

Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail

Renée Bourbonnais^{1,2}, Nathalie Gauthier¹, Michel Vézina^{1,2}, Chantal Viens², Pierre J. Durand², Chantal Brisson², Marie Alderson³, Pauline Bégin⁴, et Jean-Paul Ouellet⁵

- 1 nathalie.gauthier@cchvdr.qc.ca
michel_vezina@ssss.gouv.qc.ca
CLSC-CHSLD-Haute-Ville-des-Rivières
- 2 renee.bourbonnais@rea.ulaval.ca
chantal.viens@fsi.ulaval.ca
pierre.durand@mssp.ulaval.ca
Chantal.brisson@uresp.ulaval.ca
Université Laval
- 3 marie.alderson@umontreal.ca
Université de Montréal
- 4 pauline.begin.brosseau@msss.gouv.qc.ca
Ministère de la Santé et des Services sociaux
- 5 jean-paul_ouellet@ssss.gouv.qc.ca
Regroupement des CHSLD-région de Québec

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 (Peter, 2002; Peter et al., 2002; van der Doef & Maes, 1999; van der Doef, Stan & Diekstra, 2000). Nous avons observé, dans nos études antérieures chez les infirmières, des augmentations significatives des contraintes de l'environnement psychosocial du travail et de la détresse psychologique lors de la récente 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) (Bourbonnais, Brisson, Vézina & Mâsse, soumis; Bourbonnais et al., 1999). L'intensification du travail a aussi touché les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où les conditions de travail ne cessent de se détériorer, notamment à cause d'un alourdissement de la clientèle (Evers, Tomic & Brouwers, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003b). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux rapporte en effet une augmentation du ratio des heures en assurance salaire (heures en assurance salaire divisées par les heures travaillées) dans les CHSLD publics et privés pour les périodes 1997-1998 à 2001-2002 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003a). Un rapport de consultation sur les besoins de formation et de recherche dans le réseau des services aux personnes âgées en 1999 avait aussi soulevé un problème important d'essoufflement professionnel et d'absentéisme au travail chez les intervenants en CHSLD (Ouellet, 1999). De plus, le personnel soignant en CHSLD a manifesté un grand intérêt pour une recherche-intervention visant à identifier les facteurs liés à l'épuisement professionnel et

à favoriser l'implantation de stratégies pour le prévenir.

L'identification des modifications requises à l'organisation du travail pour réduire les contraintes psychosociales du travail et leurs effets néfastes sur la santé physique et mentale repose sur deux modèles théoriques appuyés par le plus grand nombre d'études empiriques : le modèle « Demande-Latitude » de Karasek et le modèle « Déséquilibre Efforts/Reconnaissance » de Siegrist (Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000; Siegrist, 2002; van der Doef & Maes, 1999). 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). Selon ce modèle, une tension au travail survient lorsqu'une demande psychologique élevée s'accompagne d'une faible latitude décisionnelle. Ces contraintes ont été associées à une série d'effets sur la santé physique et mentale (Bourbonnais, Brisson, Vézina & Moisan, 1996; T. S. Kristensen, 1996; Stansfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot, 1999). Une troisième composante a été ajoutée au modèle pour tenir compte du soutien social des collègues de travail et des superviseurs (Johnson & Hall, 1988) 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 et le contrôle sur son statut professionnel (rétribution monétaire, perspective de promotion et sécurité d'emploi) (Marmot, Theorell & Siegrist, 2002; Siegrist & Peter, 2000; Siegrist, Peter, Junge, Cremer & Seidel, 1990). Les effets néfastes du déséquilibre efforts/reconnaissance ont également été observés au plan émotionnel et physiologique (Niedhammer & Siegrist, 1998; Peter, 2002; Siegrist, 2002).

En plus des quatre contraintes psychosociales du travail impliquées dans les deux modèles précédents, Kristensen 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. Le sens du travail réfère au fait d'aimer son travail, d'y croire et d'en être satisfait (Kristensen, 1999). La prévisibilité au travail fait référence à une connaissance minimale des informations importantes concernant le travail (Kristensen, 1999). Cette dimension représente un lien concret avec les différentes théories du changement organisationnel et de l'importance de la communication dans les organisations pour « savoir ce qui nous attend » (Mayrand Leclerc, 2001).

La demande émotionnelle liée au fait de travailler avec des patients très malades ou mourants (Gray-Toft & Anderson, 1981), la violence physique et l'intimidation au travail (Institut de la statistique du Québec, 2000) ainsi que les comportements agressifs des résidents (Baumgarten, Becker & Gauthier, 1990) ont également été considérés parce que ces contraintes sont souvent présentes dans les milieux de soins et particulièrement en CHSLD (Ditullio & MacDonald, 1999; Evers et al., 2001; Kulbe, 2001; Middleton, Stewart & Richardson, 1999; Payne, 2001; Schaefer & Moos, 1996).

Peu d'études rigoureuses évaluant des interventions visant à diminuer les contraintes psychosociales du travail et leurs effets sur la santé ont été réalisées (Kompier, Aust, van den Berg & Siegrist, 2000; van der Hek & Plomp, 1997; van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001). De plus, les études disponibles comportent des limites méthodologiques importantes : période de suivi insuffisante et absence de groupe témoin (van der Hek & Plomp, 1997), absence d'une évaluation *a priori* des risques, de l'implication de la haute direction et d'un modèle théorique solide sur lequel baser les interventions (Kompier & Kristensen, 2001). Enfin, les études antérieures n'ont pas intégré les trois phases de la recherche intervention évaluative soit : 1) le développement; 2) l'implantation (évaluation du processus); et 3) l'évaluation des effets, tel que recommandé par Goldenhar et coll. (Goldenhar, LaMontagne, Katz, Heaney & Landsbergis, 2001). La première phase (développement de l'intervention) permet de déterminer quelles théories s'appliquent à la situation, quels changements sont requis et quelle est la meilleure façon de les réaliser. La deuxième phase (implantation de l'intervention) vise à évaluer le processus d'implantation de l'intervention. Elle permet l'identification des facteurs facilitant ou entravant l'implantation et l'évaluation de la nature et de l'intensité de l'intervention. La troisième phase (évaluation de l'efficacité) vise à déterminer dans quelle mesure l'intervention réduit les contraintes psychosociales au travail et les problèmes de santé qui leur sont associés. Ces trois phases reposent sur l'utilisation complémentaire de

méthodes quantitatives et qualitatives de recherche.

L'objectif principal de cet article vise à décrire les phases de développement et d'implantation d'une démarche d'intervention réalisée dans quatre centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région de Québec. Un deuxième objectif consiste à présenter succinctement les résultats préliminaires de l'évaluation des effets de l'intervention sur la prévalence des contraintes psychosociales au travail et sur la prévalence des problèmes de santé mentale, 12 mois après le début de la démarche d'intervention. Cet article permet donc de pallier une lacune importante dans ce domaine de recherche lié à la pénurie des études décrivant les phases de développement et d'implantation de l'intervention préventive visant la réduction des contraintes psychosociales au travail et leurs effets sur la santé mentale (Goldenhar et al., 2001).

1. Phase de développement de la démarche d'intervention

Cette phase de la démarche comporte plusieurs activités dont la présentation de la recherche dans chacun des CHSLD, l'évaluation *a priori* des risques, le choix des CHSLD expérimentaux et la démarche participative dans chacun des CHSLD expérimentaux.

1.1 Présentation de la recherche

Cette recherche, qui fait suite à notre étude « Les impacts de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle et familiale et la santé des infirmières » (Bourbonnais & al, 1999), a reçu l'appui du milieu et se veut une réponse à l'intérêt manifesté par un comité aviseur, par les représentants des CHSLD et par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RSSSQ) à la poursuite de nos travaux. Le comité aviseur est composé de plusieurs instances patronales et syndicales du réseau de la santé, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la RSSSQ.

Dans un premier temps, des membres de l'équipe de recherche ont présenté un protocole de recherche d'intervention évaluative aux gestionnaires et aux syndicats de 29 CHSLD de la région de Québec. Vingt-quatre d'entre eux ont accepté de participer à la recherche. Les cinq CHSLD qui ont refusé de participer traversaient une période de changement organisationnel majeur (fusion ou intégration d'établissements) et étaient par conséquent moins disponibles à la réalisation d'un projet d'intervention dans leur milieu.

Des rencontres ont ensuite été organisées auprès de l'ensemble du personnel de chacun des CHSLD dans le but de les sensibiliser à la recherche et de favoriser leur participation. Ces séances d'information offraient également l'opportunité aux chercheurs de saisir les résistances et les préoccupations par rapport à la santé mentale et à la réalisation de la recherche. Les études antérieures portant sur l'effet des contraintes de l'organisation du travail sur la santé mentale des infirmières ont été résumées et présentées. Ces rencontres en petits groupes (entre 5 et 20 personnes), d'une durée de trente minutes, ont eu lieu sur les unités de soins, de jour, de soirée et de nuit, de manière à rejoindre le plus de soignants possible. Plus de 2 100 soignants ont été rejoints lors des 329 rencontres d'information qui se sont déroulées du 13 février au 10 juin 2001.

1.2 Évaluation *a priori* des risques (mesure préintervention)

Une évaluation quantitative de l'environnement psychosocial en CHSLD et de la 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 (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 et d'un mauvais état de santé perçue.

Environ une ou deux semaines après les rencontres d'information, les soignants et soignantes étaient invités par leur responsable d'unité ou de service, à compléter, 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. Soulignons que certains milieux ont accepté de libérer ou de remplacer leur personnel de manière à ne pas occasionner de surcharge de travail sur les unités de soins. Cette mesure incitative a été utilisée dans seulement cinq CHSLD relevant d'une même direction administrative et a permis d'atteindre des taux de participation entre 76 % et 95 %. Dans les autres établissements n'ayant pas remplacé leur personnel, les employés ont complété le questionnaire sur leur temps de travail ou à domicile (taux de participation entre 48 % et 96 %).

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 24 CHSLD de la région de Québec ayant accepté de participer à la recherche. Parmi les 2980 sujets éligibles, 1907 ont répondu au questionnaire pour un taux de réponse de 64 %. Pour réduire un éventuel biais de sélection et assurer une plus grande validité des résultats et de la démarche d'intervention, dix CHSLD ayant obtenu un taux de réponse inférieur à 70 % ont été exclus des analyses subséquentes. De plus, étant donné que l'étude est longitudinale et nécessite des mesures répétées sur cinq ans, au cours desquelles plusieurs personnes risquent de ne plus être éligibles (départ, retraite, etc.), un taux de réponse minimal de 70 % permettait d'atteindre l'effectif nécessaire à l'analyse des données 12 et 36 mois après l'intervention. Dans les 14 CHSLD restants, 872 sujets sur les 1066 éligibles avaient répondu au questionnaire pour un taux de réponse moyen de 82,5 %.

Le tableau 1 indique une prévalence importante de contraintes dans le travail et de problèmes de santé chez les soignants. Ces prévalences ont été comparées à celles observées chez 11 485 travailleurs et travailleuses ayant participé à l'Enquête sociale et de santé du Québec de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2000). La comparaison avec cette population de référence permet de déterminer que les prévalences de contraintes et de problèmes de santé ajustées pour l'âge et le sexe sont plus élevées chez les soignants en CHSLD que chez les travailleurs et travailleuses du Québec. 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 forme d'ateliers de formation au cours desquels les échanges, tant avec les gestionnaires qu'avec le personnel, ont permis de colliger de nombreuses informations sur la réalité du travail des soignants et sur leurs attentes face à la recherche. Des copies du rapport ont été distribuées dans chacun des CHSLD participants de manière à favoriser la diffusion des résultats sur chacune des unités de soins et à les rendre ainsi disponibles au plus grand nombre de soignants possible. De plus, une synthèse des faits saillants du rapport a été remise à chacun des soignants.

Tableau 1 Distribution du personnel soignant de 14 CHSLD selon l'environnement psychosocial au travail et l'état de santé. Mesure pré-intervention 2001.

Contraintes psychosociales ciblées	14 CHSLD		Santé Québec ¹
	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 %

* Différence statistiquement significative (p < 0.05) entre les soignants en CHSLD (n = 872) et les travailleurs et travailleuses du Québec (n = 11 485)

¹ Prévalences ajustées pour l'âge et le sexe chez un échantillon de travailleurs et travailleuses du Québec

1.3 Choix des établissements expérimentaux

Le choix des établissements susceptibles de faire l'objet d'une démarche d'intervention a d'abord été effectué selon certains critères d'éligibilité : le taux de participation à la mesure *a priori* et la prévalence de détresse psychologique dans l'établissement. Pour être éligible, un CHSLD devait d'abord avoir obtenu un taux de participation supérieur ou égal à 70 %, ce qui a été le cas pour 14 des 24 CHSLD. Ensuite, afin de ne pas développer une intervention préventive chez des sujets sains, le CHSLD devait avoir une prévalence de détresse psychologique chez les soignants supérieure à celle des travailleurs et travailleuses du Québec, c'est-à-dire 23 %. Treize des 14 CHSLD répondaient à ce critère. En effet, un des 14 CHSLD ayant un taux de détresse psychologique comparable à celui de l'ensemble des travailleurs et travailleuses du Québec a été exclu de la démarche d'intervention. Les établissements expérimentaux ont ensuite été tirés au sort par échantillonnage stratifié selon la taille (plus de 100 soignants, entre 55 et 100 soignants, moins de 55 soignants), la langue parlée (français ou anglais) et le secteur (privé ou public). Cinq CHSLD ont ainsi été ciblés en tant que groupes expérimentaux et huit CHSLD ont été désignés comme groupes témoins.

Nous avons étudié la comparabilité des groupes expérimentaux et témoins du point de vue des compositions démographiques, des caractéristiques du travail et des situations familiales. Les résultats

indiquent que les CHSLD expérimentaux et témoins sont comparables en termes de sexe, d'ancienneté, de titre d'emploi, de vie sociale et de charge familiale.

1.4 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 : a) l'engagement du milieu, la constitution et le fonctionnement de l'équipe d'intervention, b) l'identification des contraintes, c) l'élaboration des plans d'action, d) l'actualisation des plans d'action et e) l'évaluation de l'efficacité de l'intervention. Les trois premières étapes font partie de la phase de développement, la quatrième se rapporte à la phase d'implantation de l'intervention et la cinquième, comme son nom l'indique, désigne la phase d'évaluation de l'efficacité de l'intervention.

a) Engagement des CHSLD expérimentaux, constitution et fonctionnement de l'équipe d'intervention

Les chercheurs ont rencontré les gestionnaires et les représentants syndicaux de chacun des cinq CHSLD expérimentaux afin de vérifier la pertinence d'une démarche d'intervention participative dans leur milieu. La direction de l'établissement, les syndicats et le représentant du comité des usagers ont ensuite été invités à valider leur adhésion formelle au projet, à s'engager par écrit 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 l'équipe d'intervention.

La première étape de la démarche participative visait notamment la constitution de l'équipe d'intervention. Son rôle 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 à l'équipe d'intervention les commentaires et réactions des personnes que les membres de l'équipe représentaient.

Les chercheurs ont procédé à l'élaboration d'une liste de critères en vue du recrutement des membres de l'équipe d'intervention. Les membres sélectionnés devaient être des personnes 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. Une représentation des trois quarts de travail et des différentes fonctions de l'établissement ou de l'unité visée par l'intervention devait également être assurée. Ces critères devaient permettre, sur une base volontaire, de sélectionner des personnes fortement intéressées à participer à la démarche et à remplir les responsabilités inhérentes à leur rôle, conditions nécessaires au succès de la démarche. Le recrutement a été réalisé sous la supervision du coordonnateur de l'hébergement et des soins infirmiers (cadre de l'établissement). Le rôle de ce dernier consistait à sensibiliser les soignants et les cadres sur les unités de soins aux objectifs et à l'importance de la recherche et, dans les quelques cas où il y avait plus d'une candidature, à sélectionner une personne, après avoir consulté les soignants.

Afin d'assurer une représentativité de l'ensemble des soignants pour chaque quart de travail, l'équipe d'intervention rassemblait environ 10 à 15 personnes dont un ou plusieurs représentants de la direction (chef d'unité, coordonnateur de l'hébergement et des soins infirmiers, conseiller clinicien en soins infirmiers, représentant de la Direction des ressources humaines), les infirmières chefs d'équipe ou adjointes-infirmières-chefs (jour-soir-nuit), les représentants des syndicats concernés, des représentants du personnel soignant (infirmières, préposés aux bénéficiaires et infirmières auxiliaires) ainsi que des personnes représentant les autres intervenants (comité des résidents ou équipe multidisciplinaire). Des membres ad hoc pouvaient être invités à une rencontre de l'équipe d'intervention lorsque d'autres services (par exemple : la buanderie, la pharmacie, l'entretien ménager, la cuisine, etc.) étaient touchés ou impliqués par les changements ou solutions proposés par l'équipe d'intervention. Dans quatre CHSLD, la démarche d'intervention a été implantée dans l'ensemble de l'établissement et dans un CHSLD, étant donné la taille importante de l'établissement, elle a été implantée dans une unité choisie au hasard.

Dans chacun des CHSLD expérimentaux, la phase de développement de la démarche participative s'est

étalée sur une période d'environ 10 mois avec des rencontres de l'équipe d'intervention aux deux ou trois semaines. Au total, environ sept réunions des membres de l'équipe d'intervention ont eu lieu, de l'hiver 2002 au début de l'automne 2002. Tout au long des travaux de l'équipe d'intervention, les membres étaient guidés par un animateur (chercheur de l'équipe de recherche) et son assistante afin d'orienter la recherche de contraintes et de solutions dans le cadre des modèles théoriques définis précédemment et sur les contraintes identifiées en excès lors de l'évaluation *a priori*. Après chacune des rencontres, un compte-rendu était rédigé, soumis aux membres de l'équipe et validé.

Lors de la première rencontre, le chercheur a présenté le projet aux membres de l'équipe d'intervention et les a invités à exprimer leurs attentes et leurs commentaires en lien avec la démarche. Cette première rencontre a notamment permis de préciser les rôles et les responsabilités inhérents à leur participation à la démarche d'intervention. Le mode de fonctionnement participatif des rencontres a d'abord été expliqué : le travail en partenariat et en interdisciplinarité au cours duquel chaque membre aurait un droit de libre expression sur les préoccupations relatives aux réalités vécues sur les unités de soins, l'identification des contraintes du travail et les pistes de solutions proposées.

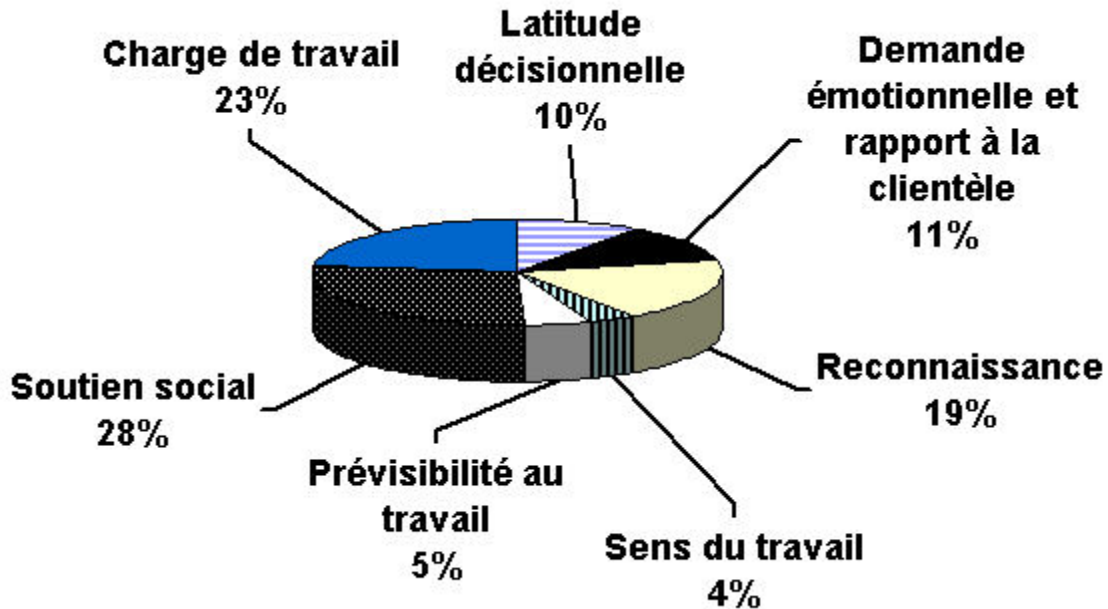
Ce mode de fonctionnement a été privilégié pour faciliter la prise en charge, par l'ensemble des représentants du milieu, d'une démarche d'identification des contraintes du travail et des solutions à leur apporter. Les rencontres de l'équipe d'intervention permettaient en effet aux membres de découvrir un espace communicationnel leur donnant l'opportunité de s'approprier une démarche participative visant la résolution de problèmes. Cette démarche pouvait ensuite être exportée et mise en œuvre dans l'ensemble de l'établissement, et ce, même en l'absence des chercheurs. Les membres avaient également la possibilité d'apprendre à mieux se connaître, à s'approprier et à communiquer en tant que partenaires et collègues de travail.

b) Identification des contraintes

Au cours de la première rencontre, les membres de l'équipe d'intervention ont également reçu une formation pour bien comprendre les dimensions de l'environnement psychosocial du travail faisant partie des modèles théoriques présentés à la section précédente. Cette rencontre a également rendu possible la discussion avec l'équipe des résultats de la mesure *a priori* et de leur interprétation afin d'identifier comment les contraintes ciblées se manifestent concrètement dans leur travail. Les membres de l'équipe ont choisi de décrire les contraintes qu'ils vivent eux-mêmes et qu'ils savent être le lot des collègues qu'ils représentent. Ils ont ensuite consulté leurs collègues de travail afin de recueillir leurs propres contraintes selon les dimensions de la recherche. Les soignants déposaient alors leur liste de contraintes dans une boîte scellée sur l'unité de soins afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité des informations qui étaient ensuite ramenées à l'équipe d'intervention.

Dans les cinq CHSLD expérimentaux, la collecte de données a conduit à l'identification de plusieurs centaines de contraintes en lien avec les dimensions de l'environnement psychosocial du travail. Les soignants ont été invités à exprimer dans leurs mots les problèmes qu'ils vivaient au quotidien. Le nombre de personnes qui se sont exprimées a varié d'un centre à l'autre. L'anonymat et les différentes façons proposées aux soignants pour répondre ne permettent pas de dire combien de personnes ont participé. Les contraintes recueillies – dont plusieurs ont été rapportées par plusieurs intervenants – ont été catégorisées par dimensions par les chercheurs selon le cadre théorique (voir schéma 1).

Schéma 1 : Pourcentages des contraintes selon les dimensions théoriques de la recherche



Parmi les sept dimensions, le faible soutien social correspondait à la contrainte la plus souvent exprimée (28 %), suivie de près par la charge de travail élevée (23 %). Venaient ensuite la faible reconnaissance (19 %), la demande émotionnelle et les problèmes liés à la clientèle (souffrance, douleurs et troubles cognitifs des résidents, plaintes des familles, etc.) (11 %), la faible latitude décisionnelle (10 %), l'imprévisibilité (5 %) et enfin les problèmes de sens du travail (4 %).

c) Élaboration des plans d'action

Les membres de l'équipe d'intervention ont ensuite regroupé les contraintes par thèmes ou problèmes. L'étape subséquente de la démarche visait la priorisation des problèmes, l'identification de pistes de solutions potentielles et l'élaboration des plans d'action pour chacun des problèmes prioritaires. Pour réaliser cette étape, les membres ont convenu de travailler en sous-groupes. Quatre sous-groupes de quatre ou cinq personnes ont été formés sur une base volontaire et de façon à représenter les différents quarts de travail. Le travail des sous-groupes a ensuite été présenté à l'ensemble de l'équipe d'intervention. Chacun des membres pouvait formuler ses commentaires et ajouter d'autres solutions à celles déjà proposées. Par la suite, les membres de l'équipe d'intervention ont été invités à consulter le personnel de l'unité de soins ou de l'ensemble du CHSLD afin de valider avec eux les problèmes retenus et les priorités d'action proposées par l'équipe d'intervention. Un tableau résumant les solutions proposées a été affiché sur les unités de soins de manière à informer le personnel et à recueillir leurs commentaires et suggestions.

La démarche a ensuite permis la traduction des pistes de solutions en objectifs et en plans d'action. Les membres de l'équipe ont dû identifier les objectifs à atteindre pour chacun des problèmes et des solutions proposées, pour ensuite préciser des actions concrètes à poser à court, moyen et long termes qui permettraient l'atteinte de ces objectifs. Ceux-ci devaient être clairs, précis et permettre d'identifier des actions mesurables et réalistes. Enfin, pour chacune des actions, un échéancier était proposé et une personne responsable d'effectuer le suivi était identifiée.

Le tableau 2 présente les principaux objectifs des plans d'action élaborés par les équipes d'intervention en fonction des problèmes prioritaires ciblés (selon les dimensions théoriques de la recherche) ainsi que les actions proposées pour atteindre chacun des objectifs.

Tableau 2 Plans d'action

Stabiliser les équipes de travail et assurer la continuité et la qualité des soins (demande psychologique)

- Accélérer le processus d'attribution des postes;
- 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 et la famille et le soutien clinique qui vise l'ajustement de l'environnement pour prévenir ou diminuer le handicap chez la personne démunie) (ACCQ, 1999; AHQ, 1998);
- constituer des équipes équilibrées et compétentes, en lien avec les besoins de la clientèle, le jour, le soir et la nuit (personnel expérimenté/novice, ratio des différents types de fonctions : infirmière/infirmière auxiliaire/préposé aux bénéficiaires).

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 (reconnaissance et latitude décisionnelle)

- 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;
- 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 et familles);
- revoir les plans de travail, les routines et les façons de faire (par exemple : Pourquoi donner tous les bains le matin et surcharger ainsi les soignants du quart de jour?);
- 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;
- revoir et, si possible, simplifier les protocoles et procédures de soins et de services;
- 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;
- actualiser la délégation des actes pour les infirmières auxiliaires suite aux modifications de tâches selon la loi 90 (Gouvernement du Québec, 2002);
- organiser des rencontres régulières de l'équipe de soins.

Former le personnel au travail en équipe, développer le leadership et la mobilisation de l'équipe et favoriser le sentiment d'appartenance (soutien social)

- Élaborer un instrument de mesure de l'autonomie fonctionnelle de l'équipe pour apprécier la contribution de chacun aux activités de travail;
- instaurer des rencontres régulières de l'équipe de soins;
- former les cadres et le personnel de gestion sur l'entraînement « coaching » et le leadership;
- développer un programme d'intégration des nouveaux employés.

Éliminer les comportements perturbateurs chez les employés à problèmes vis-à-vis leurs collègues (violence et intimidation)

- Adopter une politique de non-violence;
- former le personnel sur la gestion des conflits et sur les interventions auprès des employés problématiques;
- engager une ressource externe afin d'aider l'équipe à revoir les façons de faire, lorsque la situation le nécessite, par exemple lors d'une situation de crise.

Développer un processus continu et efficace de communication (soutien social et prévisibilité)

- Revoir les routines actuelles sur les rapports écrits et verbaux, sur les rapports interservices;
- organiser des rencontres régulières de l'équipe de direction et des équipes de soins;
- 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;
- élaborer un outil de diagnostic institutionnel afin d'évaluer régulièrement la satisfaction du personnel, le climat de travail, la qualité de vie au travail.

Moderniser le processus d'admission des résidents/familles afin de s'assurer que l'adaptation des résidents se fera dans les meilleures conditions possibles (demande émotionnelle)

- Permettre au résident et à sa famille de visiter le milieu de vie avant l'admission ou visite d'un intervenant chez le futur résident et sa 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.;
- former les intervenants sur les interventions favorisant l'adaptation des familles à la vie en CHSLD;
- développer des outils d'admission favorisant une adaptation au centre : dépliant présentant réalitement 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.

Mettre en place une équipe de vigie du matériel et des produits (soutien social)

- 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;
- s'assurer que les recommandations de l'équipe tactique soient connues, appliquées et suivies;
- responsabiliser chaque employé à maintenir la propreté des lieux.

Mettre en place un groupe de soutien pour les employés et un programme de reconnaissance (soutien social et reconnaissance)

- Élaborer et promouvoir un programme de reconnaissance;
- mettre en place une équipe de soutien au travail par les pairs aidants;
- afficher la pensée du mois;
- faire connaître le programme d'aide aux employés (PAE);
- s'assurer que le comité de santé et sécurité au travail soit sensibilisé et collabore aux stratégies et solutions afin de contrer les problèmes de santé mentale au travail;
- constituer ou remettre sur pied un club social.

Dans chacun des établissements expérimentaux, un rapport des travaux de l'équipe d'intervention, incluant les recommandations sur les actions à réaliser pour diminuer les contraintes identifiées (plans d'action), a été présenté à la direction ou au conseil d'administration de l'établissement par les chercheurs. Cette présentation a permis d'obtenir l'appui et l'accord de la direction pour la réalisation des actions proposées par l'équipe d'intervention. Le rapport a également été remis aux chefs d'unités qui étaient responsables de le rendre disponible à l'ensemble des soignants.

2. Phase d'implantation de la démarche d'intervention*d) Actualisation des plans d'action*

Cette phase comporte plusieurs activités réalisées en continu à partir de la fin des travaux de l'équipe d'intervention et qui se termineront à la deuxième mesure postintervention prévue au printemps 2005 : 1) l'analyse du processus d'implantation et de prise en charge de la démarche d'identification des contraintes et des solutions dans chacun des CHSLD expérimentaux, 2) le suivi des plans d'action dans chacun des CHSLD expérimentaux par l'équipe d'intervention, et 3) le suivi des changements dans

l'ensemble des CHSLD (expérimentaux et témoins) selon des informateurs clés.

L'analyse du processus d'implantation des plans d'action et de prise en charge de la démarche d'intervention participative par le milieu sera réalisée au moyen d'entrevues de groupe semi-dirigées. Dans chacun des CHSLD expérimentaux, deux entrevues de groupe (une entrevue avec la direction et une avec les soignants) seront réalisées auprès des membres de l'équipe d'intervention et porteront sur les buts, les objectifs et les activités proposées et mises en place pour réaliser l'intervention. Trois entrevues de groupe seront réalisées, de jour, de soir et de nuit, auprès de soignants qui n'étaient pas membres de l'équipe d'intervention. Ces entrevues débiteront en même temps que la deuxième mesure postintervention.

Le suivi des plans d'action dans chacun des CHSLD expérimentaux par l'équipe d'intervention permet de suivre l'implantation des plans d'action et de documenter leur mise en œuvre. Les bons coups, les moins bons coups, les résistances, les facteurs favorisants et nuisibles aux changements sont recherchés. Le suivi 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 termes des actions réalisées. Il est effectué au cours de réunions trimestrielles avec l'équipe d'intervention et se terminera à la deuxième mesure postintervention.

Le suivi auprès d'informateurs clés de la direction et des syndicats est effectué dans l'ensemble des CHSLD expérimentaux et témoins afin de recueillir l'information concernant les changements organisationnels susceptibles d'influencer les contraintes à l'étude. En plus des changements liés à l'intervention dans les CHSLD expérimentaux, il s'agit d'identifier les changements qui sont survenus dans tous les CHSLD, en dehors d'un contexte d'intervention. Le suivi se fait par entretiens face-à-face, par téléphone ou courrier électronique, au moyen des documents administratifs, des rapports annuels, des comptes rendus de réunions des comités de gestion, de santé et sécurité et des équipes de soins. Les informations recueillies ont trait au contexte organisationnel et aux actions entreprises par la direction ou les syndicats pour améliorer la qualité de vie au travail. Deux entrevues individuelles semi-dirigées avec les informateurs clés ont été effectuées à l'été 2003 dans chacun des CHSLD expérimentaux et témoins, l'une auprès du coordonnateur et une autre auprès d'un représentant syndical. Une deuxième entrevue sera effectuée au printemps 2005.

3. Phase d'évaluation des effets de l'intervention

e) *Évaluation de l'intervention*

Afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention, un devis quasi expérimental de type avant/après avec groupes expérimentaux et témoins est utilisé. 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. En effet, dans ce centre, malgré le fait que la direction avait signé un contrat l'engageant à poursuivre la démarche durant les cinq années prévues, une mésentente importante entre la direction et les représentants des soignants de l'équipe d'intervention au sujet d'un changement structurel proposé dans le plan d'action a eu comme conséquence un refus des employés de l'établissement de poursuivre la recherche.

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. Les contraintes psychosociales du travail et l'état de santé des soignants ont été mesurés au moyen du même questionnaire auto-administré. Le but de l'évaluation est de déterminer dans quelle mesure l'intervention a permis de réaliser des actions qui ont entraîné une réduction des contraintes psychosociales (effet primaire) et des problèmes de santé (effet secondaire).

Les résultats à 12 mois indiquent une diminution significative de six contraintes et problèmes de santé 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. Un

seul changement significatif a été observé dans les groupes témoins : il s'agit de la diminution des comportements agressifs des résidents (tableau 3).

4. Discussion

Les résultats obtenus dans les CHSLD expérimentaux, 12 mois après l'intervention, 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 soignants en soins de longue durée. En effet, les résultats indiquent une diminution significative de plusieurs contraintes et d'un problème de santé dans le groupe expérimental alors qu'un seul changement significatif a été observé dans le groupe témoin. Toutefois, et bien que le changement ne soit pas statistiquement significatif, une des contraintes s'est détériorée dans le groupe expérimental : il s'agit de la reconnaissance. Cette détérioration de la reconnaissance peut sans doute s'expliquer par le fait que le projet de recherche a suscité beaucoup d'attentes chez le personnel des CHSLD expérimentaux. Or, la première mesure d'évaluation des effets de l'intervention (M1) a été réalisée seulement 12 mois après le début des travaux de l'équipe d'intervention. Ce délai est trop court pour permettre l'actualisation de tous les plans d'action proposés à la suite de la démarche d'intervention dans les CHSLD expérimentaux et aussi trop court pour mesurer l'effet réel de ces actions sur la réduction des contraintes psychosociales et des problèmes de santé. Nous croyons également que la hausse de faible reconnaissance sera résorbée lorsque l'implantation des plans d'action sera terminée. Il semble en effet raisonnable de prévoir que l'implantation des mesures proposées dans les plans d'action sera complétée 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 postintervention 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 dans les CHSLD témoins en lien avec un programme du Ministère visant la réduction des absences (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). 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.

Tableau 3. Comparaison des contraintes et des problèmes de santé entre la mesure préintervention (M0) et la mesure postintervention (M1) dans les CHSLD expérimentaux et dans les CHSLD témoins

Variables	Groupes expérimentaux			Groupes témoins		
	Prévalence à M0 ¹	Prévalence à M1	p ²	Prévalence à M0	Prévalence à M1	P
Demande élevée	59.4	57.8	.668	56.5	53.4	.305
Latitude faible	82.9	76.7	.040**	87.1	85.4	.411
Combinaison demande élevée et latitude faible	46.5	38.5	.043**	47.6	44.8	.394
Soutien supérieurs faible	30.5	26.8	.345	37.7	33.9	.249
Soutien collègues faible	33.2	27.4	.138	31.6	32.6	.753
Reconnaissance faible	41.3	44.4	.446	57.5	53.0	.173
Déséquilibre efforts/reconnaissance	48.9	46.3	.456	51.2	48.8	.448
Demande émotionnelle élevée	58.8	51.3	.039**	58.0	54.2	.238
Comportements agressifs des résidents	65.2	50.8	.000**	55.9	50.4	.074*
Violence au travail	84.0	83.5	.827	87.0	86.3	.715
Intimidation au travail	84.1	78.3	.034**	80.3	82.7	.370
Faible sens du travail	3.2	1.6	.257	3.1	3.1	1.000
Faible prévisibilité	44.3	43.2	.796	50.5	48.8	0.596
Détresse psychologique	44.9	42.3	.508	43.6	46.0	.448
Problèmes de sommeil	40.5	32.6	.029**	31.5	32.2	.814
Perception de santé	9.3	8.8	.8185	8.8	9.8	.6015

¹ Les prévalences sont calculées pour 195 soignants dans 4 CHSLD expérimentaux (EXP) et 298 soignants dans 8 CHSLD témoins (TÉM) qui ont répondu aux deux mesures (M0 et M1). En effet, à M0, il y avait 953 sujets éligibles : 384 dans les 4 centres EXP et 569 dans les 8 centres TÉM. Parmi ceux-ci, 311 EXP (81 %) et 469 TÉM (82 %) 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 493 sujets pour les analyses pré et postintervention : 195 EXP (79 %) et 298 TÉM (82 %).

² ** p ≤ 0.05; * p ≤ 0.10 Probabilités associées aux tests de signification bilatéraux sur les différences de prévalence entre M0 et M1.

5. Forces et limites de la recherche

Dans cet article, nous avons favorisé l'intégration des informations sur les phases de développement, d'implantation et d'évaluation de l'intervention, afin de pallier une lacune importante dans ce domaine de recherche lié à la pénurie des études publiées décrivant chacune de ces trois phases. De plus, la

diffusion de la phase de développement, en spécifiant les étapes et les grands principes de l'intervention, permettra aux intervenants en santé mentale dans les milieux de travail québécois d'intégrer les éléments nécessaires à l'instauration d'une telle démarche participative. Ce choix implique que la partie plus spécifiquement épidémiologique (la phase d'évaluation de l'efficacité de l'intervention) est présentée succinctement et que des analyses plus poussées feront l'objet de publications dans des revues spécialisées dans ce domaine.

Bien que l'utilisation des modèles de Karasek, Siegrist et Kristensen peut paraître limitative, ces modèles sont utilisés dans la démarche d'intervention parce que leur fondement théorique est bien établi et qu'ils permettent de choisir des cibles et des solutions basées sur des dimensions de l'environnement psychosocial dont l'effet sur la santé des travailleurs est bien documenté. Il est en effet démontré que les interventions à partir d'un cadre théorique sont plus efficaces que les interventions non spécifiques (T. S. Kristensen, sous presse). Ces modèles permettent aussi, par l'entremise de mesures valides, une évaluation quantitative rigoureuse des effets de l'intervention. D'autres contraintes spécifiques au milieu étudié (par exemple les aspects cognitifs de la tâche : erreurs, interruptions; les aspects organisationnels : horaires, heures supplémentaires; ou les aspects sociaux : turn-over, vie hors-travail) ont été abordées dans le cadre des travaux de l'équipe d'intervention, lorsqu'elles apparaissaient pertinentes pour les soignants, et replacées ensuite dans les dimensions du modèle. Par exemple, le fait de travailler des heures supplémentaires et le turn-over, dans son aspect de déstabilisation des équipes de soins, pouvaient très bien être classés sous la dimension « demande psychologique » puisque ces deux facteurs contribuaient à augmenter la quantité de travail. Enfin, la mesure *a priori* a montré la pertinence d'une intervention ciblant les dimensions psychosociales choisies (la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social au travail et la reconnaissance) pour prévenir les problèmes de santé mentale chez les soignants.

Les prévalences élevées de contraintes et de détresse psychologique dans les douze CHSLD faisant partie de la phase d'évaluation de l'intervention ne représentent peut-être que la pointe de l'iceberg si un biais de sélection a été introduit par le premier critère de choix des CHSLD témoins et expérimentaux. Ce critère, basé sur un taux de participation suffisant pour assurer la validité des résultats, a peut-être fait en sorte que les CHSLD sélectionnés soient les moins souffrants. Toutefois, les résultats valides, obtenus dans ces CHSLD ayant eu un taux de réponse suffisant, pourront servir de modèle aux autres CHSLD où ils seront diffusés à la fin de la recherche. Le deuxième critère de choix des établissements, la prévalence élevée de détresse psychologique, a été retenu afin de ne pas développer une intervention préventive chez des sujets sains, comme un programme de prévention du tabagisme ne s'adresse pas à des non-fumeurs.

Il convient également de discuter d'un potentiel *biais d'information* lié à la comparaison entre les soignants en CHSLD et les travailleurs et travailleuses du Québec. Un tel biais a pu être introduit dans la réponse des soignants qui étaient informés de l'étude en cours et a pu contribuer à la surestimation des prévalences des contraintes et problèmes de santé par rapport aux travailleurs du Québec. En effet, les soignants en CHSLD ont pu « durcir » leurs réponses de manière à obtenir une meilleure écoute. Toutefois, si ce biais existe, il affecte autant le groupe témoin que le groupe expérimental et il ne peut influencer les résultats de la mesure avant/après dans chacun des groupes. Notons par ailleurs que cette comparaison avec les travailleurs du Québec est effectuée pour montrer comment les gens perçoivent leur milieu de travail et leur santé et appuyer la pertinence de réaliser une intervention chez les soignants.

6. Conclusion

Bien que les phases d'implantation et d'évaluation à 36 mois de l'intervention ne soient pas terminées, nous pouvons déjà rapporter certaines conditions de succès d'une telle démarche d'intervention. Mentionnons d'abord l'engagement et le soutien de la haute direction. La démarche d'intervention doit représenter une priorité de la direction de l'établissement et du conseil d'administration, plutôt que d'être le projet de seulement quelques individus bien intentionnés (Durand, Ouellet, Beauchesne & al, 2000). L'engagement à appuyer la mise en œuvre des plans d'action proposés par l'équipe d'intervention assure aux soignants qu'ils seront écoutés par la direction et que des changements seront introduits dans le but

d'améliorer la situation.

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 les habiletés de communication et d'écoute des membres de l'équipe d'intervention ne sont également pas à négliger. Le succès de la démarche d'intervention dépend aussi de la capacité de ces agents de changement à mobiliser leurs collègues et à les impliquer dans la démarche d'intervention.

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.

Remerciements

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, de la RRSSQ et du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières. Nous tenons à remercier les intervenants et 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 équipes 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 Mesdames Thérèse Harrison, Charlotte Soucy Nadeau et Lia Marcotte qui ont travaillé sans relâche tant au niveau de la préparation et de la distribution des questionnaires qu'au niveau des rencontres d'information qu'elles ont réalisées pour inciter le personnel à répondre au questionnaire. Nous aimerions également remercier Madame Louise Dicaire, Monsieur Alain Vinet et Madame Mélanie Lavoie-Tremblay pour leur contribution au développement de la démarche d'intervention. Soulignons également la contribution des membres du comité aviseur qui accompagnent le processus de recherche depuis ses débuts. Nous sommes également reconnaissants à Messieurs Louis Rochette et Michel Gaudet qui ont effectué les analyses statistiques.

Bibliographie

ACCQ (1999). *Guide de gestion de l'implantation de l'approche prothétique élargie* : Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ).

AHQ (1998). *Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée : de la réflexion à l'action - Approche prothétique élargie* : Association des Hôpitaux du Québec (AHQ).

Baumgarten, M., Becker, R. & Gauthier, S. (1990). Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *J Am Geriatr Soc.*, 38 (3), 221-226.

Bourbonnais, R. & al. (1999). Impacts de la transformation du réseau de la santé chez les infirmières. *Santé mentale au Québec* (24), 136-154.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M. & Mâsse, B. (soumis). Psychosocial Work Environment and Certified Sick Leaves among Nurses during Organizational Changes and Downsizing.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M. & Moisan, J. (1996). Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22 (2), 139-145.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R. et al. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale*

au Québec, 24 (1), 136-153.

Brisson, C., Blanchette, C., Guimont, C., Dion, G., Moisan, J., Vézina, M. et al. (1998). Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire. *Work & Stress*, 12 (4), 322-336.

Ditullio, M. & MacDonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice: stress, coping, and change among hospice workers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 16 (5), 641-655.

Durand, P. J., Ouellet, J., Beauchesne, L. & al (2000). *Modification de pratiques de soins en milieu d'hébergement : Impact d'un programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques.*

Evers, W., Tomic, W. & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing* (22), 439-454.

Goldenhar, L., LaMontagne, A., Katz, T., Heaney, C. & Landsbergis, P. (2001). 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*, 43 (7), 616-622.

Gouvernement du Québec (2002). *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec. Chapitre 33.* Gouvernement du Québec.

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

Hunt, S., Mc Kenna, S. P., Mc Ewen, J., Backette, E. M., Williams, J. & Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34 (4), 281-286.

Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, 39, 1215.

Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998.* Québec : Gouvernement du Québec.

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

Karasek, R. (1985). *Job content questionnaire and user's guide.* Los Angeles (CA): Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4), 322-355.

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

Kompier, M., Aust, B., van den Berg, A. M. & Siegrist, J. (2000). Stress Prevention in Bus Drivers: Evaluation of 13 Natural Experiments. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 11-31.

Kompier, M. & Kristensen, T. S. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the workplace: past, present and future* (p. 164-190). London & Philadelphia: Whurr publishers.

Kristensen, T. S. (1996). Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (3), 246-260.

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

Kristensen, T. S. (2001, 24-27 octobre 2001). *A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Paper presented at the Proceedings of the third european conference of the european academy of occupational health psychology, Barcelone.

Kristensen, T. S. (sous presse). Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and Environmental Medicine (OEM)*.

Kulbe, J. (2001). Stressors and coping measures of hospice nurses. *Healthcare Nurse*, 19 (11), 707-711.

Larocque, B., Brisson, C. & Blanchette, C. (1998). 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*, 96, 371-381.

Latack, J. C. & Havlovic, S. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 479-508.

Marmot, M., Theorell, T. & Siegrist, J. (2002). Work and coronary heart disease. In S. S & M. M (Eds.), *Stress and the heart: psychosocial pathways to coronary heart disease* (p. 50-71). London: BMJ Books.

Mayrand Leclerc, M. (2001). Quels sont les liens et les écarts entre les dimensions et les caractéristiques organisationnelles des "magnet hospital" et les dimensions de l'environnement psychosocial du travail optimum? In E. d. doctorat (Ed.). Québec.

McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. R. & Sherbourne, C. D. (1994). 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*, 32 (1), 40-66.

Middleton, J. I., Stewart, N. J. & Richardson, S. (1999). Caregiver distress: Related to disruptive behaviors on special care units versus traditional long-term care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (3), 11-19.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Rapport du Comité provincial d'assurance salaire. Plan d'action ministériel à l'égard de la présence au travail 2001-2004*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). *Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire - novembre 2003*. Québec : Direction générale du personnel réseau.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Québec : Gouvernement du Québec.

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

Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M., Goldberg, M. & Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 419-437.

Ouellet, J.-P. (1999). *Les besoins de formation et de recherche dans le réseau des services aux*

personnes âgées. *Rapport de consultation*. Québec : Unité de recherche en gériatrie. Université Laval.

Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 396-405.

Perreault, C. (1987). Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la mesure utilisée. *Québec : Cahier technique 87-06, Gouvernement du Québec*.

Peter, R. (2002). Effort-reward imbalance and ill health. *Psychothérapeute* (47), 386-398.

Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C., Theorell, T. & SHEEP Study Group (2002). 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* (56), 294-300.

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

Santé Québec (1994). *Et votre coeur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Santé Québec, Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L. & Levasseur, M. (1995). *Et la santé, ça va en 1992-93? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993* (vol. 1). Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Schaefer, J. & Moos, R. (1996). Effects of Work Stressors and Work Climate on Long-term care Staff's Job morale and Functioning. *Research in Nursing & Health* (19), 63-73.

Schnall, P. L., Belkic, K., Landsbergis, P. & Baker, D. (2000). *The Workplace and Cardiovascular Disease* (vol. 15). Philadelphia: Hanley & Belfus.

Siegrist, J. (2001). *The model of effort-reward imbalance*. Retrieved March 23, 2001.

Siegrist, J. (2002). Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 49-53.

Siegrist, J. & Peter, R. (2000). The effort-reward imbalance model. In P. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis & D. Baker (Eds.), *The workplace and cardiovascular disease* (p. 83-87). Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.

Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P. & Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. *Social Science and Medicine*, 31 (10), 1127-1134.

Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J. & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational Environmental Medicine*, 56 (5), 302-307.

Tierney, D., Romito, P. & Messing, K. (1990). She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers. *Women & Health*, 16 (1), 21-42.

van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13 (2), 87-114.

van der Doef, M., Stan, M. & Diekstra, R. (2000). An examination of the Job Demand-Control-Support model with various occupational strain indicators. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 165-185.

van der Hek, H. & Plomp, H. N. (1997). Occupational Stress Management Programmes: a Practical Overview of Published Effect Studies. *Occupational Medicine*, 47 (3), 133-141.

van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. & van Dijk, F. J. H. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91 (2), 270-276.

Vézina, M., Derriennic, F. & Mondort, C. (2001). Tension au travail et atteintes à la santé mentale : l'éclairage de l'enquête ESTEV. In *Travail, santé, vieillissement : relations et évolutions* (p. 177-187). Toulouse: Octores.

Adresse de correspondance : Renée Bourbonnais, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec) G1K 7P4

ANNEXE 1

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) (Karasek & Theorell, 1990). 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 (Johnson & Hall, 1988) 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 et le contrôle sur son statut professionnel (rétribution monétaire, perspective de promotion et sécurité d'emploi) (Siegrist, 2001).

Le sens du travail réfère au fait d'aimer son travail, d'y croire et d'en être satisfait (T. S. Kristensen, 1999). La prévisibilité au travail fait référence à une connaissance minimale des informations importantes concernant le travail (T. S. Kristensen, 1999). D'autres facteurs spécifiques aux soins de santé ont aussi été mesurés tels que la demande émotionnelle (Gray-Toft & Anderson, 1981), la violence physique et l'intimidation au travail (Institut de la statistique du Québec, 2000) et les comportements agressifs des résidents (Baumgarten, Becker & Gauthier, 1990).

Mesures des contraintes de l'organisation du travail

La **demande psychologique** et la **latitude décisionnelle** sont évaluées à l'aide du Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek comprenant 18 items (Karasek, 1985; Karasek et al., 1998; Karasek & Theorell, 1990) (voir annexe 2). 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 (Santé Québec, 1994). Cette méthode est celle proposée par Karasek pour une analyse dichotomique (Karasek, 1985). Nous avons démontré les qualités psychométriques de la version française de cet instrument (Brisson et al., 1998; Karasek et al., 1998; Larocque, Brisson & Blanchette, 1998). Le **soutien social au travail** est mesuré à l'aide du questionnaire de Karasek (11 items) (Karasek, 1985).

Le **déséquilibre efforts/reconnaissance** est évalué à l'aide de 9 items du JCQ mesurant la demande psychologique (en remplacement de la dimension efforts de l'échelle de Siegrist) et de 11 items de reconnaissance du questionnaire de Siegrist (Siegrist, 2001), dont la validité factorielle et la consistance

interne de la version originale ont aussi été démontrées (Niedhammer, Siegrist, Landre, Goldberg & Leclerc, 2000; Siegrist, 2001, 2002).

Pour le **sens du travail**, nous avons choisi la mesure proposée par Kristensen (3 items) qui fait partie du questionnaire « The Copenhagen Psychosocial Questionnaire » utilisé dans une étude sur le stress au travail (T. S. Kristensen, 2001) et la traduction faite de « the meaning of work » est le sens du travail. **La prévisibilité au travail** est mesurée à l'aide de 2 items du Copenhagen Psychosocial Questionnaire de Kristensen (2001).

La **demande émotionnelle** est un indice qui mesure la fréquence de certaines situations éprouvantes susceptibles de se produire au travail (par exemple : l'administration de soins douloureux à un patient, la mort d'un patient, la vue des patients qui souffrent, etc.). Cette contrainte a été mesurée au moyen de 7 items provenant de la traduction française du Nursing Stress Scale originalement élaborée par Gray-Toft et Anderson (1981).

Les **comportements agressifs des résidents** ont été mesurés au moyen de 4 items provenant de l'échelle de comportements perturbateurs des personnes démentes élaborée par Baumgarten, Becker et Gauthier (1990). La **violence physique et l'intimidation au travail** réfèrent à la fréquence avec laquelle les individus subissent de la violence physique et de l'intimidation au travail de la part de leurs supérieurs, de leurs subordonnés, de leurs collègues, des résidents et des familles. Ces dimensions ont été mesurées au moyen de 10 items utilisés dans l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2000).

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) (Ilfeld, 1976). 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 1992-1993 (Perreault, 1987). 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 (Préville, Boyer, Potvin, Perreault & Légaré, 1992).

Les **problèmes de sommeil** sont mesurés à l'aide d'une question tirée du Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt et al., 1980; Vézina, Derriennic & Mondort, 2001). La version française du NHP a été validée dans l'enquête ESTEV (Vézina et al., 2001).

La **perception de l'état de santé** a été mesurée par une question validée de l'Enquête Santé-Québec (Perreault, 1987) et du Short-Form Health Survey -36 (SF-36) (McHorney, Ware, Lu & Sherbourne, 1994). 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 (Karasek, 1985); les stratégies d'adaptation aux contraintes du travail (Latack & Havlovic, 1992); le soutien social hors-travail (Santé Québec, Bellerose, Lavallée, Chénard & Levasseur, 1995); la charge familiale inspirée de Tierney et coll. (Tierney, Romito & Messing, 1990); les caractéristiques socio-démographiques 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.

ANNEXE 2

I) Items mesurant la latitude décisionnelle (Karasek)

Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

II) Items mesurant la demande psychologique (Karasek)

Mon travail exige d'aller très vite.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**

3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Mon travail exige de travailler très fort mentalement.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

On me demande de faire une quantité excessive de travail.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Mon travail est très mouvementé.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Ne s'applique pas**

III) Items mesurant le soutien social des supérieurs et des collègues (Karasek)

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Je n'ai pas de supérieur immédiat**

Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Je n'ai pas de supérieur immédiat**

Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Je n'ai pas de supérieur immédiat**

Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Je n'ai pas de supérieur immédiat**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Ne s'applique pas**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Ne s'applique pas**

Les personnes avec qui je travaille sont amicales.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**
5. **Ne s'applique pas**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

5. Ne s'applique pas

IV) Items mesurant la reconnaissance (Siegrist)

Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

On me traite injustement à mon travail.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Mes perspectives de promotion sont faibles.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Ma sécurité d'emploi est menacée.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

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

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

1. **Fortement en désaccord**
2. **En désaccord**
3. **D'accord**
4. **Fortement en accord**

V) Items mesurant la demande émotionnelle (Gray-Toft et Anderson)

L'administration de soins douloureux à un résident

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

Le sentiment d'impuissance face à un résident dont l'état ne s'améliore pas

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

L'écoute ou la discussion avec un résident à propos de sa mort prochaine

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

La mort d'un résident

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

La mort d'un résident auquel vous étiez attaché

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

L'absence du médecin lors du décès d'un résident

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

5. **Ne s'applique pas**

La vue des résidents qui souffrent

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

VI) **Prévisibilité au travail (Kristensen)**

Au travail, recevez-vous suffisamment d'avance l'information sur des décisions importantes ou des changements à venir?

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Recevez-vous toute l'information nécessaire pour bien effectuer votre travail?

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

VII) **Sens du travail (Kristensen)**

Vos tâches de travail ont-elles pour vous un sens?

1. **Extrêmement**
2. **Beaucoup**
3. **Assez**
4. **>Peu**
5. **Très peu ou pas du tout**

Avez-vous l'impression que le travail que vous effectuez est important?

1. **Extrêmement**
2. **Beaucoup**
3. **Assez**
4. **>Peu**
5. **Très peu ou pas du tout**

Vous sentez-vous motivée et impliquée dans votre travail?

1. **Extrêmement**
2. **Beaucoup**
3. **Assez**
4. **>Peu**
5. **Très peu ou pas du tout**

VIII) **Items utilisés pour la mesure des comportements agressifs des résidents (Baumgarten, Becker & Gauthier)**

Un résident qui jure, qui utilise un langage insultant

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**

4. Très fréquemment

Un résident qui crie sans aucune raison

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

Un résident qui attaque physiquement (frappe, mord, griffe, donne des coups de pied, crache)

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

Un résident qui refuse l'aide dans les soins personnels, tels que prendre un bain, s'habiller, se brosser les dents

1. **Jamais**
2. **À l'occasion**
3. **Fréquemment**
4. **Très fréquemment**

IX) Items mesurant la violence physique et l'intimidation au travail

Au cours des 12 derniers mois, quand vous étiez au travail, avez-vous subi une ou plusieurs situations suivantes? Encerchez le chiffre qui correspond à votre réponse.

De la violence physique de la part de:

Supérieur(e)s

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Subordonné(e)s

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Collègues

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Résidents

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**

5. Jamais

De la violence physique de la part de:

Famille des résidents

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

De l'intimidation de la part de:

Supérieur(e)s

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Subordonné(e)s

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Collègues

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Résidents

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

Famille des résidents

1. **Toujours**
2. **Souvent**
3. **Quelquefois**
4. **Rarement**
5. **Jamais**

X) Item mesurant la santé générale perçue

Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

1. **Excellente**
2. **Très bonne**
3. **Bonne**
4. **Moyenne**

5. Mauvaise

XI) Item utilisé pour mesurer les problèmes de sommeil

Avez-vous régulièrement des problèmes à vous endormir ou à rester endormie?

1. **Oui**
2. **Non**

XII) Items utilisés pour mesurer la détresse psychologique

Vous êtes-vous sentie désespérée en pensant à l'avenir?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie seule?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Avez-vous eu des blancs de mémoire?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie découragée ou avez-vous eu les «bleus»?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie tendue ou sous pression?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous laissée emporter contre quelqu'un ou quelque chose?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?

1. **Jamais**

2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

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

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous sentie sur le point de pleurer?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie agitée ou nerveuse intérieurement?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie négative envers les autres?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous sentie facilement contrariée ou irritée?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

Vous êtes-vous fâchée pour des choses sans importance?

1. **Jamais**
2. **De temps en temps**
3. **Assez souvent**
4. **Très souvent**

