs a permis d'identifier les hôpitaux expérimental et témoin d'après un critère de comparabilité et de stabilité relative dans les mouvements de main-d'œuvre et les changements organisationnels prévus pendant les cinq années que durerait la recherche. Pour des raisons de faisabilité (taille de l'établissement, nombre optimal de personnes à inclure dans le groupe d'intervention), trois unités de soins ont été ciblées. Ces unités ont été choisies à partir de renseignements tirés de l'évaluation *a priori* de la prévalence de la tension au travail et de la détresse psychologique, des éléments d'observation des unités de soins et de la volonté de ses membres de participer à la démarche participative d'intervention.

**En CHSLD**, le choix des établissements susceptibles de faire l'objet d'une démarche d'intervention a d'abord été effectué selon certains critères d'admissibilité : le taux de participation à la mesure *a priori* et la prévalence de détresse psychologique dans l'établissement. Pour être admissible, un CHSLD devait d'abord avoir obtenu un taux de participation des soignants supérieur ou égal à 73 % (14 des 24 CHSLD) et avoir un niveau élevé de détresse psychologique (plus élevé que celui des travailleurs et travailleuses du Québec selon l'Enquête Santé Québec (23 %)). Dans cette optique, 13 des 14 CHSLD répondaient à ce critère. Le choix des établissements expérimentaux a ensuite été complété par tirage au sort après avoir regroupé les établissements selon certaines strates : la taille (plus de 100 soignants, entre

---

<sup>3</sup> Le Comité aviseur a été mis sur pied lors de la recherche sur les impacts de la transformation du réseau sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec. Depuis 1997, le Comité aviseur est composé de plusieurs instances qui ont comme objectif commun l'amélioration des conditions de travail des soignants et la prévention des problèmes de santé et de santé mentale au travail. Il regroupe notamment plusieurs infirmières issues des établissements (CHSGS, CHSLD et CLSC), des représentants de la RRSSSQ, de l'OIIQ, de la FIIQ, de la CSN, de la FTQ, de l'ASSTSAS et du MSSS.

55 et 100 soignants, moins de 55 soignants), la langue parlée (français ou anglais) et le secteur (privé ou public). Ainsi, cinq CHSLD ont été ciblés en tant que groupes expérimentaux. Les huit autres ont été désignés comme CHSLD témoins. Étant donné la taille importante de l'un des établissements expérimentaux sélectionnés, la démarche a été implantée dans une unité choisie au hasard.

## **B2- But et étapes de la démarche participative**

La démarche participative en milieu de travail visait la prévention primaire des problèmes de santé mentale reliés au travail chez les soignants par une diminution des contraintes de l'environnement psychosocial. Elle comprenait cinq étapes : i) l'engagement du milieu, la constitution et le fonctionnement du groupe d'intervention, ii) l'identification des contraintes, iii) l'élaboration des plans d'action, iv) l'actualisation des plans d'action et v) l'évaluation de l'intervention.

### **i) Engagement des centres expérimentaux, constitution et fonctionnement des groupes d'intervention**

La direction de l'établissement et les syndicats<sup>4</sup> ont été invités à valider leur adhésion formelle au projet, à s'engager par écrit<sup>5</sup> à nommer un responsable de la recherche dans leur établissement, à libérer le personnel impliqué dans la démarche d'intervention et à appuyer la mise en œuvre des plans d'action qui seraient proposés par le groupe d'intervention (GI).

Le rôle du GI consistait à identifier les contraintes sur les unités de soins; à proposer des interventions (solutions) pour les réduire; à déterminer les priorités d'intervention et leur faisabilité; à diffuser l'information sur l'unité de soins et à ramener au GI les commentaires et les réactions des collègues.

---

<sup>4</sup> Dans certains CHSLD, le représentant de comité des usagers a également signé le contrat d'engagement.

<sup>5</sup> Le contrat écrit a été utilisé en CHSLD seulement.

L'équipe de recherche a procédé à l'élaboration d'une liste de critères en vue du recrutement des membres du groupe d'intervention. Les membres sélectionnés pour faire partie du GI devaient être des **personnes volontaires et crédibles (reconnues par leurs pairs); ayant du leadership; capables de travailler en équipe et de mobiliser les soignants de l'unité; des agents de changement; capables de communiquer leurs idées et d'écouter celles des autres.**

Afin d'assurer une représentativité de l'ensemble des soignants pour chaque quart de travail, le groupe d'intervention rassemblait environ 10 à 15 personnes dont un ou plusieurs représentants de la direction (chef d'unité et/ ou coordonnateur de l'hébergement et des soins infirmiers et/ou conseillère clinicienne en soins infirmiers et/ou représentant de la direction des ressources humaines), les infirmières chefs d'équipe ou assistantes infirmières-chefs (jour-soir-nuit), les représentants des syndicats concernés, des représentants du personnel soignant (infirmières, préposés aux bénéficiaires et infirmières auxiliaires) ainsi que, dans certains CHSLD, des personnes représentant les autres intervenants (comité des résidents et/ou équipe multidisciplinaire). Des membres ad hoc pouvaient être invités à une rencontre du GI lorsque d'autres services (par exemple : la buanderie, la pharmacie, l'entretien ménager, la cuisine, etc.) étaient touchés par les changements proposés.

Tout au long des travaux du GI, les membres étaient guidés par un animateur, chercheur de l'équipe de recherche, afin de centrer la démarche dans le cadre des modèles théoriques définis précédemment et sur les contraintes identifiées lors de l'évaluation *a priori*.

Du côté du CHSGS expérimental, le GI s'est réuni à huit reprises (rencontre d'une durée de trois heures) entre décembre 2000 et mars 2001. En CHSLD, en moyenne sept réunions des membres du GI ont eu lieu de l'hiver 2002 au début de l'automne 2002. La phase de développement de la démarche participative s'est étalée sur une période d'environ 10 mois avec des rencontres du GI aux deux à trois semaines. Après chacune des rencontres, un compte rendu était rédigé, soumis aux membres et validé.

En dehors des rencontres formelles du GI, les soignants membres du groupe, libérés pour l'équivalent d'une demi-journée, avaient pour mandat de rencontrer leurs collègues des trois quarts de travail pour diffuser l'information et recueillir leurs commentaires et suggestions. Les représentants syndicaux membres du GI avaient également pour mandat la diffusion de l'information auprès de leurs membres et la collecte de suggestions et de commentaires. Les chefs d'unité devaient offrir un soutien aux salariés membres du GI et promouvoir la recherche dans leur propre unité. Les représentants de la direction des soins infirmiers (DSI) et de la direction des ressources humaines (DRH) membres du GI veillaient à diffuser l'information recueillie à leurs supérieurs, facilitaient la recherche de solutions aux contraintes identifiées par les membres soignants et communiquaient l'information aux membres du GI, tout en étant responsables de mandats spécifiques.

## **ii) Identification des contraintes**

Les membres du GI ont été formés sur les dimensions psychosociales du travail à partir des modèles théoriques présentés à la section précédente. Cette première rencontre a également rendu possible la discussion, avec le groupe, des résultats de la mesure *a priori* et de leur interprétation afin de préciser comment les contraintes ciblées se manifestent concrètement dans leur travail. Les membres ont ensuite consulté leurs collègues de travail afin de compléter l'identification des contraintes.



### **iii) Élaboration des plans d'action**

Dans chacun des centres expérimentaux, la démarche participative a généré l'identification de plusieurs dizaines de contraintes liées aux dimensions des modèles théoriques qui ont été précisées, modifiées et/ou regroupées sous 14 thèmes ou problèmes. Les membres ont ensuite travaillé à établir la priorité des problèmes et à trouver des pistes de solutions potentielles.

La démarche a ensuite permis la traduction des pistes de solutions en objectifs et en plans d'action. Les membres du groupe ont précisé des actions concrètes à poser à court, moyen et long termes qui permettraient l'atteinte des objectifs. Les objectifs devaient être clairs, précis et donner lieu à des actions mesurables et réalistes. Enfin, pour chacune des actions, un échéancier était proposé et une personne responsable d'effectuer le suivi était nommée.

## **2- Phase d'implantation**

### **iv) Actualisation des plans d'action**

Cette phase comporte plusieurs activités : a) l'analyse du processus d'implantation et de prise en charge de la démarche d'intervention, b) le suivi des plans d'action par les groupes d'intervention et c) le suivi des changements dans l'ensemble des centres.

#### *a) Analyse du processus d'implantation et de prise en charge dans les centres expérimentaux*

Des entrevues de groupe semi-dirigées seront réalisées afin de décrire le processus d'implantation des changements et de prise en charge de la démarche d'intervention participative. Dans chacun des centres expérimentaux, deux entrevues de groupe (une entrevue avec la direction et une avec les soignants) seront réalisées auprès des membres du GI et porteront sur les buts, les objectifs et les activités proposées et mises en place pour réaliser l'intervention. De plus, trois entrevues de groupe seront

réalisées auprès de soignants qui n'étaient pas membre du GI : de jour, de soir et de nuit. Les soignants seront invités à décrire la démarche d'intervention participative et leur implication réelle dans l'implantation des changements. Ils seront également amenés à identifier les facteurs qui ont facilité ou nuï à la démarche ainsi que ceux qui permettraient d'améliorer cette dernière et favoriseraient sa diffusion. Les entrevues, d'une durée d'environ deux heures, seront enregistrées et retranscrites textuellement.

*b) Suivi des plans d'action par le groupe d'intervention dans les centres expérimentaux*

Le suivi des changements dans chacun des centres expérimentaux par le GI permet de revoir l'implantation des plans d'action et la documentation de leur mise en œuvre (les bons coups, les facteurs favorables ou nuisibles aux changements). Il permet également de déterminer si les solutions apportées aux problèmes sont maintenues dans le temps et d'identifier les mécanismes d'évaluation et de suivi à moyen et long terme des changements.

*c) Suivi des changements dans l'ensemble des centres (expérimentaux et témoins)*

Les chercheurs effectuent un suivi auprès d'informateurs clés (direction et syndicats) de l'ensemble des centres participants (expérimentaux et témoins) afin de recueillir toute information concernant les changements organisationnels susceptibles d'influencer les contraintes à l'étude. Le suivi se fait par entretiens directs, par téléphone ou par courrier électronique, dans les documents administratifs et les rapports annuels, les comptes rendus de réunions des comités de gestion, de santé et sécurité et des équipes de soins. Les renseignements recueillis ont trait au contexte organisationnel et aux actions entreprises par la direction ou les syndicats pour améliorer la qualité de vie au travail pour les soignants.

### **3- Phase d'évaluation des effets de l'intervention**

#### **v) Évaluation de l'intervention**

Afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention, un devis quasi-expérimental de type avant-après, avec groupes témoins est utilisé. Les contraintes psychosociales au travail et l'état de santé mentale des soignants sont mesurés à trois reprises : avant l'intervention, 12 mois après le début de l'intervention afin d'évaluer les effets à court terme et 36 mois après le début de l'intervention afin d'évaluer les effets à long terme. Toutes ces mesures sont effectuées dans les centres expérimentaux et témoins. Le détail des mesures utilisées est présenté à l'annexe B.

### **LIENS DU PROJET AVEC LES GESTIONNAIRES ET LES RESPONSABLES POLITIQUES**

Les responsables politiques (MSSS) ont un représentant dans l'équipe de recherche ainsi qu'un représentant au Comité aviseur du programme de recherche et ils sont au fait de l'évolution de nos recherches en CHSGS et en CHSLD.

Le Comité aviseur a collaboré à la création du programme d'intervention et il continue de suivre les différentes étapes en recevant une rétroaction à chacune d'elles. Les membres du comité sont sollicités pour l'interprétation et la diffusion des résultats aux instances qu'ils représentent. Ils ont toujours permis à l'équipe de recherche de faire des choix judicieux, tenant compte de la réalité et des attentes du milieu. La diffusion des résultats par l'intermédiaire du Comité aviseur a déjà permis aux gestionnaires et aux responsables politiques de se pencher sur les mesures correctives et préventives à mettre de l'avant pour le bien-être des soignants. À cet égard, une équipe d'intervenants en santé mentale au travail d'un

CLSC, formée par les chercheurs à la problématique et au cadre conceptuel de la recherche, a reçu l'aval de la RRSSSQ pour mettre sur pied des projets d'intervention dans plusieurs établissements de la région.

## RÉSULTATS DE LA RECHERCHE <sup>6</sup>

### 1- Phase de développement

#### A- Mesure *a priori*

L'évaluation *a priori* a permis de dresser le portrait des contraintes psychosociales de l'environnement de travail et de la santé des soignants pour chacun des centres ayant accepté de participer à la recherche<sup>7</sup>. Parmi les soignants rejoints, le taux de participation au questionnaire téléphonique a été de 73 % dans le CHSGS expérimental, de 69 % dans le CHSGS témoin, de 81 % dans les CHSLD expérimentaux et de 84 % dans les CHSLD témoins. Les résultats présentés dans les tableaux 1 et 4 (annexe A) indiquent une présence importante de contraintes dans le travail et de problèmes de santé chez les soignants. La comparaison avec une population de référence permet de déterminer que la prévalence de contraintes et de problèmes de santé ajustée pour l'âge et le sexe est plus élevée chez les soignants en CHSGS et en CHSLD que chez les travailleurs et travailleuses du Québec [25]. Les contraintes psychosociales en excès constituent des cibles pour une intervention préventive.

Cette évaluation *a priori* a fait l'objet d'un rapport qui a été présenté à la direction, aux infirmières chefs d'unités et au personnel soignant de chacun des établissements à l'étude. Les présentations ont pris la

---

<sup>6</sup> Cette section ne porte que sur la phase de développement et la phase d'évaluation de l'efficacité de l'intervention à 12 mois puisque la phase d'implantation nécessite un suivi en continu des changements apportés aux contraintes sur une période de 36 mois, ce qui dépasse la période couverte par la présente subvention de la FCRSS.

<sup>7</sup> Parmi les 24 CHSLD participants, 14 ont obtenu un taux de participation suffisant pour la poursuite de la recherche. En effet, pour des raisons de validité des résultats, les CHSLD ayant obtenu un taux de réponse inférieur à 70 % ont été exclus des analyses subséquentes.

forme d'ateliers de formation au cours desquels les échanges, tant avec les gestionnaires qu'avec le personnel, ont permis de colliger de nombreux renseignements sur la réalité du travail des soignants et sur les attentes de ces derniers face à la recherche. Des copies du rapport ont été distribuées dans chacun des centres participants de manière à favoriser la diffusion des résultats dans chacune des unités de soins et à rendre le rapport disponible au plus grand nombre de soignants possible. Une synthèse des faits saillants du rapport a été remise à chacun des soignants.

#### B- Démarche participative

Un volet qualitatif de la recherche présente les résultats de la démarche du groupe d'intervention en termes de recommandations sur les changements à apporter à l'organisation du travail pour diminuer les contraintes psychosociales du travail. Dans chacun des établissements expérimentaux, un rapport des travaux du groupe d'intervention, incluant les recommandations sur les changements à apporter pour diminuer les contraintes identifiées (plans d'action) a été présenté à la direction et/ou au conseil d'administration de l'établissement par les chercheurs. Cette rencontre a permis d'obtenir l'appui de la direction pour la réalisation des actions proposées par le GI. Le rapport a également été remis aux chefs d'unités qui devaient le rendre disponible à l'ensemble des soignants.

Une synthèse des actions suggérées tant en CHSGS et en CHSLD est présentée dans les tableaux 3 et 4. Soulignons que les rencontres du GI ont permis aux membres de découvrir un espace communicationnel leur donnant l'opportunité de s'approprier une démarche participative visant la résolution de problèmes. Les membres ont eu la possibilité d'apprendre à mieux se connaître, à s'approprier et à communiquer en tant que partenaires et collègues de travail. Un lieu de parole privilégié grandement apprécié de tous.

Plusieurs actions visaient notamment l'amélioration du travail d'équipe. En effet, lorsque le travail d'équipe est absent ou insuffisant, plusieurs autres contraintes du travail semblent amplifiées. À l'opposé, un travail d'équipe harmonieux permet l'identification et la solution de plusieurs contraintes. Les solutions proposées portent sur la nécessité de faire revivre les réunions d'équipes sur une base régulière afin de permettre l'échange entre les soignants. Cet échange, temps d'arrêt précieux pour « se parler » et faire le point sur les réalités vécues à l'unité, constitue un besoin réel exprimé par les soignants. Il est à noter l'importance de la reconstruction de l'esprit d'équipe pour contrer l'individualisme au profit de la collectivité de travail et des intérêts des intervenants. Dans le même esprit, une meilleure communication entraînera une amélioration des rapports sociaux entre les différents intervenants. Selon les membres des groupes d'intervention, l'esprit d'équipe est difficile à envisager si le respect, l'équité et l'entraide entre les différents intervenants ainsi que la responsabilisation de chacun des membres de l'équipe sont absents ou insuffisants. Pour favoriser la *reconnaissance*, il importe donc de clarifier les rôles, tâches et fonctions des membres de l'équipe de soins, d'enrichir les tâches et d'en informer le personnel pour qu'elles soient bien comprises et acceptées de tous. Il faut également s'assurer d'une distribution équitable des tâches (*demande*), rôles et fonctions en lien avec les compétences de chaque titre d'emploi et selon les besoins de la clientèle. L'élaboration d'un instrument de mesure de l'autonomie fonctionnelle de l'équipe pour apprécier la contribution de chacun aux activités de travail, la formation des cadres et du personnel de gestion sur l'entraînement ou le « coaching » et le leadership ainsi que le développement d'un programme d'intégration des nouveaux employés ont également été proposés pour améliorer le travail d'équipe. Ces éléments contribueront à augmenter le *soutien social* au travail.

L'insuffisance de personnel stable constituait également une problématique importante aux yeux des soignants. Il leur apparaît important de favoriser la stabilité des équipes, d'accélérer le processus d'attribution des postes et de constituer des équipes équilibrées et compétentes pour répondre aux besoins de la clientèle. La stabilité du personnel entraînera la réduction de la charge de travail du personnel de l'unité (*demande*) tout en favorisant l'esprit d'équipe.

L'agressivité verbale et physique des résidents et des familles était également souvent au cœur des problèmes vécus par les intervenants en CHSLD. La résolution de ce problème est cruciale puisque celui-ci a un rôle important à jouer dans l'épuisement des intervenants. L'agressivité des résidents peut amener les membres du personnel à se refermer sur eux-mêmes et à dépersonnaliser les liens qu'ils entretiennent avec les résidents. À long terme, le personnel peut également dépersonnaliser ses relations avec les collègues de travail : ce qui n'est pas sans avoir de conséquences sur l'esprit d'équipe. Plusieurs formations sur la gestion de l'agressivité verbale et physique de la clientèle et des familles ont été proposées aux soignants.

Le manque de communication et d'information a aussi été soulevé par le personnel soignant. Cette problématique occasionne notamment des frustrations et de la démotivation chez les employés qui ne comprennent pas comment se prennent les décisions, ne se sentent pas consultés (faible *latitude décisionnelle*) ni respectés (*déséquilibre efforts-reconnaissance*). Il importe que l'information circule sur le plan vertical, de la direction au personnel, et aussi sur le plan horizontal entre les équipes ou les quarts de travail. Pour ce faire, il importe de créer des endroits ou lieux de paroles et d'écrits qui permettent aux employés de communiquer ou de recevoir l'information de façon adéquate et rapide.

## 2- Phase d'implantation

Un deuxième volet qualitatif de la recherche consiste à documenter les changements qui ont été implantés dans chacun des établissements expérimentaux. Au cours des travaux du GI, plusieurs solutions ont déjà été apportées à plusieurs des contraintes identifiées. D'autres éléments de solutions ont été retenus et proposés par les membres du GI, et pour chaque solution, un membre du GI a été désigné responsable du suivi. Ces derniers éléments de solution comportent des contraintes qui peuvent être plus facilement solutionnées et gérées par les unités et des contraintes organisationnelles qui demanderont l'appui et l'accord de la direction pour leur réalisation à court, moyen ou long terme. De plus, les changements n'étant pas sous la responsabilité des chercheurs, plusieurs peuvent se produire tant dans les groupes expérimentaux que dans les groupes témoins pour différentes raisons, telles le contexte économique et les politiques de gestion des établissements de santé. Les décisions concernant ces changements sont prises par les gestionnaires des établissements. La documentation de l'implantation de l'intervention exige un suivi exhaustif des changements durant toute la durée de la recherche, jusqu'à la 2<sup>e</sup> mesure post-intervention à 36 mois. Ce suivi est effectué auprès du GI lors de rencontres bi-annuelles, les entrevues semi-dirigées, individuelles et de groupe ainsi que le suivi avec les gestionnaires et les syndicats qui se poursuivront au cours de la prochaine année.

### Phase d'évaluation à 12 mois

Un volet quantitatif présente les résultats préliminaires à 12 mois post-intervention dans les CHSGS, résultats qui indiquent **quatre diminutions significatives dans le groupe expérimental**, dans la prévalence de la demande psychologique élevée, la faible reconnaissance, le déséquilibre efforts/reconnaissance et les problèmes de sommeil (Tableau 5). **Aucune diminution** de ces variables n'a été observée **dans le groupe témoin**. De plus, **cinq détériorations significatives** ont été observées **dans le groupe témoin**, notamment dans la prévalence de la faible latitude décisionnelle, du faible



soutien social des supérieurs et des collègues et de l'épuisement. **Dans le groupe expérimental, aucune détérioration** n'a été observée<sup>8</sup>.

Les résultats à 12 mois dans les CHSLD<sup>9</sup> indiquent **six diminutions significatives** dans le **groupe expérimental**, notamment une diminution de la prévalence de la faible latitude décisionnelle, de la combinaison de demande élevée et de faible latitude, de l'intimidation au travail, des comportements agressifs des résidents, de la demande émotionnelle et des problèmes de sommeil<sup>10</sup> (Tableau 6). **Un seul changement significatif** a été observé dans les **groupes témoins**; il s'agit de la diminution des comportements agressifs des résidents.

## DISCUSSION

Les résultats obtenus appuient la pertinence d'intervenir sur l'environnement psychosocial pour diminuer les contraintes dans une perspective de prévention primaire des problèmes de santé mentale chez les intervenants en soins de courte et de longue durée. Néanmoins, les changements rapportés ont été observés seulement 12 mois après le début de l'intervention. Ce délai est trop court pour permettre l'actualisation de tous les changements proposés dans les plans d'action issus de la démarche d'intervention dans les centres expérimentaux, et aussi trop court pour mesurer l'effet réel des changements sur la réduction des contraintes psychosociales et des problèmes de santé.

---

<sup>8</sup> À 12 mois, un taux de réponse respectif de 77 % et 69 % a été observé dans le CHSGS expérimental et le CHSGS témoin.

<sup>9</sup> Il est à noter que la démarche d'intervention a été interrompue dans un des CHSLD expérimentaux et ce dernier n'est pas inclus dans l'évaluation de l'efficacité de l'intervention. Les données qui ont servi à l'évaluation sont donc celles qui ont été recueillies dans quatre CHSLD expérimentaux et huit CHSLD témoins avant l'intervention (mesure *a priori*) et 12 mois après l'intervention.

<sup>10</sup> À 12 mois, les CHSLD expérimentaux et témoins ont obtenu un taux de réponse respectif de 79 % et 82 %.

Il semble raisonnable de prévoir que l'implantation des mesures proposées dans les plans d'action se complétera au cours des prochains mois et que ceci permettra de mesurer des effets plus importants en termes de réduction des contraintes et des problèmes de santé, lors d'une deuxième mesure post-intervention qui sera réalisée à 36 mois.

Il importe également de mentionner que la « contamination » de certains CHSLD témoins par les interventions réalisées dans les CHSLD expérimentaux a probablement mené à une sous-estimation de l'impact réel des interventions dans ces derniers. En effet, plusieurs CHSLD font partie d'un même regroupement administratif d'établissements. Ainsi, quelques CHSLD témoins ont pu connaître des changements lorsque la démarche participative d'intervention avait lieu dans un CHSLD expérimental relevant d'un même regroupement administratif. L'impact réel des interventions a également pu être sous-estimé en raison de différentes interventions qui auraient été réalisées et les CHSLD témoins en lien avec un programme du Ministère visant la réduction des absences [28]. En effet, des interventions qui auraient été mises en place pour réduire les absences dans certains établissements témoins ont pu amener une réduction des contraintes ciblées par notre recherche. La phase d'implantation de l'intervention présentement en cours comporte des activités d'analyse du processus et du suivi des changements qui permettront de documenter ces différentes possibilités et d'autres qui pourraient influencer les résultats.

### **Les conditions de succès de la démarche d'intervention**

Le succès d'une telle démarche dépend de plusieurs éléments dont l'engagement et le soutien de la haute direction. La démarche d'intervention doit refléter une priorité de la direction de l'établissement et du conseil d'administration, plutôt que d'être le projet de seulement quelques personnes [29].

L'engagement à appuyer la mise en œuvre des plans d'action proposés par le groupe d'intervention assure aux soignants que les choses bougeront et qu'ils seront écoutés par la direction.

De plus, la démarche d'intervention ne pourrait se dérouler adéquatement sans la présence d'un leadership approprié. Il est important que la direction de l'établissement confie la responsabilité du bon déroulement de la démarche à une personne ayant un leadership reconnu dans l'établissement. Le leadership, la crédibilité et la capacité de communication et d'écoute des membres du groupe d'intervention ne sont également pas à négliger. En effet, ceux-ci devront être en mesure de mobiliser les soignants de leur milieu et de les impliquer dans la démarche. Le succès de la démarche d'intervention dépend aussi de ces agents de changement.

Finalement, attendu que les organisations sont en perpétuel changement, il importe de souligner que l'implantation de la démarche d'intervention devrait survenir dans un contexte où il est possible de connaître l'ensemble des changements organisationnels mis en place, afin de pouvoir distinguer les effets liés au projet de ceux liés aux décisions administratives courantes, non liées au projet mais qui peuvent avoir un impact sur les dimensions de l'organisation du travail visées par la recherche.

### **RESSOURCES ADDITIONNELLES**

L'évaluation *a priori* et l'évaluation de l'efficacité de l'intervention à 12 mois ont fait l'objet de rapports pour les CHSGS et les CHSLD. Ces rapports se retrouvent sur le site web du CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières (<http://www.cchvdr.qc.ca/>).

Deux articles sur la recherche en CHSGS ont été soumis : 1- Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute

care hospital. 2- Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Des articles sur la recherche en CHSLD sont en préparation et un a déjà été publié dans la revue PISTES 2005, 7(2) « Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail ».

### **PERSPECTIVES DE RECHERCHE**

Bien que la recherche soit à un stade déjà avancé, plusieurs étapes restent encore à venir. La poursuite du suivi dans les centres expérimentaux (accompagnement du milieu dans la démarche de changement), la description du processus d'implantation des changements, l'évaluation de la prise en charge de la démarche d'intervention participative (entrevues semi-dirigées), l'évaluation à long terme (trois ans après le début des interventions) des effets de l'intervention et l'analyse des indicateurs de gestion et des absences pour maladie pour chacune des cinq années de suivi (deux ans avant et trois ans après l'intervention) n'ont pas encore été finalisées.

Les changements visés par l'intervention impliquent souvent de changer d'abord des attitudes, des croyances et des valeurs et une remise en question du style de gestion, un processus ne pouvant se réaliser qu'à long terme. Comme l'implantation des changements, lors de la première mesure à 12 mois, était souvent très récente ou incomplète, une mesure à 36 mois s'avère nécessaire pour vérifier l'efficacité de l'intervention. Celle-ci permettra aussi de vérifier si l'efficacité persiste au delà de l'effet Hawthorne lié à la présence des chercheurs et aux travaux du groupe d'intervention, d'où son importance.

## Références et bibliographie

1. van der Doef, M. and S. Maes, *The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research*. Work and Stress, 1999. **13**(2): p. 87-114.
2. van der Doef, M., M. Stan, and R. Diekstra, *An examination of the Job Demand-Control-Support model with various occupational strain indicators*. Anxiety, Stress and Coping, 2000. **13**: p. 165-185.
3. Peter, R., *Effort-reward imbalance and ill health*. Psychotherapeut, 2002(47): p. 386-398.
4. Peter, R., et al., *Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP study*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2002(56): p. 294-300.
5. Bourbonnais, R., et al., *Psychosocial Work Environment and Certified Sick Leaves among Nurses during Organizational Changes and Downsizing*. Submitted.
6. Evers, W., W. Tomic, and A. Brouwers, *Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly*. Issues in Mental Health Nursing, 2001(22): p. 439-454.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. 2003, Gouvernement du Québec : Québec.
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire - novembre 2003*. 2003, Direction générale du personnel réseau : Québec.
9. Vézina, M., et al., *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. 1992, Boucherville : Gaétan Morin. 179.
10. Jex, S. and T. Beehr, *Emerging theoretical and methodological issues in the study of work-related stress*. Research in personnel and human resources management, 1991. **9**: p. 311-365.
11. Jex, S., *Stress and job performance: theory, research, and implications for managerial practice*. Advanced topics in organizational behavior, ed. J. Barling and K. Kelloway. 1998, Thousand Oaks: SAGE. 129 p.
12. Morgan, G., *Images of organization*. 2nd ed. 1997, Thousand Oaks: Sage publications. 485 p.
13. National Institute of Occupational Health and Safety, *Stress...at work*. 1999, US Department of Health Services: Cincinnati. p. 26 p.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*. 1992, Québec : Gouvernement du Québec. 192.
15. Kompier, M., et al., *Stress Prevention in Bus Drivers: Evaluation of 13 Natural Experiments*. Journal of Occupational Health Psychology, 2000. **5**(1): p. 11-31.
16. van der Klink, J.J.L., et al., *The Benefits of Interventions for Work-Related Stress*. American Journal of Public Health, 2001. **91**(2): p. 270-276.
17. van der Hek, H. and H.N. Plomp, *Occupational Stress Management Programmes: a Practical Overview of Published Effect Studies*. Occupational Medicine, 1997. **47**(3): p. 133-141.
18. Karasek, R. and T. Theorell, *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. 1990, New York: Basic Books. 381.
19. Siegrist, J., *The model of effort-reward imbalance*. 2001, J. Siegrist.

20. Kristensen, T.S., *Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review*. Journal of Occupational Health Psychology, 1996. **1**(3): p. 246-260.
21. Stansfeld, S.A., et al., *Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study*. Occupational Environmental Medicine, 1999. **56**(5): p. 302-307.
22. Bourbonnais, R., et al., *Job strain and psychological distress in white collar workers*. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 1996. **22**(2): p. 139-145.
23. Kristensen, T.S., *Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 1999. **25**(6): p. 550-557.
24. Gray-Toft, P. and J.G. Anderson, *The Nursing Scale: Development of an instrument*. Journal of Behavioral Assessment, 1981. **3**(1): p. 11-23.
25. Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*. 2000, Gouvernement du Québec : Québec. p. 642.
26. Baumgarten, M., R. Becker, and S. Gauthier, *Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale*. J Am Geriatr Soc., 1990. **38**(3): p. 221-226.
27. Goldenhar, L., et al., *The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2001. **43**(7): p. 616-622.
28. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Comité provincial d'assurance salaire. Plan d'action ministériel à l'égard de la présence au travail 2001-2004*. 2001, Gouvernement du Québec : Québec. p. 140.
29. Durand, P.J., et al., *Modification de pratiques de soins en milieu d'hébergement : Impact d'un programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques*. 2000.
30. AHQ, *Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée : de la réflexion à l'action- Approche prothétique élargie*. 1998, Association des Hôpitaux du Québec (AHQ).
31. ACCQ, *Guide de gestion de l'implantation de l'approche prothétique élargie*. 1999, Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ).
32. GouvernementduQuébec, *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec. Chapitre 33*. 2002, Gouvernement du Québec.
33. Johnson, J.V. and E.M. Hall, *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, 1988. **78**(10): p. 1336-1342.
34. Karasek, R., *Job content questionnaire and user's guide*. 1985, Los Angeles (CA): Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California. 50.
35. Karasek, R., et al., *The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics*. Journal of Occupational Health Psychology, 1998. **3**(4): p. 322-355.
36. Santé Québec, *Et votre coeur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*. 1994, Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 159 p.
37. Brisson, C., et al., *Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire*. Work & Stress, 1998. **12**(4): p. 322-336.
38. Larocque, B., C. Brisson, et C. Blanchette, *Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du Job Content Questionnaire de Karasek*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1998. **96**: p. 371-381.

39. Niedhammer, I., et al., *Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2000. **48** : p. 419-437.
40. Siegrist, J., et al., *The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons*. Social Science & Medicine, 2004. **58**: p. 1483-1499.
41. Ilfeld, F.W., *Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population*. Psychological reports, 1976. **39**: p. 1215.
42. Perreault, C., *Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la mesure utilisée*. Québec : Cahier technique 87-06, Gouvernement du Québec, 1987.
43. Prévillé, M., et al., *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. 1992, Montréal : Santé Québec. 54 p.
44. Hunt, S., et al., *A quantitative approach to perceived health status: a validation study*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1980. **34**(4): p. 281-286.
45. Vézina, M., F. Derriennic, and C. Mondort, *Tension au travail et atteintes à la santé mentale : l'éclairage de l'enquête ESTEV*, in *Travail, santé, vieillissement : relations et évolutions*. 2001, Octores : Toulouse. p. 177-187.
46. McHorney, C.A., et al., *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups*. Medical Care, 1994. **32**(1): p. 40-66.
47. Latack, J.C. and S.J. Havlovic, *Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures*. Journal of Organizational Behavior, 1992. **13**: p. 479-508.
48. Santé Québec, et al., *Et la santé, ça va en 1992-93? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*. Vol. 1. 1995, Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 412.
49. Tierney, D., P. Romito, and K. Messing, *She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers*. Women & Health, 1990. **16**(1): p. 21-42.
50. SAS Institute Inc, *The SAS system for Sun OS*. 2000, Cary, North Carolina: SAS Institute Inc.
51. *S-PLUS 5 for UNIX Guide to statistics, Data Analysis*. 1998, Mathsoft: Seattle.
52. Everitt, B. and L. Fidell, *Analysing medical data using S-Plus*. 2001, New York: Springer-Verlag.
53. Montgomery, D., *Design and analysis of experiments*. 3e édition ed. 1991, New York: John Wiley & Sons.
54. Kleinbaum, D., L. Kupper, and K. Muller, *Applied regression analysis and other multivariate methods*. 1988, Boston: PWS-Kent Publishing Company.
55. Tabachnik, B. and L. Fidell, *Using Multivariate Statistics*, ed. H. Collins. 1996.
56. Conover, W., *Practical Nonparametric Statistics*. 2nd ed. 1980, New York: John Wiley & Sons, Inc.
57. Rothman, K. and S. Greenland, *Modern epidemiology*. second edition ed. 1998: Lippincott Williams & Wilkins. 738.
58. Skov, T., et al., *Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing*. International Epidemiological Association, 1998. **27**: p. 91-95.
59. Liang, K. and S. Zeger, *Longitudinal data analysis using generalized linear models*. Biometrika, 1986. **73**: p. 13-22.

## ANNEXE A

**Tableau 1 Prévalence des contraintes psychosociales au travail et santé mentale dans le CHSGS expérimental. Évaluation *a priori* 2000**

	Hôpital		Santé Québec %
	N	%	
Demande psychologique élevée	412	84.1	43.0
Faible latitude décisionnelle	322	65.6	54.0
Tension au travail			
Faible demande; latitude élevée	19	3.9	-
Faible demande; faible latitude	59	12.0	-
Demande élevée; latitude élevée	149	30.4	-
Demande élevée; faible latitude	263	53.7	20.0
Faible soutien social (total)	212	43.6	-
Faible soutien social des supérieurs	395	81.3	-
Faible soutien social des collègues	305	62.8	-
Faible reconnaissance	248	50.7	-
Déséquilibre efforts/reconnaissance	331	67.8	-
Détresse psychologique	152	31.0	21.0
Épuisement lié à la clientèle	116	23.7	-
Épuisement lié au travail	240	48.8	-
Épuisement personnel	188	38.2	-
Problèmes de sommeil	180	36.7	-
Santé générale			
Excellente ou très bonne	301	61.2	-
Moyenne ou mauvaise	55	11.2	-
Consultation médicale durant les deux dernières semaines	195	39.7	-
Raison de la consultation : problème émotionnel ou mental	36	7.4	-

- Échantillon représentatif des travailleurs québécois en 1998, ajusté pour le sexe, l'âge et le niveau de scolarité.



**Tableau 2 Contraintes ciblées en fonction des catégories de problèmes et des variables psychosociales en CHSGS (travaux du GI 2001)**

Thème	Facteur psychosocial*	Interventions ciblées	Solutions
Travail et esprit d'équipe	REC, SS SS DP, SS	1. Manque de reconnaissance et de respect entre infirmières et préposés aux bénéficiaires (PAB) 2. Commentaires négatifs nuisent au climat de travail 3. Manque d'assistance mutuelle (ou de collaboration)	-Réunions d'équipe régulières - Session de formation sur le travail d'équipe au besoin
	REC, SS	4. Les infirmières laissent les PAB arrêter la sonnerie (de la cloche) des patients	-Nouveau système de sonnerie (cloche)
	REC, SS, LD	5. Les PAB se sentent « au bas de l'échelle » et n'ont pas l'impression de faire partie de l'équipe des soignants	-Enrichissement de tâches, formation, stabilisation des horaires, disponibilité des équipements
	REC, SS	6. Inégalités perçues dans le statut hiérarchique du personnel de nuit vs de soir vs de jour	-Rappeler au personnel qui leur est possible de changer de quart de travail pendant 15 jours par an -Rapports quotidiens devraient être disponibles pour tous
	SS, REC LD, DP	7. Les infirmières en viennent à douter de leur compétence lorsqu'elles sont confrontées aux attitudes négatives des médecins envers elles 8. Manque de coopération de la part des médecins, en particulier lorsqu'ils sont réveillés la nuit pour un avis médical 9. Délais non raisonnables des retours d'appel des médecins 10. Les médecins délèguent à l'infirmière le devoir d'annoncer une mauvaise nouvelle au patient	-Rencontres avec les médecins pour les sensibiliser au problème -Support de l'équipe
	REC	11. Le travail des infirmières est pris pour acquis par les médecins	-En discuter durant les rencontres d'équipes

Thème	Facteur psychosocial*	Interventions ciblées	Solutions
Processus de dotation	DP	Le manque de stabilité des équipes et le personnel inexpérimenté augmentent le besoin de supervision des infirmières : 12. Remplacements fréquents par du personnel inexpérimenté 13. Le personnel expérimenté sur la liste de rappel n'est pas disponible 14. Lacunes dans la formation des nouveaux employés 15. Questions fréquentes sur l'usage des médicaments par les jeunes infirmières	-Création d'une banque d'employés expérimentés pour les remplacements (stabilisation des remplacements) -Période de formation prolongée -Soutien et intégration des nouveaux employés (meilleure supervision, jumelage, formation continue) -Autogestion des remplacements par unité -Fournir des outils (guide des médicaments et injections intraveineuses)
	DP, LD, REC	16. Le non-remplacement du commis à la réception lui cause une surcharge de travail à son retour	-Création d'un bassin de commis formés à des fins de remplacements -Engager et former davantage de commis
	DP	17. Période de probation trop courte	-Une période de probation plus longue dans certains cas particuliers -Ajout d'un instructeur
	DP	18. Long délai avant qu'un poste soit comblé	Changements à apporter au processus de dotation
	REC, LD	19. Le personnel est informé à la dernière minute de l'attribution d'un poste	Autogestion des remplacements sur les unités
	REC	20. Iniquité perçue dans l'attribution du statut de sécurité d'emploi	Information fournie par les infirmières-chefs
	REC	21. Le personnel de l'unité A croit que l'unité devrait être reconnue comme une unité ultra-spécialisée	Le projet est en cours

Thème	Facteur psychosocial*	Interventions ciblées	Solutions
Organisation du travail	DP	22. L'absence des PAB lors du transport des patients cause une surcharge de travail au personnel qui demeure sur l'unité 23. Manque de PAB lorsque des urgences surviennent et durant la nuit et les fins de semaine	Le projet « brancarderie » § devrait aider à résoudre ce problème
	DP	24. La surcharge de travail des PAB nécessite l'aide des infirmières 25. Responsabilité des cas lourds aux mêmes personnes	-Jumelage et rotation des tâches entre PAB et infirmières dans une unité
	DP	26. Les PAB dont le quart de travail est réparti sur plus d'une unité causent une surcharge de travail chez les autres PAB lorsqu'ils quittent l'unité	Engager plus de PAB (unité B)
	DP, SS, REC	27. Les PAB moins forts physiquement éprouvent des difficultés à accomplir certaines tâches qui requièrent de la force physique	Formation
	LD	28. Les PAB considèrent qu'ils ont peu de contrôle dans l'organisation de leur temps de travail. Ils se sentent comme de simples exécutants	Le projet « brancarderie » devrait aider à résoudre ce problème
	REC	29. Le temps supplémentaire non payé est souvent obligatoire afin d'assurer le bien-être des patients. Les infirmières se sentent coupables lorsque leur travail n'est pas terminé	-Apprendre à laisser aller à la fin du quart de travail -Améliorer la communication dans l'équipe
	DP, LD, REC	30. Manque de temps pour le "CARE" 31. Le travail s'effectue sous tension et rapidement	-Les solutions aux autres contraintes de temps aideront à solutionner ce problème -Soutien mutuel et esprit d'équipe
	DP LD, SS, REC	32. Surcharge de travail des chefs d'unités 33. Les fréquentes rencontres auxquelles les chefs d'unités doivent assister réduisent leur disponibilité	-Mieux communiquer au personnel soignant la nature de leurs tâches (ou de leur travail) -Obtenir du soutien de la direction -Déléguer certaines tâches impliquant des soins
	LD	34. Les infirmières ne se sentent pas à l'aise de devoir consulter les médecins par téléphone pour la prescription de médicaments	Élaboration de nouveaux protocoles et de prescriptions permanentes

	DP, LD	35. Les infirmières sentent quelquefois que des mesures thérapeutiques excessives sont prises. Elles doivent se soumettre à certaines décisions médicales qui vont à l'encontre de leurs valeurs	Formation des infirmières sur les raisons de traitement
	DP	36. La vigilance est obligatoire pour corriger les erreurs et les omissions de la pharmacie	- Le problème sera soumis au comité nursing-pharmacie. Un sous-comité sera chargé de décrire objectivement le problème -Le nouveau système "Unidose" aidera
	DP	37. Longs délais de la pharmacie pour compléter les commandes 38. Les commandes de la pharmacie livrées par le monte-charge comportent des erreurs	La nouvelle solution de monte-charge est en évaluation
	DP	39. Heures de travail inadéquates à la pharmacie	Le problème sera documenté plus en détail
	DP, LD	40. L'unité spécialisée nécessite la polyvalence des travailleurs	- Les patients aux soins palliatifs devraient être suivis par du personnel soignant bien formé - L'hôpital a un projet visant à regrouper les patients en soins palliatifs
Formation	REC	41. Iniquité perçue quant à l'accès aux sessions de formation 42. Le personnel soignant des quarts de soir et de nuit a l'impression de ne recevoir qu'un sommaire des sessions de formation	-Plan de formation annuel disponible pour consultation et inscription -On demandera aux formateurs du quart de jour de donner de la formation pendant les quarts de soir et de nuit
	DP	43. La formation à l'extérieur de l'unité pendant les heures de travail cause une surcharge de travail au personnel de l'unité	- La formation du personnel soignant sur leur unité, durant leur quart de travail par un clinicien
	SS, DP	44. Difficultés émotionnelles causées par le contact avec la mort sur une base régulière	- Accès à un support psychologique au besoin - Formation sur les soins palliatifs
Communication	SS	45. Problèmes de communication entre la direction et le personnel infirmier, entre les équipes et entre les quarts de travail	- Révision des systèmes d'information et de communication - Réunions de travail entre les équipes et les quarts de travail
	LD, REC	46. L'incompréhension du processus de dotation donne l'impression de ne pas être consulté ni respecté	Consultation du personnel infirmier de tous les quarts de travail dans le processus de prise de décision

	PD, LD	47. Manque de communication à propos de la condition des patients causé par des quarts de travail qui ne se chevauchent pas	Établir des horaires de travail qui se chevauchent
	DP, LD	48. Les médecins ne connaissent pas suffisamment les patients, ce qui requiert l'assistance des infirmières et cause l'interruption de leur travail	Implantation d'un registre de commis
	REC	49. La gestion de la « conversion des heures » ¶ Celle-ci est perçue comme une barrière aux vacances et aux congés 50. Incompréhension par les employés de la répartition des congés	Communication améliorée et continue de l'information (orale et écrite)
	DP	51. Le vocabulaire utilisé varie à l'intérieur de l'hôpital	Échanger les documents pour standardiser le vocabulaire (ou normaliser la terminologie)
	REC	52. Le personnel soignant a l'impression que ses suggestions ne sont pas implantées	- Planter les suggestions du groupe d'intervention - Assurer le suivi et la communication des interventions
Ergonomie	DP	53. Manque d'espace au poste de garde	Réaménagements ergonomiques
	DP	54. Disposition non sécuritaire et contre-productive de téléviseurs dans la chambre des patients, et accès difficile à la salle de bains des patients	Réaménagements ergonomiques
	DP	55. Sonnerie à répétition des cloches par les patients	Installation d'un nouveau système de sonnerie (cloche)
	DP	56. Le logiciel (système PIMDI) est inadéquat et demande beaucoup de temps	- Établir des contacts avec IBM - Redémarrer le comité des usagers du PIMDI - Personne-ressource disponible pour soutien - Le système sera revu dans deux ou trois ans

\* DP= demande psychologique, REC = reconnaissance, LD = latitude décisionnelle, SS = soutien social, PAB = préposés aux bénéficiaires

§ Le projet brancarderie créera une nouvelle catégorie d'emploi de travailleurs qui seront responsables des transferts des patients, permettant aux préposés aux bénéficiaires d'accomplir leurs tâches dans leurs propres unités.

¶ On garantit un nombre d'heures de travail aux nouvelles infirmières et la gestion de ces heures peut perturber le choix des jours de congé pour le personnel permanent avec plus d'ancienneté.

**Tableau 3 Comparaison des contraintes et des problèmes de santé entre la mesure pré-intervention (M0) en 2000 et la mesure post-intervention (M1) en 2002 dans un CHSGS expérimental et un CHSGS témoin**

Variables	CH expérimental			CH témoin		
	Prévalence à M0 (%) <sup>1</sup>	Prévalence à M1 (%)	p <sup>2</sup>	Prévalence à M0 (%)	Prévalence à M1 (%)	p
Demande psychologique élevée	83.1	77.7**	.0356	89.0	90.7	.4233
Faible latitude décisionnelle	65.2	68.2	.3232	69.4	74.2*	.0956
Combinaison demande élevée et latitude faible	52.5	52.2	.9165	61.6	66.5	.1317
Faible soutien des supérieurs	80.7	84.1	.2253	77.0	90.3***	≤.0001
Faible soutien des collègues	61.2	61.8	.9215	63.6	69.2*	.0939
Faible soutien global au travail	40.5	42.9	.4679	46.1	56.5**	.0014
Reconnaissance faible	48.5	42.9*	.0715	56.3	54.7	.6117
Déséquilibre efforts-reconnaissance	66.0	59.3**	.0291	75.7	72.8	.2922
Détresse psychologique	29.8	27.5	.3994	31.2	30.5	.8231
Problèmes de sommeil	37.5	29.6***	.0011	38.2	35.0	.2513
Burnout-client	25.5	28.8	.2041	29.4	28.7	.8137
Burnout-travail	46.0	42.7	.2575	52.9	57.7*	.0874
Burnout-personnel	36.4	35.8	.8137	43.7	45.6	.5224

<sup>1</sup> Les prévalences sont calculées pour 302 soignants au CH expérimental et 311 au CH témoin qui étaient présents à M0 et M1.

<sup>2</sup> \*\*\*p ≤ 0.01 ; \*\* p ≤ 0.05 ; \* p ≤ 0.10. Les analyses statistiques effectuées utilisent le chi carré de Mc Nemar pour tester H0 : (Prévalence à M1 – Prévalence à M0) = 0 pour un CH donné contre H1 : (Prévalence à M1 – prévalence à M0) est différent de 0 pour un CH donné, soit plus grand ou plus petit.

**Tableau 4** Prévalence des contraintes psychosociales au travail et santé mentale dans les 14 CHSLD. Évaluation *a priori* 2001

Contraintes psychosociales ciblées	14 CHSLD		Santé Québec <sup>1</sup>
	N	%	
Demande psychologique élevée	498	60.0 *	43.6
Faible latitude décisionnelle	733	78.4 *	57.6
Tension (Demande élevée, latitude faible)	408	45.1 *	21.7
Faible soutien social des supérieurs	306	36.1	-
Faible soutien social des collègues	291	34.3	-
Reconnaissance faible	453	53.2	-
Déséquilibre efforts- reconnaissance	457	54.3	-
Demande émotionnelle élevée	495	58.3	
Violence physique au travail	750	82.1 *	3.1
Intimidation au travail	716	77.1 *	18.0
Comportements agressifs des résidents	491	57.8	-
Faible sens du travail	24	2.8	-
Faible prévisibilité	431	50.0	-
Détresse psychologique élevée	386	44.2 *	23.4
Problèmes de sommeil	299	34.8	-
État de santé général moyen ou mauvais	88	10.3 *	5.5

<sup>1</sup> Prévalences ajustées pour l'âge et le sexe chez un échantillon de travailleurs et travailleuses du Québec.

\* Différence statistiquement significative ( $p < 0.05$ ) entre les soignants en CHSLD et les travailleurs et travailleuses du Québec.

**Tableau 5 Plans d'action en fonction des catégories de problèmes et des variables psychosociales ciblées en CHSLD (travaux des GI 2002)**

<p><b>Stabiliser les équipes de travail et assurer la continuité et la qualité des soins</b> (demande psychologique)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélérer le processus d'attribution des postes;</li> <li>• mettre en place une équipe de soins stable, notamment à l'intérieur de l'approche prothétique dans le cadre d'un milieu de vie (approche centrée sur le client/famille et le soutien clinique qui vise l'ajustement de l'environnement pour prévenir ou diminuer le handicap chez la personne démunie) [30, 31];</li> <li>• constituer des équipes équilibrées et compétentes, en lien avec les besoins de la clientèle (personnel expérimenté / novice, ratio des différents types de fonctions; infirmière / infirmière auxiliaire / préposée aux bénéficiaires et jour / soir / nuit).</li> </ul>
<p><b>Clarifier les rôles, tâches et fonctions des membres de l'équipe de soins, enrichir les tâches et communiquer l'information sur les tâches pour qu'elles soient bien comprises et acceptées de tous</b> (reconnaissance et latitude décisionnelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir une formation sur l'approche milieu de vie qui permette de préciser les rôles, tâches et fonctions en lien avec les besoins de la clientèle;</li> <li>• s'assurer d'une distribution et d'une charge équitable des tâches, rôles et fonctions en lien d'une part, avec les compétences de chaque titre d'emploi et, d'autre part, selon les besoins de la clientèle (résidents / familles);</li> <li>• revoir les routines et les façons de faire (par exemple : Pourquoi faire tous les bains le matin et surcharger ainsi les soignants du quart de jour?);</li> <li>• développer un outil afin de documenter pour l'ensemble du personnel les tâches qui se font actuellement, celles qui devraient idéalement être faites et planifier avec le personnel une façon d'atteindre la situation optimale avec les ressources disponibles;</li> <li>• revoir et, si possible, simplifier les protocoles et procédures de soins et de services;</li> <li>• mettre en place un logiciel de remplacement du personnel, d'horaires de travail et discuter avec les syndicats de nouvelles modalités de remplacement afin de stabiliser le personnel lors des remplacements;</li> <li>• actualiser la délégation des actes pour les infirmières auxiliaires suite aux modifications de tâches selon la loi 90 [32];</li> <li>• organiser des rencontres régulières de l'équipe de soins.</li> </ul>
<p><b>Former le personnel au travail en équipe, développer le leadership et la mobilisation de l'équipe et favoriser le sentiment d'appartenance de chaque membre</b> (soutien social)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un instrument de mesure de l'autonomie fonctionnelle de l'équipe pour apprécier la contribution de chacun aux activités de travail ;</li> <li>• instaurer des rencontres régulières de l'équipe de soins;</li> <li>• former les cadres et le personnel de gestion sur l'entraînement « coaching » et le leadership;</li> <li>• développer un programme d'intégration des nouveaux employés.</li> </ul>
<p><b>Éliminer les comportements perturbateurs chez les employés à problèmes vis-à-vis leurs collègues</b> (violence et intimidation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter une politique de non-violence;</li> <li>• former le personnel sur la gestion des conflits et sur les interventions auprès des employés problématiques;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• lorsque la situation l'exige (situation de crise), engager une ressource externe afin d'aider l'équipe à revoir les façons de faire.</li> </ul>
<p><b>Développer un processus continu et efficace de communication</b> (soutien social et prévisibilité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir les routines actuelles sur les rapports écrits et verbaux, sur les rapports inter-services;</li> <li>• organiser des rencontres régulières de l'équipe de direction et des équipes de soins;</li> <li>• trouver des endroits ou lieux de paroles et d'écrits qui permettent aux employés de communiquer ou de recevoir la communication de façon adéquate et rapide;</li> <li>• élaborer un outil de diagnostic institutionnel afin d'évaluer régulièrement la satisfaction du personnel, le climat de travail, la qualité de vie au travail.</li> </ul>
<p><b>Moderniser le processus d'admission des résidents / familles afin de s'assurer que l'adaptation des résidents se fera dans les meilleures conditions possibles</b> (demande émotionnelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre au résident et/ou à sa famille de visiter le milieu de vie avant l'admission ou visite d'un intervenant chez le futur résident / famille afin de créer des attentes réalistes et aviser clairement des politiques du centre : quels meubles et objets peuvent être apportés, quels services sont offerts, etc.;</li> <li>• former les intervenants sur les interventions favorisant l'adaptation des familles à la vie en CHSLD;</li> <li>• développer des outils d'admission favorisant une adaptation au centre : dépliant présentant réalistement le centre, ses politiques et procédures, outil de collecte des données lors de l'admission qui tient compte des besoins du résident et de la famille.</li> </ul>
<p><b>Mettre en place une équipe de vigie du matériel et des produits</b> (soutien social)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabiliser une équipe tactique qui s'assure que les produits utilisés sont les bons, sont utilisés par les bons intervenants, sont entreposés dans les bons endroits, sont en nombre suffisant, sont offerts à la bonne clientèle et au besoin;</li> <li>• s'assurer que les recommandations de l'équipe tactique soient connues, appliquées et suivies;</li> <li>• responsabiliser chaque employé à maintenir la propreté des lieux.</li> </ul>
<p><b>Mettre en place un groupe de soutien pour les employés et un programme de reconnaissance</b> (soutien social et reconnaissance)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et promouvoir un programme de reconnaissance;</li> <li>• mettre en place une équipe de soutien au travail par les pairs aidants;</li> <li>• mettre sur un tableau la pensée du mois;</li> <li>• faire connaître le programme d'aide aux employés (PAE);</li> <li>• s'assurer que le comité de santé et sécurité au travail se préoccupe et collabore aux stratégies et solutions afin de contrer les problèmes de santé mentale au travail;</li> <li>• mettre ou remettre sur pied un club social.</li> </ul>

**Tableau 6 Comparaison des contraintes et des problèmes de santé entre la mesure pré-intervention (M0) en 2001 et la mesure post-intervention (M1) en 2003 dans quatre CHSLD expérimentaux et huit CHSLD témoins**

Variables	Groupes expérimentaux			Groupes témoins		
	Prévalence à M0 <sup>A</sup> (%)	Prévalence à M1 (%)	p <sup>B</sup>	Prévalence à M0 (%)	Prévalence à M1 (%)	p
Demande psychologique élevée	59.4	57.8	.6682	56.5	53.4	.3051
Faible latitude décisionnelle	82.9	76.7	<b>.0396**</b>	87.1	85.4	.4111
Tension (Demande élevée, latitude faible)	46.5	38.5	<b>.0431**</b>	47.6	44.8	.3938
Faible soutien social des supérieurs	30.5	26.8	.3452	37.7	33.9	.2489
Faible soutien social des collègues	33.2	27.4	.1380	31.6	32.6	.7532
Reconnaissance faible	41.3	44.4	.4461	57.5	53.0	.1730
Déséquilibre efforts-reconnaissance	48.9	46.3	.4561	51.2	48.8	.4477
Demande émotionnelle élevée	58.8	51.3	<b>.0390**</b>	58.0	54.2	.2383
Violence physique au travail	65.2	50.8	<b>.0004**</b>	55.9	50.4	.0736*
Intimidation au travail	84.0	83.5	.8273	87.0	86.3	.7150
Comportements agressifs des résidents	84.1	78.3	<b>.0343**</b>	80.3	82.7	.3701
Faible sens du travail	3.2	1.6	.2568	3.1	3.1	1.0000
Faible prévisibilité	44.3	43.2	.7963	50.5	48.8	0.5961
Détresse psychologique	44.9	42.3	.5078	43.6	46.0	.4477
Problèmes de sommeil	40.5	32.6	<b>.0287**</b>	31.5	32.2	.8137
Perception de santé	9.3	8.8	.8185	8.8	9.8	.6015

<sup>A</sup> Les prévalences sont calculées pour 195 soignants dans 4 CHSLD expérimentaux et 298 soignants dans 8 CHSLD témoins qui ont répondu aux deux mesures (M0 et M1). À M0, il y avait 384 sujets éligibles dans les 4 CHSLD expérimentaux (EXP) et 569 dans les 8 CHSLD témoins (TÉM), de ceux-ci, 311 (EXP) et 469 (TÉM) ont participé à M0. À M1, 64 sujets (EXP) et 106 (TÉM) n'étaient plus éligibles, et 52 (EXP) et 65 (TÉM) ont refusé de participer, ce qui nous laisse 195 (EXP) et 298 (TÉM) sujets pour les analyses pré- et post-intervention.

<sup>B</sup> \*\* p ≤ 0.05 ; \* p ≤ 0.10

## **ANNEXE B**

### **MÉTHODOLOGIE**

Les deux composantes principales du modèle de demande-latitude sont la demande psychologique (quantité de travail, exigences intellectuelles requises et contraintes de temps) et la latitude décisionnelle (utilisation et développement des compétences et contrôle sur le travail qui implique l'autonomie dans le travail et la participation aux décisions) [18]. Selon ce modèle, une tension au travail survient lorsqu'une demande psychologique élevée s'accompagne d'une faible latitude décisionnelle. Une troisième composante a été ajoutée au modèle pour tenir compte du soutien social des collègues de travail et des superviseurs [33] qui modifierait l'association entre la tension au travail et la survenue de problèmes de santé. Le modèle de déséquilibre efforts-reconnaissance de Siegrist est centré sur le déséquilibre entre les efforts fournis au travail et la reconnaissance obtenue (l'estime, le respect, le contrôle sur son statut professionnel, la rétribution monétaire, la perspective de promotion et la sécurité d'emploi) [19].

Le sens du travail réfère au fait d'aimer son travail, d'y croire et d'en être satisfait [23]. La prévisibilité au travail fait référence à une connaissance minimale des renseignements importants concernant le travail [23].

#### **Mesures des contraintes de l'organisation du travail**

La demande psychologique et la latitude décisionnelle sont évaluées à l'aide du questionnaire de Karasek comprenant 18 items [18, 34, 35] (voir annexe 1). La demande psychologique est élevée si le score est égal ou supérieur à la médiane observée chez les travailleurs de la population québécoise, et la latitude décisionnelle est faible si le score est égal ou inférieur à la médiane [36]. Cette méthode est celle proposée par Karasek pour une analyse dichotomique [34]. Nous avons démontré les qualités

psychométriques de la version française de cet instrument [35, 37, 38]. Le soutien social au travail est mesuré à l'aide du questionnaire de Karasek (11 items) [34]. Le déséquilibre efforts-reconnaissance est évalué à l'aide des 25 items du questionnaire de Siegrist [19] (voir annexe 1). La validité factorielle et la cohérence interne des échelles de la version originale ont aussi été démontrées [19, 39, 40].

### **Mesures des problèmes de santé mentale**

**La détresse psychologique** est mesurée à l'aide de la version abrégée (14 items) du Psychiatric Symptom Index (PSI) [41]. Cet instrument mesure la fréquence de symptômes d'anxiété, de dépression, d'agressivité et de troubles cognitifs au cours de la semaine précédente. La version française du PSI a été validée dans l'enquête Santé Québec de 1992-93 [42]. Le PSI possède une bonne validité concomitante en regard de quatre autres mesures de santé mentale, soit la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, l'hospitalisation pour ce type de problème, la présence d'idées suicidaires ou les tentatives de suicide et la consommation de médicaments psychotropes [43].

**Les problèmes de sommeil** sont mesurés à l'aide d'une question tirée du Nottingham Health Profile (NHP) [44, 45]. La version française du NHP a été validée dans l'enquête ESTEV [45].

**La perception de l'état de santé** a été mesurée par une question validée de l'enquête Santé Québec [42] et du Short-Form Health Survey-36 (SF-36) [46]. Elle évalue la perception qu'a un individu de sa santé en général en comparaison avec une personne de même âge.

**Les facteurs potentiellement confondants ou modifiants (covariables)** pris en compte sont : l'insécurité d'emploi [34]; les stratégies d'adaptation aux contraintes du travail [47]; le soutien social

hors travail [48]; la charge familiale inspirée de Tierney et coll. [49]; les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles suivantes : l'âge, l'ancienneté, le niveau de formation, le statut d'emploi, l'unité de soins, le quart de travail et le statut familial.

### **Analyses et puissance statistiques**

**Les analyses statistiques** sont réalisées à l'aide de SAS [50] et S-Plus [51, 52]. Elles portent sur deux groupes de variables dépendantes, soit 1) les contraintes psychosociales (effets intermédiaires) et 2) la santé (détresse psychologique, problèmes de sommeil et perception de l'état de santé) (effets finaux). Deux types de comparaison sont effectués pour chacune des variables : une comparaison intra-groupe avant-après et une comparaison inter-groupe post-intervention.

**La comparaison intra-groupe avant-après** consiste à comparer les variables dépendantes (moyenne ou prévalence) avant et après l'intervention (12 et 36 mois après) au sein d'un même groupe (les centres expérimentaux et les centres témoins). Ces analyses permettent de suivre l'évolution des individus dans le temps pour chacun de ces groupes.

**La comparaison inter-groupe post-intervention** consiste à comparer les changements observés entre la mesure avant et la mesure après l'intervention (12 et 36 mois après) pour chacune des variables dépendantes dans les centres expérimentaux comparativement aux centres témoins. Cette analyse permet d'évaluer les effets de l'intervention. Pour chacune de ces variables, un ajustement pour la mesure avant l'intervention (M0) sera fait lorsque celle-ci est différente dans les deux groupes.

Les variables en continu : pour chaque sujet, la variable dépendante sera la différence entre la valeur observée avant l'intervention et celle après l'intervention pour chacune des contraintes psychosociales et des problèmes de santé mentale. À des fins exploratoires et de comparaison des centres expérimentaux

et témoins, nous effectuerons d'abord des analyses de la variance ANOVA [53] pour chacune des variables à l'étude. Un premier raffinement de ces analyses consistera à ajuster pour les éventuels covariables ou facteurs confondants en utilisant des analyses de covariance ANCOVA [54]. Les éventuels effets d'interactions seront considérés. Les moyennes des différences et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % seront calculés et comparés par analyse de covariance. Étant donné qu'un lien de dépendance entre les contraintes psychosociales et les variables de santé est très probable et que les mesures sont répétées dans le temps, nous utiliserons des techniques d'analyses appropriées de type MANOVA et MANCOVA [55]. Les prévalences des contraintes psychosociales et des problèmes de santé, avant et après l'intervention dans chacun des groupes, seront comparées à l'aide d'un test de McNemar [56]. Les rapports de prévalence et leurs IC à 95 % permettront de mesurer la force et la précision de l'association [57]. La régression binomiale sera utilisée pour ajuster les rapports de prévalence simultanément pour les variables ayant démontré un effet confondant dans l'analyse stratifiée [58].

En complément à ces analyses, nous ferons appel aux techniques des équations d'estimation généralisées (GEE) afin de comparer les prévalences des contraintes psychosociales et des problèmes de santé dans les centres expérimentaux et témoins. Ce type d'analyse permet de tenir compte de la corrélation entre les mesures prises sur un même individu à différents moments [59]. Les effets évalués dans ce modèle seront l'effet groupe, l'effet temps et l'effet de l'interaction entre le groupe et le temps. Lorsque l'effet de l'interaction sera statistiquement significatif, l'effet groupe sera évalué pour chacun des trois temps séparément (M0, M1 et M2). Autrement, l'effet groupe sera analysé globalement pour l'ensemble de la période. La confondance et l'effet modifiant des cofacteurs seront par la suite évalués à partir de ces

modèles. Les rapports de prévalences seront calculés avec les IC à 95 % pour comparer les groupes à chaque temps ou globalement selon le cas.