UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ENQUÊTE SUR LES DIFFICULTÉS DES SOIGNANTS RESTANT AU TRAVAIL AVEC DES MAUX DE DOS, EN MILIEU HOSPITALIER

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN KINANTHROPOLOGIE

Par
ISABELLE LACHARME

Octobre 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

à mes superviseurs et répondants

Charles Côté, Ph. D (UQAT) et Nicole Vézina, Ph. D (UQAM)

Daniel Imbeau (Polytechnique de Montréal) et Alain Steve Comtois, (UQAM)

aux cadres de direction des CHSLD en A.T.

Gaëtane Trudel à Amos

Diane Éthier, Pierre Laferté, Lorianne Leblond, Solange Massicotte,

Ann Bellanger et Julie Larivière à Rouyn-Noranda

Danièle Rocheleau, Michèle Gignac à Ville-Marie

Sylvie Roy, Marie Cloutier, Maurice Veillette et Marie Hardy à Val d'Or

aux cadres responsables SST

Sylvain Terrien à Amos, Maggy Vallière et Andrée Godbout à La Sarre,

Margot Thibodeau à Rouyn-Noranda, Manon Fontaine à Val d'Or,

Nicole Barbe à Ville-Marie

aux médecins

Annie Léger à Rouyn-Noranda, Lysiane Chrétien à Val d'Or, Sylvie Watelle à La Sarre

aux représentants syndicaux

Paul André Clairmont et Ginette Saint Hilaire à Rouyn-Noranda,

Aline Tessier et Johanne Lemire à Ville-Marie.

aux infirmières chefs d'unité

Marie Reine Ménard, Nicole Clermont et Lise Beaulé à Rouyn-Noranda,

Dominique Ferland à Val d'Or et Guylaine Gaudet à Ville-Marie.

aux instructeurs PDSB

Line Jaudoing à Rouyn-Noranda, Linda Paquette à Val d'Or,

Normand Gilbert à Ville-Marie.

aux 42 soignants participants

sans lesquels cette recherche n'aurait pu exister

et à tous les autres cadres et soignants approchés ponctuellement

pour valider des informations et des données de recherche

RÉSUMÉ

La problématique

Malgré les besoins croissants de prise en soins de la population vieillissante en perte d'autonomie, des restrictions financières et humaines (soignants), suite à deux fusions hospitalières (1995, 2003), ont été imposées aux CHSLD du Québec (Centre Hospilatier de Séjour de Longue Durée). En 2003, les soignants des CHSLD de la région Abitibi-Témiscamingue se plaignaient de la dégradation de la situation de travail. Les cadres s'interrogeaient plutôt sur la persistance des accidents déclarés au dos (statistiques 2003, CSST) alors que l'introduction progressive d'équipements d'aide à la manutention de patients (lits électriques et lève-personnes sur rail dès 1995) aurait dû faciliter le travail des soignants. Ils déploraient le manque chronique de personnel qu'ils jugeaient "artificiel" et constataient l'augmentation alarmante des arrêts de travail pour cause de maladie mentale. Le "rester au travail" dans ce contexte était un défi pour les soignants, qui non seulement avaient "mal au dos" (douleur), mais disaient aussi "en avoir plein le dos" (souffrance) de leur travail.

Les objectifs de la maîtrise et les hypothèses de recherche

En s'appuyant sur la problématique du milieu, deux objectifs ont d'abord été définis :
- décrire l'ampleur de la douleur (physique) et de la souffrance (psychologique), particulièrement les maux de dos et le stress, des soignants au travail dans les CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue;
- comprendre les difficultés vécues par les soignants qui restent au travail, avec des maux de dos et/ou du stress, particulièrement celles liées à la manutention de patients.

En s'appuyant sur ces objectifs, trois hypothèses ont été posées pour étudier la situation de travail du général au spécifique, dans le contexte des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.
- Il existe des soignants qui ont de la douleur (particulièrement des maux de dos) et/ou des souffrances psychologiques (principalement du stress) et qui "restent au travail".
- Lors de la manutention de patients, les difficultés vécues par les soignants, restant au travail avec de la douleur et/ou de la souffrance, sont plus nombreuses et plus importantes que les difficultés de ceux qui n'ont pas de maux de dos.
- Les difficultés psychosociales (souffrance) vécues par les soignants sont aussi importantes pour eux que les difficultés musculo-squelettiques (douleur), lors de la manutention de patients par les soignants restant au travail avec des maux de dos.

Pour atteindre ces objectifs et vérifier éventuellement ces hypothèses, cette étude comparative se proposait d'utiliser un support écrit (questionnaire) centré sur la douleur et le stress et un support oral (entretien individuel) centré sur les difficultés de l'activité de travail des soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, particulièrement à la manutention de patients.

Les étapes de la recherche et la méthodologie particulière

Une investigation préliminaire a permis de situer la problématique et de définir les objectifs en réalisant une tournée des cinq CHSLD en A.T. (1^{ier} tour de piste), puis de documenter le contexte historique et politique du milieu pour comprendre le contexte de l'organisation du travail dans les CHSLD, lors d'une deuxième tournée des hôpitaux

régionaux et autres institutions de soins (2ième tour de piste). Ces investigations ont eu lieu en 2003/2004 auprès des cadres, des syndicats et des soignants, s'engageant à collaborer à la recherche et à participer à des comités de suivi, se réunissant après chaque étape (questionnaire, entretien) pour favoriser l'organisation et discuter autour des résultats.

Ensuite, les deux étapes de la recherche se sont déroulées en 2005/2006 sous forme d'un questionnaire auto-administré et d'un entretien individuel.

Le questionnaire de l'Enquête de Santé-Canada (2005) comportait une partie musculo-squelettique sur la douleur et une partie psycho-sociale sur le stress. En première partie, les manifestations de la douleur étaient ciblées au niveau physique, l'intensité de la douleur était évaluée sur l'échelle visuelle analogique (EVA, 1 à 10), et le lien avec les activités de travail était proposé par quatre questions ajoutées par la chercheure. En deuxième partie, le Job Content Questionnaire (Karasek, 1990, traduit et validé par Bourbonnais, 1996) documentait le manque de latitude décisionnelle et la demande physique et psychologique du travail. Il a été complété entre 2001 et 2005 par l'ajout du soutien psychosocial (Karasek, 1997) pour évaluer les risques de stress au travail. L'ensemble de ce questionnaire a été rempli par 42 participants volontaires, soit 10% de la population de trois CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Cette faible participation est expliquée par la méfiance des soignants issue du manque d'éthique d'une recherche universitaire antérieure et par le moment jugé inopportun par les cadres puisqu'en plein conflit social.

Des 42 soignants participant au questionnaire, seulement 30 restaient en activité au moment de l'entretien, trois à quatre mois plus tard, soulignant l'urgence d'intervenir. A ces 30 soignants reçus en entretien s'ajoutent 20 soignants qui ont demandé à être rencontrés d'une façon informelle pour expliquer leurs difficultés au travail. Ils avaient peur de subir des conséquences au travail à participer officiellement à la recherche. Leurs propos, bien que non pris en compte dans les résultats de la recherche, confirmaient les réponses et les commentaires à l'entretien des 30 soignants participant officiellement. Cet entretien semi-structuré (inspiré de Vermersch, 1998) cherchait à comprendre les difficultés de la manutention de patients, du général au spécifique. Il était construit sur le modèle POETE (Pérusse, 1995) pour documenter les difficultés spécifiques des soignants des CHSLD en A.T. en manutention de patients : difficultés liées aux caractéristiques Personnelles des soignants, à l'Organisation du travail, aux Équipements, difficultés physiques de la Tâche et de la technique de travail, de l'Environnement physique et psychosocial. Il était introduit par une approche sur les difficultés générales au travail, des soignants dans les CHSLD en A.T. Il proposait en conclusion d'expliquer brièvement les stratégies mises en place par les soignants pour gérer leurs difficultés au travail.

Au cours de cet entretien, des outils d'évaluation des principales variables, connues (effort) ou supposée aux difficultés de la manutention (douleur et stress) par cette étude, ont été présentés et utilisés. La perception de l'effort était cotée au repos par les soignants participants avec l'échelle de Borg (0 à 10), alors que la perception de la douleur en intensité et en aspect désagréable était appréciée par l'Échelle visuelle Analogique (EVA, 0 à 10). Deux échelles bien distinctes utilisées avec leur spécificité (chiffres, mots clés, couleurs). Les manifestations du stress au travail étaient évaluées par la Mesure de Stress Psychologique (MSP de Lemyre et Tessier, 1988). Pour compléter cette approche spécifique de la situation de travail par les causes et les

manifestations de la douleur et du stress, les pulsations cardiaques au repos ont été prises en entretien, afin de servir de référence pour une étude prévue sur le terrain à la suite de cette enquête.

La particularité de la méthodologie touchait les résultats quantitatifs et qualitatifs de chaque support et outil de la recherche, à décrire et à comparer aux résultats statistiques de l'Enquête Santé-Canada (2005) et aux résultats de la littérature. Pour cela, les soignants participants ont été distribués en trois groupes : A sans douleur, B avec maux de dos non exclusif, C avec douleur ailleurs qu'au dos.

Les principaux résultats de la recherche

Le questionnaire (42 soignants) révèle que plus des trois quart des participants ont de la douleur : les deux tiers au dos (non exclusifs) et un tiers aux épaules.

La gravité des maux de dos a été mise en évidence par la présence des composantes multiples de la douleur (intensité et aspect désagréable) chez 70% des participants ayant des maux de dos, la localisation multiple des maux de dos chez 57% des soignants ayant des maux de dos, avec une prédominance de la zone lombaire sur les zones cervicale et dorsale, la chronicité des maux de dos, en durée pour 93% et en fréquence pour 50% des participants ayant des maux de dos.

La manutention de patients est dite la tâche la plus difficile des activités de travail des soignants en CHSLD en A.T. par 81% des participants, surtout au niveau physique et particulièrement pour les participants qui ont des maux de dos. Ces derniers sont les seuls à avoir des difficultés de flexion du dos, à évaluer les efforts maximum les plus élevés, à ajouter aux difficultés de fréquence du mouvement et de l'effort, des difficultés liées la durée de la posture.

Les tensions au travail, qui résultent d'un manque de latitude décisionnelle (contrôle) et d'exigences physiques et psychologiques selon le modèle de Karasek, touchent 71% des participants. Les exigences physiques vécues par les soignants restent plus importantes, pour eux, que les exigences psychologiques, malgré l'évolution du contexte de travail. Ces exigences du travail sont notamment soulignées par un quota patients/soignants élevé (11 en moyenne) et un nombre d'heures soins par patient et par jour important (5 en moyenne). Néanmoins les tensions physiques au travail qui touchent 71% des participants semblent être compensées par un bon soutien psychosocial reconnu par 83% des participants, diminuant ainsi le risque collectif de stress au travail. Pourtant, au regard des résultats individuels le risque de stress au travail est présent chez un tiers des soignants participants des CHSLD en A.T.

L'entretien semi-structuré (30 participants) a permis d'évaluer les difficultés générales et d'inventorier les difficultés spécifiques encadrées par le modèle POETE.

La quantité excessive de travail est reconnue être la difficulté générale principale par 43% des participants et dite responsable de souffrance au travail (insatisfaction et stress au travail, démotivation et perte de sens, baisse de la tolérance et difficultés relationnelles). "L'insatisfaction de la qualité" au travail concerne 73% des participants, qui visent surtout l'insatisfaction de la qualité de l'organisation du travail (40%) et de l'environnement psychosocial (38%), sans lien avec la douleur ou le stress.

La douleur au repos était présente chez plus du tiers des participants, exclusivement au niveau du dos, dont la moitié d'entre eux en bas du dos. Les manifestations de stress évaluées au repos (MSP $\geq 30\%$) sont élevées pour 37% des participants, qui ont presque tous des maux de dos. Le tiers d'entre eux avançaient l'existence d'un stress d'anticipation présent au repos, la veille de la reprise du travail. L'effort excessif était ciblé par 90% des participants, avec une intensité moyenne dépassant 3/10 (Borg) et maximum dépassant 6/10 (Borg), surtout pour ceux ayant des maux de dos. Les pulsations cardiaques au repos étaient généralement dans les limites de la normale pour les participants (60 à 80 bt/min), les plus élevées étant pour les soignants les plus âgées.

L'investigation de l'activité de manutention de patients par les soignants a été structurée par le modèle POETE et a recueilli les commentaires des soignants en entretien. Les résultats sur les difficultés spécifiques des soignants font apparaître au sujet :

- des caractéristiques personnelles, un IMC excessif (≥ 25 kg/m²) pour 71% des participants
- de l'organisation du travail, un manque de temps théorique et pratique pour la manutention de patients (36 commentaires) et un manque de personnel (24 commentaires), une contrainte dans les horaires 7/7 avec ou sans rappel (un tiers des participants)
- des équipements, un manque d'accès à la manette des lits électriques et un manque d'espace pour se servir des lève-personne (un tiers des participants)
- de l'environnement physique, un manque d'espace pour plus des deux tiers des participants
- de l'environnement psychosocial, l'existence de violence exercée par les patients sur les soignants (13% des participants).

L'évaluation globale de l'importance des difficultés spécifiques vécues par les soignants, parmi l'ensemble des difficultés à la manutention de patients, a été faite en fin d'entretien. Il semble que cette importance relative accordée par chaque soignant soit indépendante de la richesse du contenu et du temps passé sur chaque difficulté approfondie au cours de l'entretien. Cette évaluation subjective des soignants de l'importance relative de leurs difficultés à la manutention de patients visaient en priorité l'organisation du travail (24%) et les caractéristiques personnelles des soignants (22%). Elle visait ensuite la tâche et la technique de travail au niveau physique (17%) principalement à cause de l'effort excessif, puis les équipements (12%) et l'environnement physique (13%) et psycho-social (11%), notamment de par le stress. En examinant ces résultats, il semble que les participants ayant des maux de dos parlent plus souvent de leurs difficultés personnelles (surtout les plus âgés), alors que les participants qui se disent stressés donnent plus d'importance aux difficultés d'environnement psycho-social et organisationnelles (surtout les plus jeunes).

Quelques éléments de discussion

Faute d'un nombre suffisant de participants et surtout d'une répartition équilibrée de ceux-ci dans les groupes de soignants à comparer, avec ou sans maux de dos, l'ensemble des résultats sont vraisemblablement à moduler. En effet, certains d'entre eux vont dans le sens des résultats de recherches antérieures (gravité des maux de dos, difficultés physiques de la manutention de patients ...) et d'autres mériteraient d'être vérifiés par des recherches ultérieures (contraintes des horaires 7/7 avec ou sans

rappel, violence subie par les soignants ...). Par conséquent, l'ensemble des résultats permet de répondre aux objectifs de cette étude, mais pas de vérifier les hypothèses.

Face au vieillissement des patients et des soignants, la faillite du système de santé au Québec est à craindre, faute de ressources financières et humaines. Comment faire avec plus de patients et moins de soignants, alors que la surcharge de travail et le manque de personnel sont criants? D'une part, la clientèle pour les CHSLD augmente et est "plus lourde" (heures soins) et d'autre part, il manque de relève pour remplacer les soignants de la génération des baby-boomers qui partent en retraite. Améliorer les conditions de travail pourrait attirer plus de jeunes dans les professions de soignants.

Le manque de fidélité du concept d'*Humanitude* (investigation préliminaire) dans sa traduction et son application entre la France et le Québec modifie la philosophie relationnelle et la communication concrète entre les soignants et les patients d'un continent à un autre. A vouloir plus *"d'Humanitude"* pour les patients, les soignants disent avoir perdu l'humanité qui leur ait dû. Les exigences du travail sont jugées augmentées par l'application récente de ce concept qui s'ajoute à la politique de Milieu de vie réactivée. Les soignants n'ont plus le droit de réagir à la violence des patients, devenus des "clients rois". Améliorer la traduction du concept d'*Humanitude* et ses modalités d'application pourrait satisfaire à la fois les soignants et les patients.

L'ASSTSAS encadre la technique de manutention de patients et vise le "zéro soulèvement manuel en Amérique du nord", en utilisant les lits électriques et les lève-personne. Le concept d'*Humanitude* pour les patients soutient le "Vivre et mourir debout" (Gineste et Marescotti), c'est-à-dire l'autonomie accompagnée au niveau manuel par les soignants. Devant cette contradiction, les soignants s'interrogent ou démissionnent, faute de latitude décisionnelle. En effet, la technique de manutention de patients est une prescription imposée aux soignants, prescription qui ne tient pas compte de la variabilité des capacités et de la douleur du moment chez les patients comme chez les soignants. Donner la latitude aux soignants de choisir entre manutention manuelle ou mécanisée serait pertinent.

Les soignants rendent responsable l'organisation du travail de leur insatisfaction de la qualité (40% des participants) et de leurs difficultés spécifiques à la manutention de patients (24% des participants). Lors de la remise des résultats à la fin de la recherche, les cadres relèvent cette information et acceptent de tenir compte de la réalité des soignants en proposant des ajustements adaptés. Une étude comparative des organisations du travail dans les CHSLD et des changements mis en place au fil du temps serait intéressante à poursuivre.

Les risques de stress (Job Content Questionnaire) sont appréciés par un support différent de celui des manifestations du stress (MSP), en pourcentage de soignants concernés. La comparaison des résultats est donc discutable, d'autant plus que les soignants ont révélé l'existence de différentes formes de stress (stress personnel et familial, stress d'anticipation et stress du travail). Identifier le stress d'anticipation et le dissocier des autres formes de stress pourrait être une avenue intéressante dans une prochaine étude.

Les pulsations cardiaques au repos pourraient servir de référence lors de l'évaluation du pouls au travail, pendant tout le temps de l'activité de travail (montre Polar). Alors un rapprochement avec l'effort (Borg), la douleur (EVA) et le stress (%) pourrait être fait afin

d'évaluer la pénibilité de la tâche de manutention de patients sur la fonction cardiaque des soignants. Le coût cardiaque et la dépense énergétique de la manutention de patients par les soignants pourraient alors être étudiés.

Conclusion

L'augmentation statistique des arrêts de travail pour des raisons psychologiques, observée dans les CHSLD en A.T. est un signal d'alarme qui se comprend au regard des résultats de cette étude. En effet, l'entretien met en évidence que 37% des participants ont des manifestations de stress (MSP), c'est-à-dire autant que les maux de dos (11/30 soignants). Par conséquent, les soignants participants des CHSLD en A.T sont autant concernés par le "en avoir plein le dos" (souffrance) que les maux de dos (douleur), dans le contexte présent.

La manutention de patients, en tant qu'activité la plus difficile ciblée par les soignants, pourrait bénéficier d'un allègement des exigences de travail physiques (quantité de travail et effort excessif) et psychologiques (stress et violence subie). Plusieurs pistes se sont dégagées des résultats pour agir sur la surcharge de travail : réviser le concept d'*Humanitude,* donner plus de latitude aux soignants pour choisir le mode de manutention de patients, diminuer le quota patients/soignant en embauchant du personnel, ajustement de l'organisation du travail à la réalité des soignants. D'autres études seront nécessaires pour mieux cibler les difficultés psychosociales sur lesquelles agir.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ V

LISTE DES FIGURES 11

LISTE DES TABLEAUX 13

LISTE DES ABRÉVIATIONS 17

INTRODUCTION 19

1 LES BESOINS EXPRIMÉS LORS DE L'INVESTIGATIO PRÉLIMINAIRE..... 19

1.1 L'investigation préliminaire en "deux tours de piste" (2003/2005) 19
1.2 La problématique initiale et l'orientation de la recherche 20

2 LE CONTEXTE DES SOIGNANTS EN RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE..... 21

2.1 Le contexte historique d'une région dite éloignée 21
2.2 Le contexte politique présent des soignants en région A.T.....22

3 DES OBJECTIFS DU MILIEU AUX OBJECTIFS DE LA RECHERCHE 22

CHAPITRE I 25

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE 27

1.1 Le modèle de Maslow appliqué à l'évolution socio-professionnelle 27
1.2 L'approche ergonomique de la situation de travail, par la douleur et la souffrance 29
1.2.1 La prévalence des maux de dos 29
1.2.2 Les statistiques de Santé Canada au sujet des maux de dos 30
1.2.3 Les statistiques de Santé Canada au sujet de la souffrance au travail 31
1.2.4 Les travaux ergonomiques de l'ASSTSAS..... 333
1.3 L'approche ergonomique de la situation de travail, par les modèles de recherche 34
1.3.1 Une approche centrée sur l'activité de travail 344
1.3.2 Le modèle POETE pour analyser la situation de travail 355
1.3.3 Le modèle PERR..... 366
1.4 La douleur et ses composantes appliquées au travail.....37
1.4.1 Le modèle circulaire de la douleur 377

1.4.2 L'intensité et l'aspect désagréable de la douleur 388
1.4.3 Les comportements face à la douleur 388
1.4.4 Les causes et les conséquences de la douleur au travail 40
1.4.5 Les statistiques d'accident au dos dans les CHSLD en A.T 42
1.5 La souffrance et ses aspects au travail 43
1.5.1 La physiologie de la souffrance et l'évaluation du stress (causes, manifestations) 43
1.5.2 Le modèle évolutif de Karasek et les risques de stress au travail 44
1.5.3 Le modèle d'adéquation de Lazarus et les manifestations du stress au travail 46
1.6 Les difficultés biomécaniques et psychosociales générales des soignants au travail 47
1.7. Les difficultés spécifiques évaluées par la fréquence cardiaque.....48

2 LES OJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE 48

2.1 Des objectifs du milieu aux objectifs de la recherche 49
2.2 Les hypothèses de la recherche.....49

CHAPITRE II 51

1 VUE D'ENSEMBLE DE LA DÉMARCHE..... 53

2 ÉTAPE PRÉPARATOIRE : LA DÉMARCHE INSCRITE DANS LE CONTEXTE 54

2.1 Des rencontres informelles sur le contexte historique et politique 55
2.2 Des rencontres formelles sur le contexte de travail des CHSLD en A.T. 56

3 QUESTIONNAIRE INITIAL : LA PREMIÈRE ÉTAPE DE LA RECHERCHE..... 57

3.1 Le mode de recrutement et la participation des soignants au questionnaire 57
3.2 La procédure suivie pour le questionnaire auto-administré 58
3.3 Le questionnaire dans son contenu et ses outils.....59
3.3.1 La partie musculo-squelettique centrée sur la douleur physique (intensité et aspect désagréable évalués avec l'EVA)..... 59
3.3.2 La partie psycho-sociale centrée sur la souffrance psychologique (risques de stress)..... 60

4. ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ : LA DEUXIÈME PARTIE DE LA RECHERCHE..... 60

4.1 La procédure pour l'entretien influant la participation des soignants 61
4.2 L'échantillonnage renforçant la participation des soignants 62
4.3 L'entretien dans son contenu, ses outils et ses variables 62
4.3.1 En introduction 63
4.3.2 Les cinq parties sur les difficultés de la manutention de patients..... 64

5 LA DÉMARCHE SOUTENUE PAR LES COMITÉS DE SUIVI DE LA RECHERCHE..... 65

6 LES GROUPES DE RECHERCHE ET L'ANALYSE DES DONNÉES 66

6.1 Les groupes de soignants participants à la recherche 66
6.2 Le traitement des réponses en fonction des groupes de soignants 67
6.3 Le traitement des réponses sur le stress 68
6.3.1 Les risques de stress 68
6.3.2 Les manifestations du stress 70

CHAPITRE III.1 71

LES RÉSULTATS DE L'INVESTIGATION PRÉLIMINAIRE 71

1 CONTEXTE HISTORIQUE DES SOIGNANTS EN RÉGION A.T. 73

1.1 Les soignants dans l'histoire de la colonisation et de l'installation en A.T. : les besoins fondamentaux et de sécurité (1926 à 1965) 73
1.2 Les soignants suivent l'évolution du contexte histoire en A.T. : les besoins d'appartenance et d'estime de soi (1966 à 1995) 74
1.3 Les soignants au travail en A.T. dans le contexte présent : les besoins de s'accomplir et autres besoins (1996 à nos jours) 75
1.4 L'évolution des soignants en A.T. en moins d'un siècle (1926/2005): des besoins sociaux à la motivation professionnelle 75
1.5 Les 4 générations de soignants au travail en A.T. (2005) : le sens du travail et les comportements face au changement 76

2 CONTEXTE POLITIQUE : DES FUSIONS HOSPITALIÈRES A L'ORGANISATION PRÉSENTE DU TRAVAIL DANS LES CHSLD EN A.T. 77

2.1 De l'entente syndicale de 1992 au virage ambulatoire de 1996.....77
2.2 Le virage ambulatoire (1996) et la 1ière vague de changements 78
2.3 La fusion administratives (2003/2004) et la 2ième vague de changements 79
2.4 Le Plan d'Organisation du Travail (2004/2005) et la 2ième vague de changements... 80
2.4.1 L'objectif de "qualité" 81
2.4.2 L'objectif "d'accessibilité"..... 82
2.4.3 L'objectif de *"continuité"* 82
2.4.4 L'objectif "d'efficience"..... 82
2.5 L'organisation du travail pour la 2ième vague de changements (2005).....83
2.5.1 Les avantages de la 2ième vague de changements, vus par les cadres..... 83
2.5.2 La 2ième vague de changements vécus par les soignants..... 84
2.5.3 L'entente nationale entre les soignants et le gouvernement..... 84
2.6 De la politique "non interventionniste" de la 1ière fusion, à la gestion "à flux tendu" de la 2ième fusion.....86

3 POLITIQUE DE "MILIEU DE VIE SUBSTITUTIF", DANS LE CONTEXTE ACTUEL DE TRAVAIL 86

3.1 Le "Milieu de vie substitutif" en contexte 86
3.2 Les avantages pour les patients et les désavantages pour les soignants 87
3.3 Les avantages pour les CHSLD et les désavantage pour les autres 88

4 CONCEPT D'*HUMANITUDE*, DANS LE CONTEXTE ACTUEL DE TRAVAIL 88

4.1 De la France au Québec (1996 à 2005) 89
4.2 La "philosophie de l'Humanitude" en 10 points (Gineste et Marescotti, France) 89
4.3 Le concept *d'Humanitude* adapté au Québec (IGM-FMS, Montréal, 2001) 90

5 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES SOIGNANTS DE CHSLD EN A.T. 91

5.1 Au sujet de la répartition des soignants (questions 2 à 4, annexe A) 91
5.2 Au sujet de la répartition des postes et des contrats de travail (questions 10 à 14, annexe A) 94
5.3 Au sujet du quota de patients par soignant (question 18, annexe A) 96
5.4 Au sujet de l'organisation de la tâche réelle au travail (questions 8 et 9, 15 à 17, et 19 de l'annexe A) 98
5.5 Au sujet de l'organisation de l'environnement 99
5.6 Au sujet des équipements de manutention de patients 100

6 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON 101

6.1 Le titre d'emploi et l'activité de manutention de patients 101
6.2 Le sexe des soignants participants et la charge de travail 102
6.3 L'âge des soignants participants comparé à la population 103
6.4 L'âge des soignants participants et les générations au travail 103
6.5 La douleur des soignants participants et les groupes de recherche 104
6.6 Les générations au travail et les groupes de recherche 105

CHAPITRE III.2 107

LES RÉSULTATS SUR LES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES 107

1 LES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES DES SOIGNANTS AU TRAVAIL 109

1.1 Les difficultés générales des soignants perçues par les cadres (investigation préliminaire) 109
1.2 Les difficultés générales des soignants vécues par les soignants (investigation préliminaire) 110
1.3 Les difficultés générales des soignants vécues par les soignants (questionnaire et entretien, comités de suivi de la recherche) 110
1.3.1 La motivation de rester au travail, sans le sens donné au métier (entretien) 111

1.3.2 Le manque de temps créateur des difficultés relationnelles (entretien, comité de suivi de la recherche) 111

2 DES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES DANS L'ANNÉE AU DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES DU MOMENT VÉCUES PAR LES SOIGNANTS 113

2.1 Les difficultés générales des soignants dans l'année (question 3, entretien) 113
2.2 Les difficultés particulières des soignants en ce moment (question 4, entretien, comité de suivi) 115
2.2.1 La surcharge de travail créatrice de difficultés relationnelles 115
2.2.2 La baisse de la tolérance, induite par la surcharge de travail créatrice de difficultés relationnelles 116
2.2.3 Les difficultés particulières du moment, classées selon le modèle POETE 117

3 LES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES DANS L'ANNÉE ET LES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRE DU MOMENT : lien entre l'activité de travail et la douleur **..... 119**

3.1 Le lien entre l'activité de travail des soignants et la douleur dans l'année (questionnaire) 119
3.2 Le lien entre l'activité de travail des soignants et la douleur du moment (entretien).... 120

4 L'IMPORTANCE RELATIVE DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE LA MANUTENTION DE PATIENTS DU MOMENT, AVEC OU SANS DOULEUR (entretien) 121

CHAPITRE III.3 125

LES RÉSULTATS SUR LES DIFFICULTÉS PHYSIQUES ET TECHNIQUES DE LA MANUTENTION DE PATIENTS 125

1 LA MANUTENTION DE PATIENTS, EN GÉNÉRAL 127

1.1 De la tâche théorique à l'activité pratique de la manutention de patients (investigation préliminaire, entretien) 127
1.2 La manutention de patients parmi les autres activités des soignants (investigation préliminaire, questionnaire, entretien) 129

2 LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE LA MANUTENTION DE PATIENTS (entretien) 130

2.1 Les difficultés spécifiques de postures, mouvements et positions lors de la manutention de patients 131
2.1.1 Les difficultés de posture (question 28 de l'entretien)..... 132
2.1.2 Les difficultés de mouvement (question 26 de l'entretien)..... 133
2.1.3 Les difficultés de position (question 27 de l'entretien) 135
2.2 Les difficultés liées à l'effort lors de la manutention de patients.....137

2.2.1 Les difficultés à fournir un effort (question 29 de l'entretien) 137
2.2.2 Les difficultés liées à l'intensité de l'effort (question 30 de l'entretien) 140
2.3 Les difficultés liées à la Répétitivité (question 31 de l'entretien) 144
2.4 Les difficultés liées au manque de Repos (entretien).....146
2.5 La synthèse des difficultés physiques de la manutention de patients 147

3 LES DIFFICULTÉS DE LA TECHNIQUE DE TRAVAIL (PDSB DE L'ASSTSAS) 147

3.1 La formation au PDSB, son suivi et sa maitrise (question 32 de l'entretien).....148
3.2 L'utilisation du PDSB pour la manutention de patients (question 32 de l'entretien) 148

4 LES PULSATIONS CARDIAQUES AU REPOS (questionnaire, entretien)..... **150**

CHAPITRE III.4 155

LES RÉSULTATS SUR LA DOULEUR PHYSIQUE 155

1 DOULEUR DANS L'ANNÉE (2006) ET SES MANIFESTATIONS 157

1.1 La localisation de la douleur et sa répartition entre les soignants participants (question 6 du questionnaire, questions 5 et 32 de l'entretien) 157
1.2 La sévérité de la douleur.....159
1.2.1 Les localisations multiples de la douleur (questionnaire, comité de suivi).. 160
1.2.2 Les composantes multiples de la douleur (questionnaire)..... 161
1.2.3 La fréquence de la douleur (questionnaire, comité de suivi) 161
1.2.4 La durée de la douleur (questionnaire, comité de suivi) 162

2 DOULEUR DE LA DERNIÈRE SEMAINE (2006) ET SES MANIFESTATIONS 164

2.1 Les localisations multiples de la douleur du moment (questionnaire à la question 14, comité de suivi) 164
2.2 Les composantes multiples de la douleur et la limite acceptable de l'intensité de la douleur au travail (questions 14 à 16 du questionnaire, question 8 de l'entretien) 165
2.3 La fréquence de la douleur (question 14 du questionnaire, comité de suivi) 166
2.4 La durée quotidienne de la douleur (questionnaire, question 15) 167

3 DOULEURS AU REPOS ET SES MANIFESTATIONS 169

3.1 La localisation de la douleur au repos (entretien, question 8).....169
3.2 Les composantes de la douleur au repos et la limite acceptable de la douleur en intensité et en aspect désagréable (entretien, question 8).....170

4 CONSÉQUENCES DE LA DOULEUR AU TRAVAIL 171

4.1 Les impacts de la douleur, en général, sur le travail (questions 18 et 19 du questionnaire, question 8 de l'entretien).....171

4.2 Les impacts de la douleur, en ce moment, sur le travail (entretien, questions 6 à 8) 172
4.3 L'augmentation de la douleur au travail : une difficulté physique des soignants et une difficulté psychosociale par l'environnement (entretien; question 12 et fin 36) 173

5 LES DIFFICULTÉS PERSONNELLES AJOUTENT DE LA DOULEUR À LA DOULEUR 174

5.1 Surévaluation de l'état de santé en général (question 17 du questionnaire et question 10 de l'entretien).....174
5.2 Les croyances sur la douleur et les générations au travail (investigation préliminaire et entretien) 175
5.3 Surestimation de la qualité d'être et de faire au travail (entretien, questions 13 et 34) 176

CHAPITRE III.5 181

LES RÉSULTATS SUR LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE 181

1 LES PRINCIPALES CAUSES DE LA SOUFFRANCE 183

1.1 Le manque de latitude décisionnelle (questionnaire) 183
1.2 Les exigences physiques et psychologiques du travail 186
1.2.1 La demande physique du travail (questionnaire, comité de suivi) 186
1.2.2 La demande psychologique du travail (questionnaire, comité de suivi) 189
1.3 Le soutien psychosocial en compensation (questionnaire) 193
1.4 Les risques de stress en région A.T. à comparer avec ceux au Québec (questionnaire) 195
1.5 Les risques de stress dans les groupes de recherche (questionnaire) 198
1.6 Les risques de stress en région A.T. commentés en contexte.....199
1.6.1 Les risques de stress commentés dans le contexte historique (comités de suivi) 200
1.6.2 Les risques de stress commentés dans le contexte politique (comités de suivi, en marge de la question 36 de l'entretien) 200
1.7 Les difficultés de manutention de patients liées à l'environnement psychosocial, source de stress au travail (question 36, entretien).....201
1.8 Des difficultés de manutention de patients liées à l'organisation du travail et à l'environnement psychosocial, source de souffrance au travail 202
1.8.1 La contrainte de temps et la monotonie du travail (question 18 entretien). 202
1.8.2 La violence des patients (en marge de la question 36, entretien) 203

2 LES MANIFESTATIONS DU STRESS AU REPOS 204

2.1 La Mesure de Stress Psychologique (entretien, question 8).....204
2.2 Comparaison entre les manifestations de stress et les risques de stress (questionnaire, entretien).....205
2.3 Comparaison entre le "en avoir plein le dos" évalué en fonction du stress et les maux de dos (questionnaire, entretien) 205

3 LES CONSÉQUENCES DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL 206

3.1 Lien entre la souffrance et la douleur (questionnaire, entretien) 206
3.2 La souffrance et l'insatisfaction au travail (entretien) 207

CHAPITRE III.6 211

LES AUTRES RÉSULTATS 211

1 LES DIFFICULTÉS À LA MANUTENTION DE PATIENTS LIÉES AUX CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES SOIGNANTS 213

1.1 Les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques physiques des soignants (question 9 de l'entretien) 214
1.1.1 Le sexe 214
1.1.2 L'âge 215
1.1.3 Les données anthropométriques (poids, taille) 215
1.1.4 L'Indice de Masse Corporelle 216
1.2 Les difficultés à la manutention de patients, liées à l'état de santé des soignants (question 10, entretien) 217
1.3 Les difficultés à la manutention de patients, liées à l'hygiène de vie des soignants (question 11, entretien) 219
1.3.1 La pratique d'activités physiques de loisirs (questions 3 et 6 du questionnaire, question 11 de l'entretien, comité de suivi) 220
1.3.2 Le manque de repos (vacances, sommeil) et la consommation (de drogues (question 11, entretien) 221
1.4 Les autres difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants (entretien question 12) 224

2 LES DIFFICULTÉS DE LA MANUTENTION DE PATIENTS, LIÉES À L'ORGANISATION DU TRAVAIL 224

2.1 La contrainte de fréquence de manutention de patients (entretien question 14) 226
2.2 La contrainte de temps dans la manutention de patients (entretien question 15) 228
2.3 Les contraintes de la grille horaire (investigation préliminaire, question 16 de l'entretien) 230
2.3.1 Le temps partiel 7/7 complété ou non sur appel 231
2.3.2 Les horaires irréguliers, rapprochés ou qui se chevauchent 232
2.3.3 Les heures supplémentaires 233
2.3.4 Le manque de jours de repos 233
2.3.5 Les autres difficultés d'horaires 234
2.4 Les autres contraintes des soignants, liées à l'organisation du travail (investigation préliminaire, entretien question 17) 235
2.4.1 Le manque de personnel 236
2.4.2 La répartition inégale des tâches 237
2.4.3 Les ordres contradictoires 238
2.4.4 Le manque de pairage des soignants 238
2.4.5 Les exigences du plan de travail et du plan de soins 239
2.4.6 Les préférences non respectées 240

2.5 Les autres difficultés à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail (entretien question 18) 242

3 LES DIFFICULTÉS À LA MANUTENTION DE PATIENTS, LIÉES AUX ÉQUIPEMENTS 243

3.1 Les lits électriques (questions 20 à 21, entretien) 245
3.2 Les lève-personnes (questions 22 et 23, entretien) 247
3.3 Les autres difficultés d'équipement (question 25, entretien) 251

4 LES DIFFICULTÉS À LA MANUTENTION DE PATIENTS, LIÉES À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE 252

4.1 Le manque d'espace et l'encombrement des lieux (entretien, question 35) 253
4.2 Les bâtiments des CHSLD, leur conception architecturale et leur agencement intérieur (entretien, question 35) 254
4.3 La lumière et les bruits (entretien, question 35) 255
4.4 Les autres difficultés d'environnement physique (question 35, entretien) 256

CHAPITRE IV 263

1 LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ET SES LIMITES 265

1.1 Les points forts 265
1.1.1 Risque de faillite du système de santé au Québec, face au vieillissement des patients et des soignants 265
1.1.2 *Humanitude* pour les patients, sans humanité pour les soignants 266
1.1.3 Manutention manuelle ou mécanisée, une contradiction à vivre au quotidien par les soignants. 267
1.1.4 Localisations multiples de la douleur, ignorées des statistiques d'accident au dos. 267
1.1.5 Banalisation de la douleur et surestimation de l'état de santé par les soignants 268
1.1.6 Peu de raisons de stress en région, pour combien de temps? 270
1.1.7 Les maux de dos dominent le "en avoir plein le dos", pour combien de temps? 270
1.1.8 Qui dit stress d'anticipation, dit souffrance 271
1.1.9 La violence des patients subie par les soignants 272
1.1.10 Soulever des sujets tabous et réactiver la polémique, pour avancer 272
1.1.11 Croyance et ignorance ouvrent à formations 274
1.1.12 L'organisation du travail a à s'ajuster à la réalité des soignants 274
1.2 Les points faibles 276
1.2.1 Une étude comparative sans comparaison fiable 276
1.2.2 Tous les résultats du questionnaire sont-ils fiables? 277
1.2.3 Tous les résultats de l'entretien sont-ils fiables? 278
1.2.4 Les difficultés physiques de la manutention de patients par les soignants, sont-elles une question de genre? 278
1.2.5 La quantité de travail face à la qualité du/au travail, sont-ils en lien avec la douleur et/ou la souffrance des soignants? 279

1.2.6 La sévérité de la douleur est-elle réellement connue? Et celle de la souffrance? ... 280
1.2.7 La comparaison entre les causes et les manifestations du stress est-elle possible? ... 281

2 SUR LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ... 281

2.1 Les points forts ... 282
2.1.1 Le facteur temps peut-être un allié ... 282
2.1.2 Le protocole de recherche ajusté à la réalité du milieu (avoir la confiance des soignants, auto-confrontation des données) ... 282
2.1.3 L'approche participative, une richesse permanente (investigation préliminaire, comité de suivi, retour des résultats) ... 284
2.1.4 L'approche globale de la situation de travail, "de l'entonnoir au sablier" (modèles de Vermersh et POETE, PDSB) ... 284
2.1.5 La force de la méthodologie, qualitative et quantitative à la fois (fiabilité/fidélité/reproductivité) ... 285
2.1.6 Le lien entre le modèle de la douleur et le questionnaire de l'Enquête Santé-Québec ... 286
2.2 Les points faibles ... 286
2.2.1 Le facteur temps peut-être un ennemi ... 286
2.2.2 L'accès impossible à l'ensemble de la population et un recrutement par affiche peu efficace ... 287
2.2.3 Le biais du recrutement et le déséquilibre entre les groupes ... 287
2.2.4 Le non respect des exclusions, mélangeant les genres ... 288
2.2.5 L'imprécision sur le mot "fatigue", sauvée par les soignants, mais ... 289
2.2.6 Méthode insuffisante et imprécise pour comprendre le stress ... 289

3 PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES FUTURES ... 290

3.1 La suite de cette étude ... 291
3.2 Le projet après cette étude ... 291

CONCLUSION ... 293

BIBLIOGRAPHIE ... 295

ANNEXE A ... 309

ANNEXE B ... 319

ANNEXE C ... 335

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide de la hiérarchie des besoins psychosociaux 28
Figure 2 : Représentation schématique du support POETE d'analyse de la situation de travail, adapté par l'ASSTSAS dans le PDSB (1999)..... 366
Figure 3 : Représentation schématique adaptée du PERR : P posture, E effort, R répétitivité, R repos (OSHA 1997) 366
Figure 4 : Modèle circulaire de la douleur avec ses quatre composantes qui s'entrecroisent (Loeser, 1980; adapté par Marchand, 1998)..... 388
Figure 5 : Les composantes de la douleur et les comportements instinctifs rapprochés du travail (adaptée de Keefe et Williams, 1989; Edmond, 2003)..... 399
Figures 6 : Statistiques d'accidents au dos des soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, entre 1999 et 2004, en localisation puis en titre de métiers 42
Figure 7 : Représentation du modèle de Karasek (1997) en 3 D par la Commission Européenne (1999) : avec une demande forte et un contrôle élevé, besoin de soutien social élevé pour éviter le stress au travail..... 45
Figure 8 : Équilibre entre les capacités fonctionnelles et les exigences du travail pour éviter le stress (Lazarus et Folkman, 1984 - adapté par Baillargeon en 1999 et Côté en 2002) 47
Figure 9 : Échelle visuelle analogique (Price, 1983), recto-verso, pour évaluer la douleur entre 0 et 10 (intensité et aspect désagréable) 60
Figure 10 : Échelle de Borg pour évaluer l'effort entre 0 et 10 (Borg, CR-10,1982)..... 65
Figures 11 : De la pyramide des besoins à celle de la motivation au travail 76
Figure 12 : Répartition des 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., face aux difficultés générales de l'année classés par le modèle POETE (entretien) 114
Figure 13 : Répartition des 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. face aux difficultés particulières du moment, classées par le modèle POETE 117
Figure 14 : Parts relatives accordées par les 30 soignants participants à l'entretien, aux difficultés spécifiques de manutention de patients dans 3 CHSLD en A.T., classées selon le modèle POETE 122
Figure 15 : Répartition des difficultés physiques liées à la manutention de patients entre les soignants participants des CHSLD en A.T., selon le modèle PERR (entretien, 30 soignants) 147
Figure 16 : Répartition de la douleur dans l'année 2006 des 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (questionnaire) en fonction des groupes de recherche 158
Figure 17 : Panorama des maux de dos par titre de métier des 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (2006, questionnaire)..... 159
Figure 18 : Localisation multiple (16/28 soignants) des maux de dos dans l'année (28/42 participants) de 3 CHSLD en A.T. en 2006 (questionnaire) 160
Figure 19 : Fréquence des douleurs en 2006 (toutes localisations confondues) de 32/42 soignants participants en A.T. au questionnaire 162
Figure 20 : Durée des douleurs (toutes localisations confondues) de 32/42 soignants participants en A.T. (2006, questionnaire)..... 163
Figure 21 : Localisation des maux de dos des 14/42 soignants participants, dans la dernière semaine (2006) avant le questionnaire, pour 3 CHSLD en A.T. 165

Figure 22: Fréquence des maux de dos (intensité) de 14/42 soignants participants, dans la dernière semaine (2006) avant le questionnaire, pour 3 CHSLD en A.T. (22/48 localisations) 167
Figure 23 : Durée des maux de dos de 14/42 soignants participants, dans la dernière semaine (2006) avant le questionnaire, pour 3 CHSLD en A.T. (22/48 localisations) 168
Figures 24 : Comparaison entre la douleur et l'état de santé de 42 soignants dans les CHSLD en A.T. (questionnaire) 174
Figures 25 : Rapprochement des paramètres de Karasek pour évaluer le risque de stress au travail (questionnaire, propositions 20 à 45), entre l'Enquête Santé-Canada (2005) et cette étude dans 3 CHSLD en A.T. (2005/2006), en pourcentage de participants concernés 197
Figure 26 : Les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. et l'insatisfaction de la qualité au travail classée selon le modèle POETE (entretien) 207
Figure 27 : Principales difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants, selon 22/30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 214
Figure 28 : Les difficultés à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, selon 25/30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 225
Figure 29: Les difficultés des soignants liées aux contraintes de la grille horaire, selon 19/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 231
Figure 30 : Les autres contraintes des soignants liées à l'organisation du travail, selon 24/30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 236
Figure 31 : Difficultés à la manutention de patients liées à l'équipement, selon 22/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 244
Figure 32: Difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique, selon 28/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 252

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des étapes de la démarche, de l'échantillonnage et des objectifs évolutifs de la recherche 54
Tableau 2 : Composition des groupes de soignants participants à chaque étape de la recherche, en fonction de la douleur 67
Tableau 3 : Répartition des soignants des CHSLD en A.T. selon leur fonction (en 2005) .. 92
Tableau 4 : Répartition des soignants en CHSLD en A.T. selon leur sexe 93
Tableau 5 : Répartition des soignants entre le nombre d'entre eux au travail par 24 h et le nombre total d'embauchés 93
Tableau 6 : Répartition des soignants entre les postes fixes et de remplacements dans les CHSLD en A.T. 94
Tableau 7 : Répartition des soignants entre les contrats à temps plein et à temps partiel dans les CHSLD en A.T. 95
Tableau 8 : Quota moyen de patients/soignant en 24 h dans les CHSLD en A.T. (2005)... 97
Tableau 9 : Répartition des soignants participants des 3 CHSLD en A.T. aux étapes de la recherche, en fonction du titre d'emploi 102
Tableau 10 : Comparaison de la moyenne d'âge des soignants entre l'Enquête Santé-Québec, la population et l'échantillon dans les CHSLD en A.T. 103
Tableau 11 : Répartition des soignants selon les générations au travail, dans 3 CHSLD en A.T. 104
Tableau 12 : Répartition des soignants participants des CHSLD en A.T. dans les groupes de recherche, en fonction de la douleur de la dernière année 105
Tableau 13 : Répartition des 42 soignants participants au questionnaire et des 30 soignants participants à l'entretien, selon les groupes de recherche et les générations au travail 105
Tableau 14 : Les difficultés générales dans l'année des soignants participants de 3 CHSLD en A.T. en entretien 114
Tableau 15 : Les difficultés particulières des soignants participants dans les CHSLD en A.T., en ce moment, classées selon le modèle POETE 118
Tableau 16 : Répartition des 30 soignants des CHSLD en A.T. participants à l'entretien au sujet du lien entre la manutention de patients et la douleur du moment.... 120
Tableau 17 : Description de la tâche de manutention de patients par les soignants dans les CHSLD en A.T. 128
Tableau 18 : Répartition des 30 participants à l'entretien face aux difficultés physiques et de technique de manutention de patients, dans 3 CHSLD en A.T. 131
Tableau 19 : Les difficultés de postures (statique) en manutention de patients commentées par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien 133
Tableau 20 : Les difficultés de mouvement dans les actions de manutention de patients citées par les 30 soignants participants des 3 CHSLD en A.T., en entretien . 135
Tableau 21 : Les difficultés de positions en manutention de patients, citées par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien 136
Tableau 22 : Les difficultés, liées à l'effort de manutention de patients, citées par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., à l'entretien 139
Tableau 23 : Difficultés physiques de la manutention de patients liées à l'intensité de l'effort de 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien 141

Tableau 24 : L'intensité de l'effort et ses déterminants pour les 28/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien 142
Tableau 25 : L'intensité de l'effort (moyen et max) évaluée par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien, selon les générations et les groupes de recherche 144
Tableau 26 : Les difficultés physiques de manutention de patients liées à la répétitivité, pour les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien 145
Tableau 27 : L'utilisation du PDSB pour la manutention de patients par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien 149
Tableau 28 : Niveau des pulsations cardiaques au repos des 30 soignants participants des CHSLD en A.T., en entretien. 150
Tableau 29 : Les réponses à la latitude décisionnelle dans les 3 CHSLD participants en A.T. (questionnaire, n=42) 184
Tableau 30 : *Les réponses à la latitude décisionnelle pour les 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en fonction de leur titre d'emploi (questionnaire)* 185
Tableau 31 : Les réponses sur la faible latitude décisionnelle des 42 soignants participants, selon leur titre de métier dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 20 à 28) 186
Tableau 32 : Les réponses à la demande physique du travail comparée entre les 3 CHSLD en A.T (questionnaire, n=42) 187
Tableau 33 : Les réponses à la demande physique du travail pour les 42 soignants participants dans 3 CHSLD en A.T, selon le titre d'emploi (questionnaire, propositions 29, 31, 32, 36 et 37) 188
Tableau 34 : Les réponses sur la forte demande physique des 42 soignants participants, selon leur titre de métier dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 29, 31, 32, 36 et 37) 189
Tableau 35 : Les réponses à la demande psychologique du travail comparée entre les 3 CHSLD en A.T (questionnaire, n=42) 190
Tableau 36 : Les réponses à la demande physique du travail pour les 42 soignants participants dans 3 CHSLD en A.T, selon le titre d'emploi (questionnaire, propositions 29, 31, 32, 36 et 37) 191
Tableau 37 : Les réponses sur la forte demande psychologique des 42 soignants participants, selon leur titre de métier dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 30, 33, 34, 35 et 37) 192
Tableau 38 : Les réponses au soutien psycho-social au travail comparées entre les 3 CHSLD en A.T (questionnaire, n=42) 193
Tableau 39 : Les réponses au soutien psychosocial pour les 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en fonction de leur titre d'emploi (questionnaire) 194
Tableau 40 : Les réponses sur le bon soutien psychosocial des 42 soignants participants, selon leur titre d'emploi dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 38 à 45) 195
Tableau 41 : Les résultats du questionnaire sur les risques de stress (Karasek, 26 propositions), entre l'Enquête Santé-Canada(2005) et 3 CHSLD en A.T. (2005/2006), en pourcentage de participants concernés. 197
Tableau 42 : Le risque de stress au travail comparé entre les groupes de participants de 3 CHSLD en A.T. (questionnaire), en % de soignants concernés. 198
Tableau 43 : Rapprochement des résultats des soignants participants de 3 CHSLD en A.T. sur les causes de stress au travail (questionnaire, n=42) et sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement psychosocial (entretien, n=30). 201

Tableau 44 : Les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. et leur niveau de stress au repos (entretien) 204
Tableau 45 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles de 30 soignants participants dans 3 CHSLD en A.T. (entretien) 213
Tableau 46 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées à la taille et/ou au poids, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 9) 216
Tableau 47 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'état de santé des soignants, selon 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 10) 218
Tableau 48 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'hygiène de vie, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 11) 223
Tableau 49 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, selon les 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 225
Tableau 50 : Répartition des réponses sur la contrainte de fréquence de la manutention de patients liée à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 14) 226
Tableau 51 : Répartition des réponses sur la contrainte de temps pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 15) 228
Tableau 52 : Répartition des réponses sur les difficultés en fonction de la grille horaire liées à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 16) 235
Tableau 53 : Répartition des réponses sur les autres contraintes liées à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 17) 241
Tableau 54 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux équipements, selon les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 244
Tableau 55 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux lits électriques, selon les 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 245
Tableau 56 : Évaluation de l'utilisation des lits électriques par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 247
Tableau 57 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux lève-personnes), selon les 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien). 249
Tableau 58 : L'évaluation de l'utilisation des lève-personnes par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 250
Tableau 59 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique, selon les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien) 257
Tableau 60 : Synthèses des réponses principales des 30 soignants de 3 CHSLD en A.T., sur les difficultés à la manutention de patients, répertoriées selon le modèle POETE (entretien) 260

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFNOR	Association Française de Normalisation
AIHA	American International Health Alliance
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
A.T.	Abitibi-Témiscamingue
ASSTSAS	Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur des Affaires Sociales
CHSLD	Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée
CIDN	Contrôle Inhibiteur Descendant Nociceptif
CSSS	Centre de Soins et des Services Sociaux
CSST	Comission de la Santé et de la Sécurité au Travail
DE	Dépense énergétique
EVA	Échelle Visuelle Analogique
IASP	*International Association for the Study of Pain*,
IMC	Indice de Masse Corporelle
INRS	Institut National de Recherche Scientifique
IRSST	Institut de recherche Robert Sauvé en Santé et sécurité du Travail
MSP	Mesure de Stress Psychologique
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PERR	Posture, Effort, Répétitivité, Repos
POETE	Personnel, Organisation, Équipements, Tâches et Environnements
PII	Plan d'Intervention Individualisé

PNL	Programmation Neuro Linguistique
SST	Santé Sécurité au Travail
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
UQAM	Université du Québec À Montréal

INTRODUCTION

Les statistiques de Santé-Canada sur *"l'emploi et le revenu en perspective"* des soignants en 2001 (Statistiques Canada, Rapport sur la santé, 2004) mettent en évidence le vieillissement de la main d'œuvre, la baisse des inscriptions en sciences infirmières depuis 15 ans et les compressions budgétaires persistantes dans le système de santé québécois. Elles précisent que, d'une part les jeunes ont tendance à quitter le Canada pour exercer leur métier ou à se tourner vers d'autres professions et d'autre part les soignants s'absentent de plus en plus à cause du stress constant et progressif, qui affecte leur bien-être physique et psychologique.

Dans le contexte de la région Abitibi-Témiscamingue (A.T.), à la restriction (budgétaire et humaine) et au vieillissement de la population (patients et soignants) s'ajoutent une persistance des blessures au dos (statistiques d'accidents, CSST, 1995 à 2004) et une croissance des arrêts de travail pour causes psychologiques (statistiques internes, CSSS en A.T., 1995 à 2003). Par conséquent, une étude de la situation de travail des soignants, par le biais d'une enquête, a été menée dans les Centres Hospitaliers de Séjours de Longue Durée (CHSLD) de la région A.T., là où les difficultés semblent les plus criantes. Cette recherche globale se devait d'être quantitative et qualitative à la fois pour comprendre et documenter les difficultés générales et spécifiques des soignants dans ce milieu particulier.

1 LES BESOINS EXPRIMÉS LORS DE L'INVESTIGATION PRÉLIMINAIRE

Pour préparer cette enquête, une investigation préliminaire a été réalisée auprès des cinq CHSLD de la région A.T. Elle a permis, en deux "tours de piste", de communiquer avec une cinquantaine de personnes (cadres, médecins, syndicats, soignants). Le contexte présent du travail a été expliqué ainsi que le contexte historique et politique sur lequel il s'appuie. Alors, la problématique prioritaire a été ciblée et les objectifs des différents acteurs du milieu dégagés.

1.1 L'investigation préliminaire en "deux tours de piste" (2003/2005)

En 2003, un premier "tour de piste" des hôpitaux en A.T. réalisée par la chercheuse auprès des cadres des ressources humaines et de santé-sécurité au travail a permis d'identifier les besoins des CHSLD et de cibler la manutention de patients, comme tâche problématique persistante pour les soignants. Le besoin de comprendre la prévalence des maux de dos malgré l'introduction progressive d'équipements d'aide à la manutention était exprimé. Une approche informelle des infirmières de la région dénonçait plutôt la fatigue par surcharge croissante de travail, surtout depuis les fusions hospitalières de 1995 et de 2003. Le sentiment d'en *"avoir plein le dos"* dominait celui d'avoir *"mal au dos"*, et une méfiance face à la recherche, à l'université et aux chercheurs en général était présente.

En 2004/2005, "un deuxième tour de piste" des CHSLD en A.T. a cherché à

documenter le contexte historique des soignants en région et le contexte politique des deux fusions hospitalières. Le projet de recherche, une fois accepté par le comité d'évaluation de l'UQAM en mai 2005, fut discuté par les comités d'éthique existants dans certains des hôpitaux régionaux. Le moment était jugé mal choisi par les cadres dont le temps était occupé à mettre en place les changements, suite à la deuxième fusion. Les syndicats rencontrés accusaient les directions d'être responsables de la dégradation des conditions de travail et exprimaient un doute au sujet de la neutralité et de l'éthique des chercheurs de l'UQAT (antécédent fâcheux ayant porté préjudice à quelques soignants des CHSLD en A.T.). Les soignants en mode de survie disaient rassembler leurs dernières forces pour le travail et de manquer de temps pour participer à une recherche. En fait, les tensions entre les parties étaient si fortes que l'affrontement des uns et la fuite des autres confirmait la situation de crise. Au manque de personnel dit habituel s'ajoutait alors un manque supplémentaire de cadres et de soignants.

1.2 La problématique initiale et l'orientation de la recherche

A la problématique générale des soignants hospitaliers dégagée lors du premier "tour de piste" s'ajoute une problématique spécifique en région A.T., approfondie lors du deuxième "tour de piste" de l'investigation préliminaire (démarche expliquée dans la méthodologie). En effet, les cadres sont d'abord préoccupés par la croissance de la population en perte d'autonomie et la pénurie de soignants. Ils cherchent des solutions urgentes pour sauver le système de santé. La persistance des blessures au dos des soignants et l'augmentation des arrêts de travail des soignants pour maladie psychologique sont deux réalités, mises en évidence par les statistiques internes des CHSLD en A.T., qui interrogent les cadres en ressources humaines. En effet, les arrêts de travail (accidents et maladies) concernent environ 45% des soignants des CHSLD en A.T au cours de l'année écoulée, alors que la moyenne statistique canadienne en CHSLD est de 41%. L'importance d'en comprendre les causes pour y remédier les motive. De leur côté, des soignants, au cours de rencontres informelles, expriment d'abord leur perception d'avoir dépassé le seuil de tolérance à la douleur (perception physique) et à la souffrance (perception psychologique), puis ils se disent en état de survie individuelle pour durer dans le métier. La particularité régionale de l'A.T. est son contexte historique qui influence le vécu des soignants dans le contexte politique. Certains soignants, comme les cadres et les syndicats, disent ne pas se reconnaître pleinement dans les profils dégagés généralement des rapports de Santé-Canada, qui sous-tendent des choix et des décisions du gouvernement québécois.

Par conséquent, cette étude cherche à évaluer l'ampleur des maux de dos (douleur) en manutention de patients et du "en avoir plein le dos" (souffrance) en lien avec la dégradation générale des conditions de travail.

2 LE CONTEXTE DES SOIGNANTS EN RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

2.1 **Le contexte historique d'une région dite éloignée** (suite à un entretien avec un professeur d'histoire)

Pour comprendre le contexte des soignants en Abitibi-Témiscamingue, il semblait intéressant de documenter le contexte historique particulier de cette région dite éloignée. La rencontre avec un professeur d'histoire régionale a permis de recueillir des informations qui sont résumées dans cet alinéa.

Au Québec, les familles furent encouragées à avoir de nombreux enfants pour peupler la province de francophones et ainsi continuer à exister face aux anglophones. La misère des familles lors de la crise économique de la fin des années vingt fut donc ressentie plus durement par les francophones. Le plan Vautrin (1934-1936) encouragea alors la colonisation des régions, à l'ouest de la province du Québec, en faisant miroiter la perspective d'avoir des terres et de pouvoir travailler dans le bois ou la prospection minière. L'Abitibi-Témiscamingue est issue de cette colonisation récente (moins de 100 ans), c'est une région éloignée où tout était à défricher et à construire. Les premières soignantes, accompagnant les familles de colons dans cette aventure, furent appelées *garde-malades* et avaient beaucoup de responsabilités et de compétences. Elles étaient souvent seules à veiller sur la santé de tous et à tenir dispensaire.

Lors de la création du premier hôpital dans le village minier de Noranda (1926), une solidarité liée au contexte difficile s'est créée entre les soignantes hospitalières et les gardes de toute la région, qui ont donné beaucoup de leur temps pour répondre aux exigences de la tâche dans des conditions pénibles. Le soutien psycho-social reste une donnée présente en région, comme le montreront les résultats de cette étude.

Après avoir participé à la survie d'une communauté (palliatif) en répondant à leur besoin primaire de santé, les soignantes assuraient la sécurité sanitaire des familles (préventif), exerçant leur métier au service de la population. Le sentiment d'appartenance régional se doubla alors d'un sentiment d'appartenance à un hôpital, par l'influence croissante des syndicats, et à un métier, par la création de l'Ordre des infirmières du Québec (1974). Le sens du service et le sentiment d'appartenance persistent encore fortement en région, selon le témoignage des soignants

A partir des années quatre vingt, le développement économique de la région (mines et foresterie, administration et université) et la dénatalité (baisse de l'attachement à la religion et prise de la pilule anticonceptionnelle), déplaça les priorités de la population vers des besoins secondaires (reconnaissance, développement personnel). Pendant ce temps, les soignants perdent peu à peu leurs acquis syndicaux dans une société en plein changements, où l'économie des marchés est une priorité sur l'économie humaine. Le sens du travail et sa place dans la vie des soignants a alors évolué avec la société, comme nous le verrons dans cette étude.

2.2 Le contexte politique présent des soignants en région A.T.

La région A.T. a vécu les changements de l'organisation du travail à travers deux fusions hospitalières (1995/2003) d'une façon particulière, grâce à l'entraide et au sens du service, au sentiment d'appartenance et au sens du travail, issus du contexte historique, comme nous venons de le voir. En effet, malgré le contexte difficile du travail dans une région de colonisation récente, tout le monde se connaît et investit ensemble du temps au travail, valorise l'effort physique important dans une région d'économie primaire. De plus, les directions des hôpitaux de l'A.T. expriment le besoin d'être de bons élèves et de suivre les consignes gouvernementales à la lettre, pour respecter les objectifs au plus près. En effet, l'habitude de l'obéissance aveugle "du petit pain" est reconnue par tous en région, suite au pouvoir exercé initialement par les anglophones venus de l'Ontario sur les francophones de l'Abitibi. A cela, les cadres hospitaliers rencontrés ajoutent que de par l'éloignement des grands centres urbains, ils ont peur de se faire oubliés et se doivent d'être les meilleurs.

Le virage ambulatoire (1996) donnait la priorité aux soins à domicile, pour faire face aux manques de soignants et de budget santé. Alors, un regroupement des instances hospitalières en un *"mariage forcé"* a constitué la première fusion et créé les CHSLD. Le nombre de lits hospitaliers a été réduit et les personnes autonomes ramenées à domicile, avec une prise en charge du CLSC. Les soignants les plus âgés ont eu alors à choisir entre une retraite anticipée et une formation pour apprendre de nouvelles tâches et technologies. Il en a résulté un départ massif des soignants d'expérience, qui a surpris le gouvernement et créé une pénurie de soignants, s'aggravant avec le temps.

La fusion administrative (2003) entre les hôpitaux généraux et les CHSLD, selon la loi 25, redistribuait les cadres et modifiait les statuts. Les représentations syndicales étaient réduites pour appliquer la loi 30 et les tâches déléguées entre les soignants étaient légalisées par la loi 90 sur le code des professions. Un *"Plan d'Organisation du Travail"* a été construit à partir des consignes gouvernementales par les cadres formés à cet effet. Il proposait des programmes autour des objectifs communs, particulièrement de celui de qualité des services. Il instaurait la polyvalence et la mobilité des soignants, réactivait la politique de *Milieu de vie* et introduisait le concept d'*Humanitude*. Comme nous le comprendrons dans cette étude, le contexte politique a des conséquences sur les conditions de travail que nous étudierons "du global aux détails" en fonction des objectifs de la recherche.

3 DES OBJECTIFS DU MILIEU AUX OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans ce contexte historique et politique, l'objectif commun des cadres de direction et des soignants des CHSLD en A.T. est le "rester au travail", malgré les difficultés présentes. L'objectif particulier des cadres est de pouvoir gérer l'organisation du travail, malgré les restrictions budgétaires et humaines. Celui des soignants est de gérer les activités de travail, malgré la douleur (physique) et la souffrance (psychologique).

Par conséquent, l'objectif général de cette enquête s'intéresse au "rester au travail" des soignants, malgré la douleur et la souffrance éventuelles. Nous savons que les maux de dos chez les soignants persistent (statistiques CSST et statistiques internes des CHSLD en A.T.) malgré la formation aux techniques de manutention de patients par le PDSB (ASSTSAS, 1999, 2004) et l'introduction des lits électriques et des lève-personne sur rails depuis 1995 (Villeneuve, 1990, 1994). Nous savons que les déterminants et facteurs aggravants des maux de dos ont été traquées dans de nombreuses études et certains d'entre eux retenus dans les Rapports sur la santé de Santé-Canada (Pérez, 2000; Shields, 1999, 2002, 2004, 2006). Alors, cette enquête se propose d'approfondir les déterminants et facteurs aggravants des maux de dos qui se révèleront les plus pertinents dans ce milieu. L'objectif général de cette recherche est donc de mieux comprendre comment la persistance *"des maux de dos"* (douleur) pourrait être expliquée par la croissance du *"en avoir plein le dos"* (souffrance). L'objectif particulier innove lorsqu'il associe une approche ergonomique de la situation de travail à une approche globale de la douleur (physique, émotionnelle et comportementale). Il demande l'élaboration ou l'utilisation de certains outils spécifiques.

Ce mémoire de maîtrise en kinanthropologie (UQAM) présente dans le chapitre I la revue de littérature puis les objectifs et les hypothèses de recherche en fonction de la problématique du milieu, et dans le chapitre II le protocole de la recherche. Les résultats de la recherche sont présentés au chapitre III du global aux détails, à travers chaque étape du protocole de recherche, pour soutenir les hypothèses de recherche. Ces résultats sur les difficultés des soignants au travail sont regroupés par thèmes. En III.1, nous avons les résultats sur le contexte du travail à partir du contexte historique et politique, la politique de *Milieu de vie* et le concept d'*Humanitude,* les caractéristiques de la population et de l'échantillon. En III.2, nous avons les résultats sur les difficultés générales de l'activité de travail et en III.3, les résultats sur les difficultés physiques de la manutention de patients et de l'application du PDSB. En III.4, nous avons les résultats sur la douleur et en III.5, sur la souffrance au travail, notamment celles sur le stress. En III.6, nous complétons les résultats sur les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants, sur les difficultés de l'organisation du travail, des équipements et de l'environnement physique du travail. Le chapitre IV est celui de la discussion, suivi par une conclusion.

CHAPITRE I

Revue de littérature

Objectifs et hypothèses de recherche

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature sert de support à cette étude qui s'intéresse aux difficultés des soignants à rester au travail, dans le contexte historique particulier de la région Abitibi-Témiscamingue (colonisation récente) et dans le contexte politique de deux fusions hospitalières (1995, 2003) suivies de deux vagues de changements divers. Elle appuie cette étude de la situation de travail des soignants ayant subi des changements récents d'organisation du travail dans les CHSLD (Centres Hospitaliers de Soins de Longue Durée), en fonction de la douleur et de la souffrance.

Dans ce paragraphe, différents modèles et outils de recherche sont présentés, ainsi que des résultats de recherche pouvant supporter cette étude. Le modèle de Maslow, qui explique l'évolution socioprofessionnelle en fonction de la hiérarchie des besoins, donne des repères pour comprendre le contexte historique et politique de cette étude en région A.T. Aux modèles habituels de l'approche ergonomique de la situation de travail, appliquées aux soignants hospitaliers, s'ajoute ceux de la douleur (Loeser, 1980) et de la souffrance, principalement sous forme de stress (Karasek, 1998). Les travaux de l'ASSTSAS et les Statistiques de Santé Canada mettent en évidence les variables et les déterminants des difficultés des soignants "à rester au travail" dans les CHSLD.

1.1 Le modèle de Maslow appliqué à l'évolution socio-professionnelle

Abraham Maslow (1908/1970) est un psychologue américain fondateur de la psychologie humaniste. Il a cherché à établir une théorie générale des besoins pour expliquer la motivation, ouvrant ainsi la voie à une série d'expériences et de progrès en psychologie du travail. Cette théorie classe, en fonction des urgences relatives à la survie des personnes, les besoins vitaux en cinq niveaux : physiologiques, de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime de soi et d'accomplissement personnel. Élaborée entre 1954 et 1968, cette hiérarchie des besoins montre que la nature des motivations change en fonction des moments de la vie et du processus d'évolution des personnes et des systèmes. Les collègues de Maslow à l'*University of Southern of California* (USA) disaient de lui qu'il "écrivait l'histoire en réinventant la psychologie", à la suite de Freud, Adler et Jung. Ils le voyaient comme un innovateur, capable d'expliquer l'évolution de la société en général et les processus du développement personnel, mais aussi les interactions dans les groupes professionnels reconnaissant que la motivation au travail n'est pas qu'économique. Maslow a laissé plusieurs livres de références pour la psychologie moderne – "Vers une psychologie de l'être" (*Motivation and Personality*, 1956; traduit en français en 2008) qui traite des interactions entre la personne et la société – "Devenir le meilleur de soi-même" (1962; traduit en français en 2002) qui donne à l'homme la propriété de son potentiel humain pour éviter que cela lui soit usurpé par les institutions – et le dernier "La psychologie de la science" où il fait une investigation scientifique des problèmes personnels à la recherche de solutions viables.

La hiérarchie des besoins psychosociaux, communément appelée "pyramide de

Maslow" est présentée en figure 1. Les besoins physiologiques sont ceux qui demandent d'avoir un toit, de la nourriture et du sommeil, de la sexualité et une intégrité corporelle. Les besoins de sécurité sont ceux qui demandent de pouvoir vivre dans "un monde prévisible et ordonné, sans danger, fiable, juste et cohérent". Les besoins d'appartenance et d'amour sont ceux qui poussent les personnes à se socialiser, à rechercher l'amitié et l'amour des autres. Les besoins d'estime de soi sont portés par les désirs de force, de maîtrise de soi, de compétence, de confiance, d'indépendance, de liberté, de réputation et de prestige. Les besoins de réalisation de soi arrivent lorsque la personne est capable de se socialiser sans perdre son intégrité ou son indépendance; ils demandent alors d'utiliser pleinement les talents et les capacités de l'être pour transcender l'humain en soi.

Figure 1 : Pyramide de la hiérarchie des besoins psychosociaux

Pour les uns, la théorie de Maslow appliquée au monde du travail gardent toute sa pertinence encore aujourd'hui, alors que pour les autres les nombreuses autres théories sur les besoins et la motivation au travail qui ont suivi soulignent la complexité du sujet.

En effet, nous pouvons penser que l'être humain peut chercher à satisfaire des besoins d'ordre supérieur (3-4-5, figure 1) avant ceux de base (1-2, figure 1), que sauter un niveau dans un contexte particulier soit possible et qu'inverser l'ordre de certains besoins puisse être un choix personnel. A cette hiérarchie initiale des besoins a été ajoutée, par les techniques de développement personnel, les besoins de savoir et de comprendre, de beauté et d'esthétique dans l'environnement, de transcendance et de spiritualité. De nombreux scientifiques ont étudié les limites de cette hiérarchie des besoins en distinguant notamment la notion de besoins (inconscients exprimés en réflexes de lutte ou de fuite) de celle de désirs (conscients exprimés en mots ou en actions), pour atteindre la satisfaction. Parmi eux, Lecomte s'est intéressé, en neuropsychologie positive, aux motivations individuelles en fonction de la conduite d'apprentissage, de la compétitivité et des activités collectives, au développement de la synergie d'équipe en fonction de l'environnement et du contexte de travail (Lecomte, 1997). De son côté, Delacour s'est intéressé, en neurobiologie, aux "états de vigilance et de motivation, mis en jeu par les

comportements orientés vers un but" (Delacour, 1998). Selon la "Sociologie des organisations" il est reconnu actuellement que : - la motivation n'est ni un trait de personnalité ni la résultante d'une politique de gestion d'entreprise - la motivation est un processus qui se construit en permanence et en s'adaptant aux changements, avec des interactions entre les besoins, les valeurs et les contraintes – aucun modèle n'est pleinement satisfaisant et aucune méthode de motivation n'est universelle (Foudriat, 2007).

1.2 L'approche ergonomique de la situation de travail, par la douleur et la souffrance

L'approche ergonomique de la situation de travail tient compte de la problématique présente du vieillissement de la population, aggravant la perte d'autonomie des patients et le manque de capacité des soignants, particulièrement à cause de maux de dos (douleur) et de stress (souffrance).

1.2.1 La prévalence des maux de dos

La prévalence des maux de dos chez les soignants est mise en évidence dans certains pays depuis plusieurs années (Baril-Gingras, 1996; Owen, 2000, Pheasant et Stubbs, 1992). La progression jusqu'en 2000 est soulignée, bien que variable selon les études (Conne-Perréard et coll. 2000; Leighton et Reilly, 1995; Owen, 2000; Smedley et coll. 1995, 1998). Néanmoins, les résultats sont difficiles à comparer puisque la limite anatomique du dos semble variable selon les auteurs. Certains d'entre eux excluent le cou et d'autres incluent les épaules. Au niveau anatomique, le dos est centré par la colonne vertébrale, avec une partie cervicale dans le cou, une partie dorsale structurée par les omoplates et excluant les épaules, une partie lombaire excluant le sacrum sur lequel elle s'articule.

Les maux de dos des soignants en gériatrie sont les plus étudiés (Charney, 1998; Cohen-Mansfield et coll. 1996; Hui et coll. 2001; Johnson et al. 2002; OSHA, 1998; Saint-Vincent, 1995) parce qu'en tête des services incriminés (Burton et coll. 1997) pour l'importance de la manutention de patients. Les femmes sont les plus touchées (Ahthoffetal, 1992 cité par Josephson et coll. 1997, 1999; Lusk, 1997) et la zone lombaire la plus à risque (Ahlberg et coll. 1995; Burton et coll. 1997; Cooper et coll. 1996; De Looze et coll. 1998; Langerström et coll. 1998; Marras et coll. 1999; Smedley et coll. 1995, 1998; Truchon et Fillion, 2000).

Cette dominance des maux de dos sur les autres localisations de la douleur est toujours d'actualité, mais il n'y a plus à l'heure actuelle de prévalence des TMS sur les maladies mentales. En effet, les arrêts de travail pour causes de santé mentale (souffrances) représentent moins de personnes, mais plus de jours que ceux pour TMS (douleurs) : 76% d'arrêts pour causes mentales contre 65% d'arrêts pour causes physiques en courte durée, 81% d'arrêts pour causes mentales contre 54% d'arrêts pour causes physiques en service de longue durée, au Canada (Actualité Médicale du 16 nov. 2005, p 8). Au niveau du personnel infirmier, 48% ont eu un arrêt

de travail l'année précédente, toutes causes et service hospitaliers confondus, au Canada (Statistiques Canada, 2005).

Au point de départ, les travaux de deux organismes ont particulièrement retenu l'attention pour supporter la revue de littérature. Il s'agissait d'abord du Rapport sur la santé de la population canadienne (Statistiques Canada, Santé-Canada, 2001) utilisant un support inspiré du questionnaire scandinave sur la douleur (Kuorinka et coll., 1994) et du Job Content Questionnaire sur le stress (Karasek et coll., 1990). Les articles de Pérez (2000) et de Shields (1999, 2002, 2004, 2006) pour Santé-Canada portant sur les personnes au travail ont commencé à cibler la problématique des maux de dos en lien avec le stress et l'organisation horaire du travail. Il s'agissait ensuite des études de l'ASSTSAS analysant la situation de travail des soignants avec le modèle POETE (Pérusse, 1995) : Personne, Organisation, Équipement, Tâche et Environnement. Le facteur temps a été ajouté à ce modèle pour appliquer la technique de travail PDSB (Principe de Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires) dans le respect de la santé et de la sécurité des soignants, notamment dans les CHSLD (Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée). Les travaux pour l'ASSTSAS de Villeneuve et coll. (1990, 1994,1996, 1997, 2006) sur la chambre hospitalière et sur les équipements d'aide à la manutention, ainsi que ceux de Bigaouette (2001) sur les émotions ont précisé la problématique.

1.2.2 Les statistiques de Santé Canada au sujet des maux de dos

Le rapport annuel de 2001 sur *"La santé à prendre ou à laisser"* souligne que certaines professions, dont celle de soignants, sont plus exigeantes physiquement que d'autres (Statistiques Canada, Santé-Canada, 2001). Les problèmes chroniques de santé sont dits alors favorisés, par un indice de masse corporelle (IMC) élevé, le tabac et l'inactivité physique. Ce rapport avance que la perception de l'importance des exigences physiques augmente avec l'âge, surtout chez la femme qui ajoute à ses activités professionnelles des tâches ménagères (fatigue). Les maux de dos chroniques, d'origine articulaire ou discale, concernent donc particulièrement les femmes les plus âgées. Les maux de dos aigus, d'origine musculaire, concernent par contre plus les jeunes femmes, avec des enfants en bas âge (Tremblay, 2004). En effet, les blessures diminuent avec l'âge, surtout chez l'homme plus susceptible que la femme à se blesser au travail lorsqu'il est jeune (chuter, heurté par). Dans ce rapport sur la santé, la comparaison entre les hommes et les femmes est faite en général bien que l'Enquête nationale regroupe ses résultats par catégories de métier.

Les statistiques de Santé Canada évaluent les *"Travailleurs et les maux de dos chroniques"* (Pérez, 2000). En 1994/1995, les dorsalgies chroniques touchaient 8,6% des hommes contre 9,2% des femmes, plus particulièrement les personnes âgées de 40 à 49 ans. En 1996/1997, 13,6% de la population étaient atteint de maux de dos chroniques, ce qui souligne une augmentation notoire. Alors, des limitations fonctionnelles concernaient 39% des personnes ayant des maux de dos et seulement 13% de celles qui n'en avaient pas. Entre 1994/1995 et 1996/1997, parmi les personnes qui déclaraient que leur travail exigeait un effort intense, 10% sont

devenus souffrants de maux de dos chroniques (un effort normal, 11%) contre 7% pour lesquelles l'effort physique était faible. L'effort physique intense peut donc augmenter la douleur du dos. Bien que la perception du niveau d'effort varie d'une personne à l'autre, ceux qui ont des maux de dos jugent plus intense l'effort physique demandé que les autres. Ils peuvent surestimer l'effort nécessaire ou faire plus d'effort que ceux qui n'ont pas de maux de dos. Ce même rapport établit un lien significatif entre l'usage du tabac et les maux de dos chroniques : 11 % des fumeurs ont une dorsalgie chronique contre 8% des non-fumeurs. Par contre, aucun lien significatif n'a été trouvé entre la dorsalgie chronique et la consommation d'alcool ou l'activité physique de loisirs. Bien que les maux chroniques de dos soient liés d'une façon significative aux blessures du dos et aux antécédents de maux de dos, le stress chronique ajoute de la douleur à la douleur, selon l'auteur de cette étude.

Un rapport de Santé-Canada sur le *''Travail par quart''* (Shields, 2002) met en évidence la répercussion physique sur les travailleurs, notamment sous forme de maux de dos. En 2000/2001 ce sont 30% des hommes et 26% des femmes qui sont concernés par ces horaires en alternance (jour, soir, nuit), surtout les plus jeunes puisque l'ancienneté favorise le choix des horaires de travail. Comme les habitudes de vie quotidienne sont alors perturbées (sommeil, alimentation), l'excès de poids est plus fréquent que chez les travailleurs ayant des horaires normaux et fixes. Les exigences physiques sont dites significativement plus fortes pour le quart de soirée (rotatif ou irrégulier) que pour les autres.

Un article sur *''Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées''* (Martel et coll, 2002) explique l'importance des exigences physiques sur les soignants dans les CHSLD en régions éloignées pour deux raisons principales. La première est le manque d'accès aux services de santé physique, ce qui aggrave des symptômes invalidants. La seconde parle de l'autonomie des personnes âgées limitée par le manque d'activités physiques, ce qui joue un rôle sur la santé physique et sur la prise de poids.

1.2.3 Les statistiques de Santé Canada au sujet de la souffrance au travail

Les statistiques de Santé Canada s'appuient sur le modèle de Karasek pour évaluer *''Le stress au travail et la santé''* dans le milieu infirmier et enseignant (Wilkins et Beaudet, 1998). Les auteures démontrent d'une part que la *cote de stress* est élevée à cause des exigences physiques importantes, particulièrement chez les hommes. Elles soulignent d'autre part que le sentiment de détresse est plus important chez les femmes que chez les hommes, lorsque les exigences du travail sont fortes et la latitude décisionnelle faible. Pour les femmes, une relation significative entre les tensions et contraintes au travail (exigences psychologiques) et les blessures liées au travail sont dites significatives. Pour les femmes, un faible soutien des collègues est associé au sentiment de détresse et à un risque plus élevé de blessures au travail.
Un rapport de Santé-Canada sur *''la santé et les longues heures de travail''* (Shields, 1999) précisent le lien existant entre la personne et son temps de travail. Les longues

heures de travail associées à des tensions au travail sont responsables d'une accumulation de fatigue et d'une propension à l'obésité. De plus, elles entraînent des modifications d'hygiène de vie suite à la diminution de l'activité physique de loisirs, et augmentent le sentiment de stress au travail.

Un rapport de Santé-Canada sur *''le stress et la dépression''* (Shields, 2006) reconnaît que les emplois les plus stressants sont ceux imposant de fortes tensions et contraintes, là où les travailleurs ont peu d'occasions d'utiliser leurs compétences et de prendre des décisions, là où un manque de soutien des surveillants et des collègues existent. Ce rapport confirme donc les résultats de nombreuses études faites sur le modèle Karasek. Selon ce rapport, les femmes sont dites plus sensibles à des exigences psychologiques élevées et à une latitude de décision faible que les hommes, bien qu'exerçant le même métier. Pour les femmes, en 2002, les exigences de leur emploi (tensions et contraintes de travail) les privent de la liberté de prendre des décisions ou d'utiliser leurs compétences, en général.

Les statistiques de Santé-Canada évaluent les *''Travailleurs et les maux de dos chroniques''* (Pérez, 2000) et démontrent que certains facteurs psychosociaux jouent un rôle dans les troubles musculo-squelettiques. Elles indiquent que la demande psychologique peut accroître la tension musculaire et qu'un faible soutien émotionnel au travail peut favoriser les maux de dos. Par contre, aucun lien significatif n'est retrouvé entre le manque de latitude décisionnel et les maux de dos chroniques. L'auteur souligne que l'effort physique qu'exige la tâche et les différentes formes de stress devraient toujours faire partie intégrante des recherches de lien entre les maux de dos chroniques et les facteurs psychosociaux au travail.

Un rapport de Santé-Canada sur le *''Travail par quart''* (Shields, 2002) met en évidence sa répercussion psychologique sur les maladies chroniques, notamment les maux de dos. Ce travail en alternance des horaires (jour, soir, nuit) est une exigence du métier mais n'est pas généralement un choix des travailleurs. Il est à l'origine d'une perturbation des rythmes circadiens (sommeils, secrétions hormonales) et de l'hygiène de vie (tabac, café, alcool), d'où une augmentation du stress personnel et du risque de problème de santé mentale (Rapport annuel 1994/1995). C'est particulièrement les problèmes de sommeil et l'usage du tabac qui ont une répercussion significative sur la santé mentale. Ce rapport précise aussi que le manque de soutien des collègues est plus important en quart rotatif chez les femmes que chez les hommes. De même, la menace de perte d'emploi s'exerce plus sur les femmes que sur les hommes, pour le quart rotatif ou irrégulier. Ceux qui ne s'adaptent pas quittent leur travail, commente l'auteure. Il existe donc un ''effet de survivant en bonne santé'' qui restent au travail. La détresse psychologique, comme les problèmes chroniques de santé, ont augmenté entre le Rapport annuel Santé-Canada de 1994/1995 et celui de 1998/1999, surtout pour les travailleurs par quart. En effet, le travail par quarts exerce une pression sur la vie de famille et par conséquent augmente le stress personnel (problèmes d'intimité, sentiment de non contrôle de sa vie) et le manque de soutien social.

Un article sur *''Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées''* (Martel et coll., 2002) explique l'importance des exigences psychologiques sur les soignants dans les CHSLD en régions éloignées. La dépendance des personnes âgées est plus importante qu'ailleurs pour trois raisons principales. La première est le faible niveau de scolarité des patients qui favorise la limitation de l'activité mentale et les pertes cognitives (maladie Alzeimer et démences). La seconde est la limitation des activités physiques, qui joue un rôle sur la santé mentale. La troisième est le manque d'accès aux services de santé mentale qui aggrave des symptômes invalidants.

Un rapport sur le *''Stress personnel, santé et bienfaits du soutien social''* (Shields, 2004) explique que le stress peut susciter des émotions et influencer l'apparition et la progression de certaines maladies physiques et psychologiques. Il se conjugue à des demandes importantes et à la réduction du soutien perçu. Tout changement peut également être une source de stress, surtout des changements négatifs qui sont impossibles à contrôler. Les femmes semblent particulièrement vulnérables au stress, stress qui diminue avec l'âge et la maturité, stress plus élevé chez les personnes dont le statut socioéconomique et niveau d'instruction sont faibles. Au niveau statistique, 20% des personnes stressées ont des maux de dos.

1.2.4 Les travaux ergonomiques de l'ASSTSAS

L'ASSTSAS est la première association paritaire créée après la Loi sur la santé et la sécurité au travail, en 1979. Elle œuvre en prévention de la santé et de la sécurité des travailleurs dans le milieu de la santé et des services sociaux au Québec. Dans un objectif de prévention des blessures musculo-squelettiques des soignants lors de la manutention de patients, elle élabore une technique manuelle codifiée appelée PDSB (Principe de Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires, 1988). Cette technique de manutention de patients évolue au fil des recherches et intègre les principes de l'ergonomie pour la manutention manuelle (PDSB, 1991), les règles d'utilisation des lits électriques et les lève-personnes (PDSB, 1995) et l'approche de la situation de travail (PDSB, 1999). En effet, ses nombreux travaux ont abouti à l'élaboration d'un *''Guide pour l'aménagement des unités prothétiques fermés des CHSLD''* qui définit les 8 principes d'aménagements du *''Milieu de vie''* (Villeneuve, 1994). Les travaux sur les équipements cherchaient à diminuer les lésions musculo-squelettiques des soignants, en introduisant des lits électriques et des lève-personnes sur rails dans les unités les plus à risque dès 1995 (Villeneuve, 1996). *''La chambre, milieu de vie et lieu de travail''* est repensée en fonction de ces nouveaux équipements, et en termes d'espace (Villeneuve, 1996).

L'ASSTSAS forme ses formateurs au PDSB et tente de persuader les organisations de leur rôle à jouer dans la modification des modes d'intervention des soignants, pour prévenir les blessures musculo-squelettiques. En effet, *''Implanter des milieux de vie prothétiques en CHSLD''* est un défi face aux patients âgés ayant des comportements agressifs et perturbateurs, affirme Ledoux (1999). Pour respecter la qualité des soins aux patients et le confort et la sécurité des soignants, les ergonomes de l'ASSTSAS proposent des changements dans l'intervention professionnelle. Pour aider les

soignants à gérer leurs émotions et à ajouter de l'*Humanitude* dans leur intervention auprès des personnes démentes, Bigaouette (2001) trouve souhaitable qu'ils comprennent le sens de leur travail. Néanmoins la formation est "difficile à ajuster à la réalité changeante du terrain" (Scorneau, 2001).

L'ASSTSAS donne donc des *"Conseils pour aider à intervenir dans les cas de crises de violence"* (2000), propose des formations sur la *"Prévention des comportements agressifs et perturbateurs"* (2003), ajoute un volet psycho-social au PDSB (2004) et forme des formateurs à *"L'approche relationnelle de soins"* (2007).

1.3 L'approche ergonomique de la situation de travail, par les modèles de recherche

Deux modèles ont structuré au départ la recherche du point de vue de l'analyse du travail :

- L'approche ergonomique de la situation de travail est une approche holistique qui cherche "à comprendre le travail pour le transformer" (Guérin et coll., 2001). Ce modèle récent a permis de raffiner la compréhension du travail et de ses contraintes et de créer une dynamique de recherche de solutions avec le milieu. Il est centrée sur l'activité réelle de travail qui est plus que la tâche prescrite par l'employeur, parce qu'elle doit tenir compte de facteurs internes (personnels) et externes (technique, organisation, environnement).

- Le modèle POETE (Pérusse, 1995) pour analyser la situation de travail "du global aux détails", modèle duquel s'est inspiré l'ASSTSAS pour améliorer la technique de manutention de patients codifiée par le PDSB. Le modèle PERR (Hansen, 1993) pour OSHA, analysant spécifiquement la technique de travail, est inclus dans le modèle POETE.

1.3.1 Une approche centrée sur l'activité de travail

Des modèles centrés sur les facteurs de risques sont souvent utilisés, modèles réducteurs parce qu'ils oublient que la personne au travail est au centre des préoccupations en ergonomie, parce qu'ils oublient que le travail réel est plus que le travail prescrit et que le contexte de travail est changeant. Au contraire, le modèle de Guérin (2001) "qui cherche à comprendre le travail pour le transformer" est une approche centrée sur l'activité de travail, des conditions du travail aux résultats du travail, des exigences aux contraintes du travail. La force de ce modèle en ergonomie est d'intégrer la personne au travail avec son histoire, son expérience et son fonctionnement, et de situer l'entreprise en fonction de la productivité et de l'objectif de qualité, des ressources financières et humaines, de la philosophie et de la politique du milieu, dans un contexte de transformations permanentes et de contradictions fréquentes.

Dans cette recherche pour la maîtrise, la chercheuse a suivi ce modèle holistique en commençant par une investigation préliminaire des besoins lors de rencontres avec les cadres hospitaliers sur le terrain, les syndicats et les infirmières à l'université. Une problématique et des objectifs communs ont alors émergé pour construire le protocole de recherche et sa méthodologie, en tenant compte de tous les acteurs (cadres, soignants, patients) et de toutes les dimensions de la situation de travail. L'activité de travail, vécue par les soignants dans le contexte de travail des CHSLD, a été décortiquée dans son déroulement, progressivement au fil des étapes de la recherche. Des comités de suivi de la recherche ont été mis en place, dans une démarche participative, pour confronter les points de vue différents des participants face aux données et aux résultats.

1.3.2 Le modèle POETE pour analyser la situation de travail

L'analyse ergonomique de la situation de travail dans les hôpitaux suit le modèle POETE initialisé par l'INRS (France) et proposé au Québec par Pérusse (1995), pour comprendre les différents facteurs intervenant dans l'activité de travail. Il s'agit d'évaluer les contraintes ou difficultés des soignants au travail, au niveau :

- *Personnel* (données anthropométriques, antécédents familiaux et médicaux, capacités fonctionnelles, hygiène de vie, histoire de la douleur et/ou de la souffrance)

- *Organisationnel* (contrat de travail, horaires, rythme de travail, conventions collectives, tâches prescrites, prises de décision, charges de travail, plans de travail)

- des *Équipements* (lits électriques, lève-personne, chariots de médicaments)

- de la *Tâche* (prescrite, réelle) et de la technique de travail (PDSB de l'ASSTSAS)

- de l'*Environnement* physique (lieu, aménagement, espace) et psychosocial (communications, relations, entente et soutien).

Dans ce modèle, l'analyse de la technique de travail se fait avec le PERR (Hansen, 1993; OSHA, 1998) couramment utilisé en ergonomie pour évaluer les risques musculo-squelettiques au travail : Posture, Effort, Répétitivité et Repos.

A ce modèle, le facteur temps a été ajouté plus récemment par l'ASSTSAS pour évaluer la situation de travail pour les soignants en manutention de patients (figure 2).

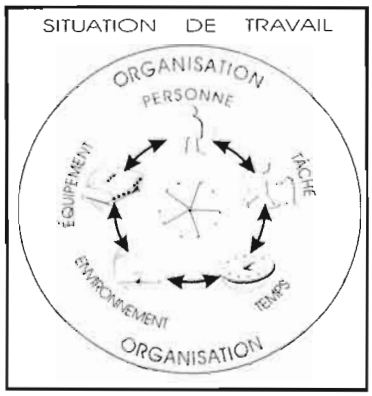


Figure 2 : Représentation schématique du support POETE d'analyse de la situation de travail, adapté par l'ASSTSAS dans le PDSB (1999)

La présentation des résultats de ce mémoire se fera sur la base de ce modèle en documentant les difficultés personnelles, organisationnelles, d'équipement, physique de la tâche selon la technique de travail, de l'Environnement physique et psychosocial. Le facteur temps sera traité dans l'organisation du travail, dont il a été extrait.

1.3.3 Le modèle PERR

Le modèle PERR (Hansen, 1993; OSHA, 1998) est un support classique en ergonomie pour évaluer les risques de développer des troubles musculo-squelettiques. Il permet d'analyser au niveau physique la technique de travail en fonction des facteurs de risques pour la santé, au niveau des Postures et des mouvements, de l'Effort et des charges, de la Répétitivité et du Repos (pauses et micro-pauses) (figure 3).

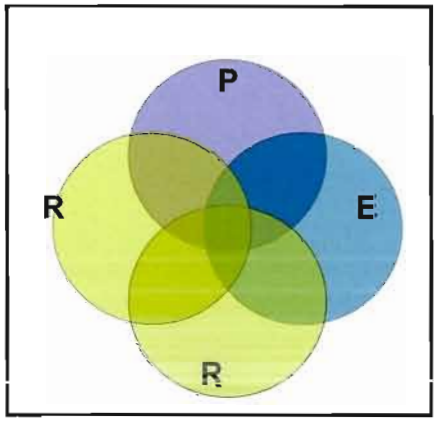


Figure 3 : Représentation schématique adaptée du PERR : P posture, E effort, R répétitivité, R repos (OSHA 1997)

Le modèle PERR cible les risques musculo-squelettiques et les difficultés à effectuer une tâche (Dessureault et coll. 1998; Fanello et coll. 1999; Forcier et coll. 1995; Kuorinka et coll. 1994; OSHA, 1993, 1998), c'est-à-dire les causes physiques de la douleur des travailleurs. En entretien, il sert de trame à la construction du cadre permettant de documenter les difficultés physiques de la technique de travail. Pour évaluer l'effort, l'échelle de Borg (0 à 10) est présentée au chapitre II (Borg, CR-10,1982). Elle a été fréquemment testée et utilisée dans la littérature, elle est dite fiable. La corrélation entre la sensation d'effort et la force réelle a été mise en évidence par Borg dès 1962, celle entre l'effort, la douleur et la consommation d'oxygène par Gamberale (1990), celle entre l'effort des infirmières et les maux de dos par Beynon (2001) et Granier (2001).

1.4 La douleur et ses composantes appliquées au travail

La douleur est un symptôme physique souvent présent lors d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elle est définie comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite comme telle» (IASP, 1979, 1982).

1.4.1 Le modèle circulaire de la douleur

La douleur, étudiée depuis une cinquantaine d'années, a été progressivement modélisée. La douleur et sa composante sensori-discriminative et émotivo-affective a été étudiée par des précurseurs, chercheurs à l'université Mc Gill à Montréal (Melzak et Wall, 1965; Melzack et Casey, 1968). Elle a été reconnue engendrer des difficultés musculo-squelettiques et psychologiques au travail pour les soignants (Forcier et coll. 2001), comme il sera expliqué dans la section suivante.

Le modèle circulaire de la douleur (Loeser, 1980; adapté par Marchand dès 1991 (Marchand, 1998) illustré par la figure 4, s'est appuyé sur la physiologie de la douleur (1 composante nociceptive), sur sa perception physique (2 composante sensori discriminative) et son impact émotionnel (3 composante émotivo-affective). L'ajout de la composante socio-comportementale de la douleur (4) qui inclut les croyances liées à la douleur est la plus récente. Ce modèle est la représentation la plus couramment acceptée dans les approches pluridisciplinaires des problématiques du travail (Granier et coll., 2001; Loisel et coll., 1996; Loisel et coll., 2001; Loisel, 2003; Scorneau et coll. 2001). L'interaction entre ces composantes est dite jouer un rôle important dans l'évolution des maux de dos (Coudeyre et coll. 2003; Waddell et coll. 1998) et engendrer des difficultés au travail pour les soignants (Forcier et coll., 2001).

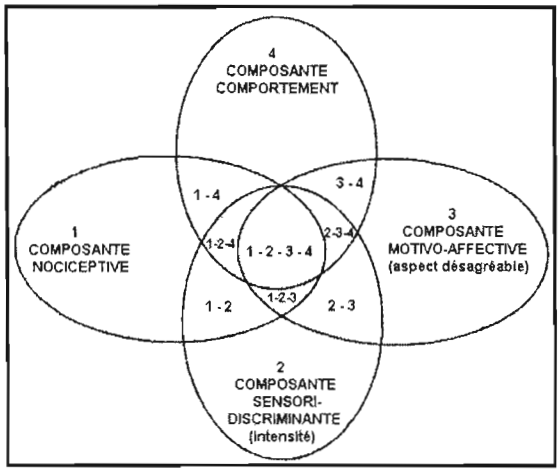


Figure 4 : Modèle circulaire de la douleur avec ses quatre composantes qui s'entrecroisent (Loeser, 1980; adapté par Marchand, 1998)

1.4.2 L'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur

Aux composantes physiologique (nociception, 1 de la figure 4) et physique (intensité, 2 de la figure 4) de la douleur s'ajoutent des composantes émotionnelles (inconfort, 3 de la figure 4) et psycho-sociales (comportement, 4 de la figure 4). Toutes ces composantes sont reconnues jouer un rôle important dans l'évolution des maux de dos (Coudeyre et coll. 2003; Waddell et coll. 1998).

La douleur est une perception interpersonnelle et intra-personnelle qui s'évalue donc en intensité (composante sensori-discriminante) et en aspect désagréable (composante émotivo-affective) par l'échelle visuelle analogique (EVA) entre 0 et 10 (Price, 1983). Cet outil d'évaluation, présenté au chapitre II et utilisé dans de nombreuses recherches, est dit fiable et fidèle. L'intensité de la douleur prédit le rester ou non au travail après blessure du dos, alors que le comportement face à la douleur ne le prédit pas (Truchon et Fillion, 2000)

1.4.3 Les comportements face à la douleur

Les comportements face à la douleur (4 de la figure 4) sont induits par le caractère déplaisant de la douleur (3 de la figure 4) et permettent de gérer toute situation d'urgence (Marchand, 1998). Ils sont décrits par trois réactions instinctives gérées par l'hypothalamus (amygdale) et initiés en recherche par le modèle d'adaptation de Selye (1975). Ce modèle était déjà la référence au Congrès International sur le Stress aux États-Unis (1988) et l'est encore à une conférence donnée pour le lancement du livre "Travailler sans y laisser sa peau" par le docteur Edmond au Québec (2003). Ces comportements sont étudiés, selon ce modèle, par de nombreux auteurs (Lethem et coll.1983; Schwartz et coll. 1985; Keefe et Williams, 1989) et

appliquées au monde du travail (Fleury, 2002; Coudeyre et coll. 2003; Edmond, 2003).

- *Lutte* (défense ou confrontation avec la douleur, soins au travail).

- *Fuite* (évitement par peur de la douleur, arrêt de travail, soins à la maison).

- *Immobilisme* (accompagnement psychologique de la douleur physique, mise hors circuit du travail pour longtemps, manque de soins).

Le comportement de *lutte* facilite le rester au travail, le comportement de *fuite* permet le retour au travail après arrêt, mais le comportement d'*immobilisme* laisse hors du circuit de travail, selon ce modèle présenté à la figure 5.

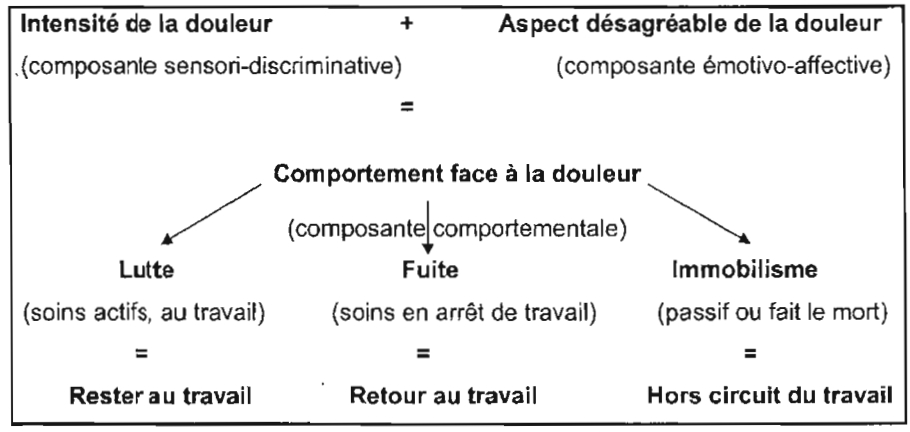


Figure 5 : Les composantes de la douleur et les comportements instinctifs rapprochés du travail (adaptée de Keefe et Williams, 1989; Edmond, 2003).

Contrairement à une croyance fréquente, la douleur n'est pas incompatible avec le *rester au travail* (Loisel et coll. 1996; Truchon et Fillion, 2000), dans un processus de soins actifs. Le comportement le moins favorable dans l'évolution des maux de dos est la fuite (évitement) lorsqu'elle retarde le «retour au travail», malgré des soins appropriés (Coudeyre et coll., 2003; Rose et coll., 1992; Truchon et Fillion, 2000). Seul le comportement dit d'*immobilisme* met les personnes souffrantes hors du circuit du travail, faute de soins. Le *"rester au travail avec des maux de dos"* dépend de l'intensité de la douleur et du comportement face à la douleur, qui interagissent dans toutes les activités physiques au travail et génèrent des incapacités (Fordyce, 1994; Kleberman, 1995; Ohlund, 1996; Truchon et Fillion, 2000).

Le modèle de Keefe et Williams, appliqué au monde du travail, ne tient pas compte des situations réelles et spécifiques du travail et des limites humaines à s'y adapter. Pour les soignants, nous pouvons supposer que le comportement de fuite, voire

d'immobilisme face à la douleur, est protecteur de la santé musculo-squelettique tant que les causes de leur douleur sont présentes dans le milieu du travail.

1.4.4 Les causes et les conséquences de la douleur au travail

Les causes de la douleur peuvent être personnelles et/ou professionnelles. Les causes personnels les plus étudiées dans la littérature sont l'usure musculo-squelettique (Lusk, 1997; Langerström, 1998), l'excès de poids (Smedley, 1995, 1998; Lagerström, 1998; Scorneau, 2001) et la variabilité des capacités innées de par la souplesse et l'habileté (Smedley, 1995, 1998), le tonus musculaire et la force (Truchon, 2000), l'endurance (Fleury, 2002). Le sexe féminin est dit prédire de façon variable le non retour au travail après lombalgie, alors que l'âge, le titre d'emploi et le niveau de scolarité sont significatifs (Truchon, 2000).

Les causes professionnelles de la douleur chez les soignants sont liées à l'activité de manutention de patients, dite la plus difficile (Gervais, 1987; Fanello, 1999; Saint-Vincent, 1995) et à l'origine de la plupart des accidents au dos. Elles sont étudiées dans la littérature selon la technique de travail, en termes de formation particulièrement difficile à ajuster à la réalité changeante du terrain (Scorneau, 2001) et d'entraînement physique du dos insuffisant ou inadéquat (Yassi, 1995). Les mauvaises habitudes de technique de travail sont difficiles à changer nous dit Edmond (2003) dans son livre intitulé "Travailler sans y laisser sa peau".

Les causes professionnelles de la douleur des soignants sont liées aux exigences physiques du travail, en fonction des efforts excessifs (Beynon, 2001; Braveman, 1999; De Looze, 1998; Engels, 1996; Fanello. 1999; Fragala, 1995; Gagnon et Loisel, 1998; Gonge, 2001; Isernhagen, 1999; Owen, 2000; Yassi, 1995) et de répétitivité (Fragala, 1995; Kuiper, 2002; Smedley, 1995, 1998) à laquelle s'ajoutent l'effort et une posture contraignante du tronc. C'est la flexion ou la torsion du dos (Engels, 1996; Gagnon, 1998; Smedley, 1995, 1998; Truchon, 2000) qui sont particulièrement ciblées dans la littérature en tant que mouvement musculo-squelettiques à risque d'accidents du travail.

Une analyse comparative des accidents de manutention en milieu hospitalier a été faite par Marie Saint-Vincent (1995) qui met aussi en évidence l'effort excessif comme facteur de risque musculo-squelettique : 45% des accidents sont *liés à l'effort,* 80% des accidents de manutention de patient occasionnent des blessures au dos. Ces accidents surviennent principalement lors de perte d'équilibre ou de chute d'un patient, *à retenir* (59% des cas) et/ou *à transférer* (45% des cas) par les soignants, préposés ou auxiliaires. Les causes des accidents sont *liées aux patients* (51% des cas) de par leur faiblesse, leur résistance, leur agitation ou des mouvements imprévus. Les causes des accidents sont *liées aux soignants* (49% des cas) en fonction du sexe (féminin), de l'ancienneté (moins de 10 ans) et de l'âge (moins de 40 ans). Après accident, les soignants les plus âgés s'absentent moins souvent mais plus longtemps. Les accidents en quart du soir sont moins nombreux que ceux en quart de jour, mais engendre plus d'absence, puisque la charge de

travail est plus élevée.

Étudier les causes professionnelles de la douleur par le biais de la technique de travail, des risques musculo-squelettiques et des facteurs liés au patient et aux soignants ne suffit pas. Les déterminants des lombalgies sont biopsychosociaux et ont mérité une recension des écrits par Truchon et Fillion (2000), dans le but de prévenir l'incapacité à travailler. Au niveau biologique la gravité des symptômes et des résultats des tests cliniques, et les antécédents de lombalgies ont été retenus. Notamment, la douleur prédit une incapacité variable au travail en fonction de la durée de la lombalgie et de son association ou non avec une détresse psychologique et des comportements négatifs face à la douleur. Au niveau psychosocial, la personnalité, l'anxiété, le stress lié à la monotonie au travail, à la cadence et au sentiment d'être incapable d'accomplir sa tâche, les relations conflictuelles avec les collègues, sont autant de facteurs déterminants de l'incapacité de travailler après une lombalgie. Au niveau cognitif, c'est l'incompréhension à l'égard de la lombalgie, l'attitude et les pensées négatives liées à la détérioration perçue de la santé, la croyance que l'on ne peut pas travailler avec de la douleur, qui sont significatifs.

Les causes professionnelles de la douleur chez les soignants sont également étudiées en fonction de l'organisation du travail, vue comme un déterminant des risques musculo-squelettiques. Il s'agit principalement de manque de personnel (Smedley, 1995, 1998; Lagerström,1998; Scorneau, 2001; Forcier, 2001; Fournier, 2002), de contrainte de temps (Smedley, 1995, 1998; Lagerström,1998; Truchon, 2000; Scorneau, 2001; Forcier, 2001; Fournier, 2002) et de surcharge de travail (Owen, 2000; Conne-Perréard, 2000; Kuiper, 2002; Fournier, 2002) qui favorisent les blessures au dos. Les statistiques de la CSST ne permettent pas de bien identifier les causes et les mécanismes des accidents au dos, elles s'intéressent surtout aux circonstances et au mode des accidents (chuter, heurté par). Faute de compréhension de la douleur, les causes professionnelles sont donc souvent ignorées et la prévention mal orientée.

Les conséquences de la douleur les plus étudiées sont l'absentéisme, en fonction de l'intensité de la douleur et de la douleur aiguë (Linton, 2000; Truchon 2000), en fonction de l'évolution vers la chronicité et de l'échec à s'adapter à une incapacité résiduelle (Epping-Jordan, 1998), en fonction du lien entre la douleur et les limitations fonctionnelles (Cooper, 1996; Ohlund, 1996; Epping Jordan, 1998; Fisher, 1999; Schonstein, 2001). C'est le comportement d'évitement (Coudeyre, 2003, Rose, 1992; Truchon, 2000; Weickgenant, 1993), suite à un épisode douloureux, qui est le plus fréquent. Ce sont les peurs et les croyances liées à la douleur, qui augmentent la douleur aiguë et favorisent son évolution vers la chronicité (Coudeyre, 2003; Crombez, 1999; Fritz, 2001). Les comportements face à la douleur sont dits prédire les incapacités chroniques et les limitations fonctionnelles (Ohlund, 1996).

Les conséquences de la douleur au travail sont les limitations fonctionnelles des soignants, qui dépendent de leurs capacités réelles et de la pénibilité à la tâche (Granier, 2001). Si la douleur se prolonge dans le temps, l'incapacité crée une

intolérance à l'activité et met en situation d'handicap au travail (Loisel, 2001), c'est-à-dire hors du circuit du travail (figure 5). En effet, l'incapacité n'est pas seulement liée à des facteurs biomécaniques, mais aussi à des facteurs sociaux, culturels et environnementaux (Waddell, 1993), dont peu de chercheurs tiennent compte pour favoriser un retour au travail réussi.

1.4.5 Les statistiques d'accident au dos dans les CHSLD en A.T

Comme nous l'avons vu en introduction, les arrêts de travail (accidents et maladies) concernent environ 45% des soignants des CHSLD en A.T au cours de l'année 2005 (statistiques internes). Les statistiques d'accidents au dos dans les CHSLD en A.T., transmises par la CSST et présentées à la figure 6, comparent les années précédentes. Elles ne reflètent pas la réalité des maux de dos des soignants au travail, puisque tous les accidents au dos ne sont pas déclarés et que tous les maux de dos ne sont pas accidentels.

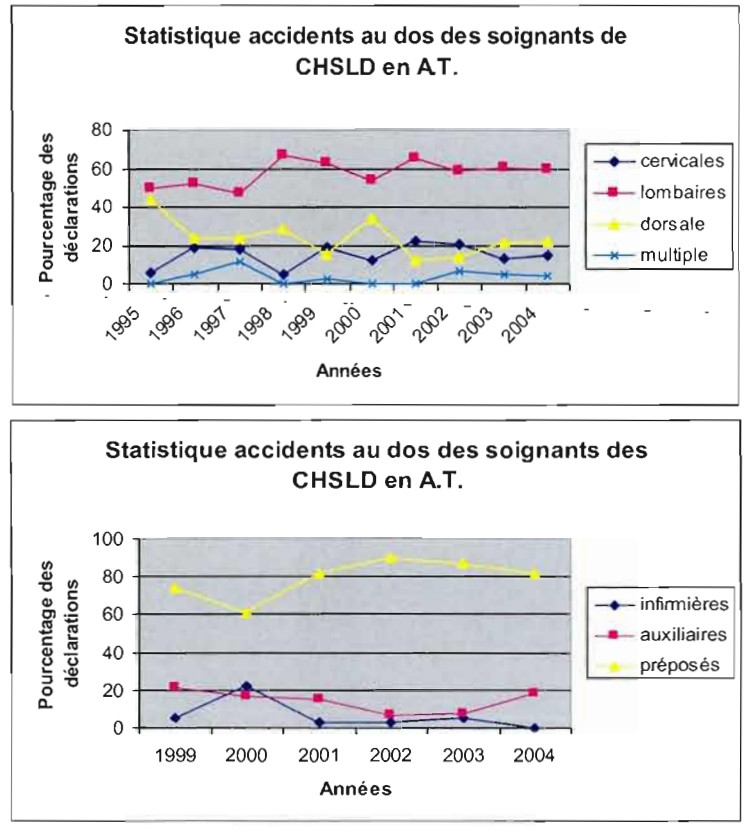


Figure 6 : Statistiques CSST d'accidents au dos des soignants des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, entre 1999 et 2004, en localisation puis en titre de métiers

Entre 1995 et 2004, les courbes statistiques d'accidents au dos étaient relativement stables, malgré l'introduction progressive de lits électriques et de lève-personne sur rail. Elles montraient la dominance de l'atteinte lombaire par rapport à celles dorsale et cervicale, et une faible déclaration d'une atteinte multiple dans le dos. Le libellé du formulaire de déclaration d'accident de la CSST ne favorise pas une déclaration de la multiplicité des zones atteintes dans le dos, puisque seule la zone principale d'atteinte est demandée. Elles visaient surtout les préposés qui font beaucoup plus de manutentions de patient et sont théoriquement plus exposés à avoir des accidents au dos, que les auxiliaires ou les infirmières.

Au regard de ces courbes statistiques, nous pouvons nous demander s'il n'était pas déjà trop tard pour éviter les blessures du dos aux soignants déjà fragilisés par la manutention manuelle et les récidives et aggravations chez les soignants souffrants de maux de dos chroniques. De plus, nous ne connaissons ni le nombre et le rythme de l'introduction des équipements d'aide à la manutention, ni leur utilisation réelle et adéquate par les soignants. Nous pouvons également penser que sans lit électrique et sans lève-personne sur rail, les accidents auraient été plus fréquents et les maux de dos plus graves.

1.5 La souffrance et ses aspects au travail

Les comportements face à la douleur (4 de la figure 4) peuvent annoncer l'existence d'une souffrance. La souffrance (psychologique) accompagne la douleur (physique) lorsqu'elle se prolonge dans le temps (chronicité), nous dit Loisel (2001). A l'opposé, la souffrance peut engendrer de la douleur lorsque le mal être n'a pas trouvé de mode d'expression satisfaisante (Marchand, 1998; Navez, 2000; Marchand, 2001)

1.5.1 La physiologie de la souffrance et l'évaluation du stress (causes, manifestations)

Le lien entre la douleur (physique) et la souffrance (psychologique) est supporté par la recherche médicale sur l'activité neuro-endocrinienne du système sympatico-adrénergique stimulée par le stress. Les chercheurs des centres de la douleur, en Europe comme en Amérique, s'appuie sur les connaissances en physiologie pour comprendre le lien entre la douleur et la souffrance (Navez, 2000). *Le manuel d'hygiène du travail (*AQHSST, 2004) réserve un paragraphe à la physiologie de la douleur et du stress. Il explique le lien entre les secrétions hormonales du néo-cortex cérébral et *le seuil de tolérance à la douleur,* favorisant la sur-utilisation des muscles et des articulations au risque de se blesser. Il reconnaît que les arrêts de travail pour maladie et/ou pour accident comportent une part de douleur avec répercussion physique et une part de souffrance avec une répercussion sous forme de stress.

La souffrance est une perception psychologique. Le stress est l'une des expressions principales de la souffrance, selon Navez (2000). Il fut d'abord défini comme étant *"l'ensemble des réactions de l'organisme pour s'adapter à des changements"* (Selye, 1975), réactions instinctives indépendantes de la volonté. Les causes du stress au

travail sont supportées par le modèle de Karasek (demande/contrôle, 1990) intégrant ensuite la notion de soutien psycho-social pour limiter le stress au travail (Karasek et coll., 1998). Elles sont évaluées par le "Job Content Questionnaire" de Karasek (1990, 1998) présenté dans la section suivante. Les facteurs psycho-sociaux du travail à l'origine du stress (souffrance) sont toujours étudiés par de nombreux auteurs ces dernières années (Edmond, 2003; Brun, 2003).

La souffrance au travail se manifeste principalement par le stress dit "occupationnel" documenté dans de nombreuses études. Ce stress au travail est actuellement défini, comme étant *"une condition psychologique issue de la perception d'un déséquilibre entre ce qui est exigé d'un individu et sa capacité de répondre aux exigences du travail"* (Baillargeon, 1999; Fleury, 2002). Il se manifeste face aux changements des organisations, aux imprévus de l'activité de travail et aux agressions des clients (Edmond, 2003). Il est évalué par la Mesure de Stress Psychologique (MSP de Lemyre et Tessier, 1988), notamment chez les sportifs à l'Université Laval (Québec). Ce support intègre des paramètres de l'environnement du travail et les processus individuels de perception du stress. Les médecins de première ligne l'utilisent parfois ainsi que l'Institut de Statistiques au Canada lors de son enquête sur la *"satisfaction et le stress au travail"* (Wright et coll., 2006).

1.5.2 Le modèle évolutif de Karasek et les risques de stress au travail

Le *"Job Content Questionnaire"* de Karasek (Karasek 1985, Karasek et Théorell, 1990) est traduit en français et validé par Bourbonnais (1996) (annexe B). Le premier modèle de Karasek (Karasek 1985), à partir de l'enquête *"The US Quality of Employment Survey"* (Karasek et Theorell, 1990) met en évidence les déterminants des tensions au travail (Karasek et Theorell, 1990; Janning, 1996). Ces déterminants sont reconnus être les causes du stress au travail :

- *le manque de latitude décisionnelle* (contrôle), faute de marge de manœuvre
- *les exigences élevées du travail* (demandes), physiques et psychologiques.

Ce modèle de Karasek (figure 7) a évolué en trois dimensions (1997), ajoutant un élément pour tenter de compenser les deux autres :

- *le soutien psychosocial*, pour diminuer les risques de tensions musculo-squelettiques et de stress au travail.

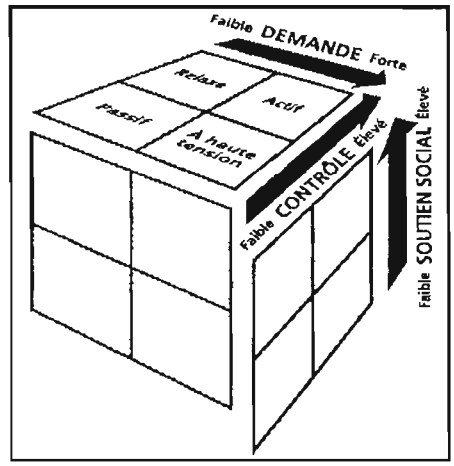


Figure 7 : Représentation du modèle de Karasek (1997) en 3 D par la Commission Européenne (1999) : avec une demande forte et un contrôle élevé, besoin de soutien social élevé pour éviter le stress au travail.

Karasek (1997) a défini les trois paramètres de son modèle comme suit. Le manque de latitude décisionnelle réfère à *"l'impossibilité d'exercer un certain contrôle sur son travail selon ses qualifications et ses habiletés"*. Les exigences de la tâche sont liées à une charge psychologique (quantité de travail, exigences mentales et contraintes de temps) qui s'ajoute à une charge physique importante. Le soutien psychosocial *"regroupe toutes les interactions sociales disponibles au travail de la part les collègues et les supérieurs"*.

Karasek, dans son modèle de 1990, a classé les professions en quatre catégories, en fonction de la demande (exigences de travail) et du contrôle (manque de latitude décisionnelle) (voir la face du dé de la figure 7). Les métiers "actifs" sont les plus à risque de tensions musculo-squelettiques et de stress. Il y a placé les préposés (actifs) alors que les infirmières sont situées dans un métier "à haute tension", parce qu'elles sont moins contrôlées, c'est-à-dire qu'elles ont plus de latitude décisionnelle que les préposés. Dans ce modèle, les demandes (exigences de travail) sont donc élevées pour les infirmières et les préposés. Ce modèle a évolué de deux à trois dimensions entre 1990 et 1997, car la latitude décisionnelle semblait insuffisante pour atténuer les exigences du travail et éviter les tensions au travail. Le soutien psychosocial est donc proposé comme troisième facteur pour compenser le manque de latitude décisionnelle et les exigences de travail élevées, pour évaluer le risque de stress au travail.

Ce modèle est traduit et validé notamment au Québec (Bourbonnais et coll., 1996) et validé aussi en France (Hellemans et coll., 1999). Il est supporté par de nombreuses études (Bourbonnais, 1998; Conne-Perreard, 2000; Gollac, 2000; Edmond, 2003). Il est couramment utilisé en recherche sur les maux de dos (Bourbonnais et coll., 1998; De Backer et coll., 2000; Gerdle et coll., 1994; Karasek, 1985; Karasek et Théorell,

1990; Lagerström et coll., 1995, 1998; Ragazzoni et coll., 1999; Saego et Faucett, 1997; Vézina et Gingras, 1995).

Le Rapport sur la santé de la population canadienne (Statistiques Canada, Santé-Canada 2001) utilisait le "Job Content Questionnaire" de Karasek (1997), dans la deuxième partie de son questionnaire, pour évaluer les tensions au travail à partir des 18 propositions de la version de 1990. La latitude décisionnelle apparaît dans les neuf premières propositions, les exigences physiques et psychologiques dans les neuf propositions suivantes, pour évaluer les tensions au travail. Cette enquête nationale choisit en 2005 la version suivante de Karasek (1997) comptant 26 propositions, suite à l'introduction de huit propositions sur le soutien psychosocial, pour compenser les tensions au travail. Elle permet d'évaluer le risque de stress au travail, en rapprochant les tensions au travail du soutien psychosocial. Quelle que soit la version, chaque proposition est cotée *: a (fortement en désaccord), b (en désaccord), c (en accord), d* (fortement en accord) et *e (non applicable)* et le soutien psychosocial dans les huit dernières. Une *cote personnelle* est alors attribuée en fonction des réponses aux propositions allant dans le sens d'un manque de latitude décisionnelle et des exigences élevées du travail. Depuis quelques années, Karasek utilise une nouvelle version du questionnaire comportant 53 propositions, à analyser avec des indices pondérateurs.

D'une façon générale, l'utilisation de la "cote personnelle" pour évaluer le niveau de risque de stress collectif est discutable, et le choix des indices pondérateurs non pertinent dans certains milieux de travail. D'une façon spécifique, l'évaluation des risques de stress au travail par le modèle en 3 D (Karasek et coll.,1998) manque de choix entre c (en accord) et b (en désaccord), car devoir se déterminer sans nuance entre oui et non peut fausser les résultats. Par conséquent, en plus de l'évaluation des risques de stress (causes du stress au travail), il est intéressant de mesurer, comme le proposent Lemyre et Tessier (1988), le stress psychologique pour évaluer les manifestations du stress (MSP en 53 affirmations). Ces manifestations du stress sont cotées de 1 à 8, donnant un meilleur éventail de choix entre "énormément" et "pas du tout". Le MSP a été validé dans plusieurs pays (Fillion et coll.,1989; Dumont et coll., 1998) et utilisé par de nombreux auteurs (Fortier et coll., 1992; Delisle et coll. 2004 ; Coutu et coll. 2005; Baril et coll., 2006).

Le modèle évolutif de Karasek reste insatisfaisant parce qu'il ne tient pas compte des capacités des travailleurs face aux exigences du travail. Le modèle antérieur de Lazarus (1984) garde donc son intérêt pour évaluer le risque de stress au travail, en mettant l'humain (capacités, ressources de l'individu) en balance avec le travail (exigences, demande du milieu).

1.5.3 Le modèle d'adéquation de Lazarus et les manifestations du stress au travail

Le vieillissement de la population touche les patients en perte d'autonomie, ce qui augmente les exigences de travail des soignants. De plus, les soignants touchés aussi

par le vieillissement vivent une perte de capacités fonctionnelles. Selon le modèle d'adéquation de Lazarus et Folkman (1984), le risque de stress au travail est lié à un déséquilibre entre les exigences du travail et les capacités du travailleur. Ce déséquilibre est illustré en figure 8 et s'explique de deux façons. Plus les exigences du travail augmentent, moins le travailleur a les capacités de les satisfaire. Moins les exigences du travail sont importantes, plus le travailleur a des capacités non utilisées.

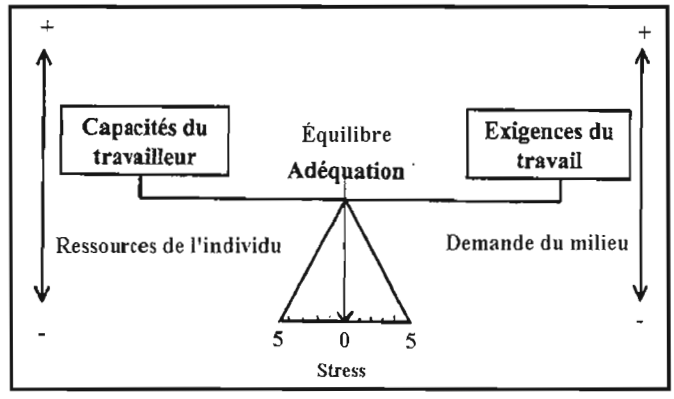


Figure 8 : Équilibre entre les capacités fonctionnelles et les exigences du travail pour éviter le stress (Lazarus et Folkman, 1984 - adapté par Baillargeon en 1999 et Côté en 2002)

Dans la littérature, l'incapacité est définie comme *"une limitation dans la réalisation d'une activité aussi rapidement, aussi aisément qu'avant ou de façon considérée comme normale"* (Fleury, 2002). Elle est corrélée à la douleur (Cooper et coll., 1996) et aux comportements face à la douleur (Waddell et coll., 1993) lors du retour au travail.

1.6 Les difficultés biomécaniques et psychosociales générales des soignants au travail

Les difficultés des soignantes lors de la manutention de patients sont généralement étudiées en terme de risque de se blesser au dos (préventif). En fait, c'est l'écart qui existe entre les exigences (biomécaniques et psychologiques) de travail perçues et l'évaluation des ressources personnelles pour y répondre qui crée des difficultés physiques, puis des attitudes psychologiques négatives empêchant le retour au travail précoce (Lazarus, 1984; Truchon et Fillion, 2000).

Les difficultés biomécaniques lors de la manutention de patients sont liées d'une part aux exigences du travail et d'autre part à la douleur et aux limitations fonctionnelles des soignants, comme nous l'avons vu au paragraphe 1.4.4. Les capacités des soignants et les exigences du poste de travail ont été particulièrement étudiées (Blue, 1996; De Looze et coll., 1998; Fleury, 2002; Truchon et Fillion, 2000; Yassi et coll., 1995). En manutention de patients, c'est le transfert ou le levé de patients qui sont les plus exigeants pour les soignants au niveau physique (Burton, 1997; Cohen-

Mansfield, 1996; Cooper, 1996; Engels, 1996; Fanello, 1999; Fragala, 1995; Gagnon,1998; Hui, 2001; Isernhagen, 1999; Johnsson C, 2002; Josephson, 1999; Lagerström, 1995; Lagerström, 1998; Lynch, 2000; Marras, 1999; Owen, 2000; Saint Vincent,1995; Smedley, 1995, 1998; Walls, 2001; Yassi, 1995; Zhuang, 1999).

Les difficultés psychosociales sont, en priorité, le manque d'autonomie décisionnelle et de soutien pour faire face aux exigences de la tâche. Elles sont présentes lors de la manutention de patients et responsables de l'augmentation des troubles musculo-squelettiques (Bourbonnais et coll., 1998; Conne-Pérreard et coll., 2000; Josephson et coll., 1999 Karasek, 1979, Karasek et Théorell, 1990), de l'intensité de la douleur (l'enquête sociale et de santé des travailleurs au Québec; Ahlberg-Hulten et coll., 1995; Burton et coll., 1997) et du pourcentage de stress (Edmond, 2003; Coudeyre et coll., 2003; Karasek et Théorell, 1990; Karasek, 1997; Karasek et coll.,1998).

1.7. Les difficultés spécifiques évaluées par la fréquence cardiaque

Les principales difficultés spécifiques des soignants mises en évidence dans la littérature sont l'effort, la douleur et le stress au travail. Pour évaluer l'effort des sportifs, à la demande d'un entraîneur de ski en Suède (1975), Polar dépose en 1979 son premier brevet qui valide la mesure de la fréquence cardiaque sans fil. Puis, il lance en 1982 le premier cardio-fréquencemètre nomade, utilisable pendant l'entraînement. Dans les années 80, en Europe, cet outil est testé par des chercheurs pour évaluer l'effort des travailleurs. Mais ce n'est qu'à la fin du vingtième siècle que la montre Polar est validée en recherche (Väinämö et coll. 1998 ; Tschopp et coll. 2000; Kirk et Sullman, 2001).

La montre Polar enregistre les pulsations cardiaques en continue, et son logiciel calcule le temps de récupération après l'effort (Rohmert, 1973), la dépense énergétique (tableau de l'AIHA, 2001, en annexe D) et le coût cardiaque à l'effort (formule de NIOSH, 1991, en annexe D). La sensibilité des pulsations cardiaques à l'effort est étudiée dans différents contextes et semble faire l'unanimité des chercheurs, de l'Europe à l'Amérique du nord. Des travaux plus récents précisent que les pulsations cardiaques augmentent de 27% à l'effort et de 12% à la douleur (Tousignant-Laflamme, Symposium sur la douleur, UQAT, 2008). Des chercheurs européens et nord-américaines tentent de rapprocher la fréquence cardiaque du stress, avec des résultats variables actuellement (Aptel, 2008).

2 LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Tel que décrit dans l'introduction, la rencontre de cadres (20) et de soignants (30) ainsi que celle de médecins (3), lors d'une étape préliminaire à ce projet de recherche, a permis de mieux comprendre les besoins du milieu des CHSLD en Abitibi Témiscamingue (A.T.) et le contexte historique et politique de cette région dite éloignée. La revue de la littérature, dans un même temps, renseignait sur les variables étudiées et ouvraient sur un approfondissement de la problématique en

fonction des besoins du milieu.

2.1 Des objectifs du milieu aux objectifs de la recherche

Il apparaît alors que l'objectif commun, des soignants et des cadres des CHSLD en A.T., est de rester au travail, malgré les difficultés vécues dans le contexte présent du travail, suite à deux vagues de changements et à l'application de la politique de *Milieu de vie* et du concept d'*Humanitude* (introduction). Les accidents déclarés au dos (statistiques, figures 6) ne reflètent qu'une partie de la réalité des maux de dos et ne tient pas compte du "en avoir plein le dos".

L'objectif général de la recherche est donc de documenter les difficultés des soignants à "rester au travail" dans le contexte des CHSLD en A.T. Les objectifs particuliers visent à mieux comprendre les difficultés de la manutention de patients, particulièrement lorsque les soignants ont des maux de dos et/ou vivent des situations stressantes.

1- Décrire l'ampleur de la problématique des maux de dos des soignants au travail dans les CHSLD en A.T. (questionnaire).

2- Comprendre les difficultés vécues par les soignants au travail, particulièrement avec des maux de dos, particulièrement lors de la manutention de patients (entretien semi-structuré).

2.2 Les hypothèses de la recherche

Les hypothèses de recherche s'appuient sur l'investigation préliminaire, de laquelle se sont dégagés les objectifs de la recherche.

1- Il existe des soignantes dans les CHSLD en A.T. qui ont des maux de dos et des difficultés associées lors de la manutention de patients (questionnaire et entretien) et qui restent au travail.

2- Lors de la manutention de patients, les difficultés vécues par les soignants des CHSLD en A.T., restant au travail avec des maux de dos, sont plus nombreuses et plus importantes que les difficultés de ceux qui n'ont pas de maux de dos (entretien).

3- Les difficultés psychosociales vécues par les soignants des CHSLD en A.T. sont aussi importantes pour eux que les difficultés physiques, lors de la manutention de patients par les soignants restant au travail avec des maux de dos (questionnaire, entretien).

CHAPITRE II

LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La démarche générale

Les étapes de la recherche et ses variables

Les supports et les outils spécifiques

L'échantillonnage et les groupes de recherche

Cette étude est d'abord descriptive par le *''besoin de connaître''* (Ouellet, 1999) les difficultés vécues par les soignants, et aussi explicative par le besoin d'identifier les déterminants de ces difficultés. Elle s'appuie sur le modèle général de Guérin (1997, 2001) qui est centrée sur l'analyse de l'activité réelle de travail et sur le modèle POETE de Pérusse (1995) pour classer les données de la recherche, modèles présentés dans la revue de littérature au chapitre I. Dans cette recherche, il s'agit de comprendre la réalité des soignants et de cerner les difficultés du ''rester au travail''.

Dans ce chapitre une première partie donne une vue d'ensemble de la démarche et les trois parties suivantes détaillent chaque étape avec leurs variables, leurs outils et les ajustements nécessaires au contexte. Ensuite, la cinquième partie présente les comités de suivi de la recherche et la dernière partie les groupes de recherche et l'analyse des données.

1 VUE D'ENSEMBLE DE LA DÉMARCHE

La démarche est résumée dans le tableau I pour donner une vue d'ensemble des différentes étapes de la recherche. L'étude a débuté par une investigation préliminaire (étape préparatoire) et a été suivi par un questionnaire auto-administré (étape 1) et un entretien individuel semi-structuré (étape 2).

Entre 2003/2004, lors de *l'investigation préliminaire* différents acteurs du milieu (cadres hospitaliers, médecins, syndicats FIQ et CSN) des cinq CHSLD de l'A.T. et des étudiants infirmiers à l'université (UQAT) ont été rencontrés. Cette investigation a permis de comprendre le contexte de travail et d'orienter la recherche sur la problématique dominante du moment.

Entre 2005/2006, les deux étapes de cette étude se sont déroulées dans trois des cinq CHSLD de l'A.T. Lors de la première étape, un *questionnaire auto-administré* (42 soignants) faisait un bilan musculo-squelettique (douleur physique) et psychosocial (souffrance psychologique) des soignants au travail. Lors de la seconde étape, un *entretien semi-structuré* (30 soignants) documentait les difficultés des soignants au travail, du global aux détails.

Cette démarche de recherche participative, initialisée lors de l'investigation préliminaire, reposait sur la formation de *comités de suivi de la recherche,* pour une construction sociale de l'intervention. Comme il s'agit de *''comprendre le travail pour le transformer''*, selon le modèle de Guérin et coll. (2006) présenté au chapitre I, ces comités de suivi ont été réunis entre chaque étape de l'étude, dans chacun des trois CHSLD participants. Ils étaient constitués de certains acteurs clés (cadres infirmiers, responsables Santé Sécurité au Travail, syndicats et formateurs PDSB) et reposaient sur un lien de confiance à créer et à entretenir tout au long de la recherche.

Tableau 1 : Description des étapes de la démarche, de l'échantillonnage et des objectifs évolutifs de la recherche

Étapes de la recherche	Échantillonnage	Objectifs évolutifs de la recherche
Étape préparatoire au projet de maîtrise (2003/2004) : Investigations préliminaires et compréhension des besoins du milieu Rencontres individuelles et collectives	**20 cadres et 3 médecins** (5 CHSLD en A.T.) **35 infirmières** (étudiantes UQAT) **6 syndicalistes**	- Analyser le contexte historique, politique et sociologique dans les CHSLD en A.T. et les besoins collectifs des organisations et individuels des soignants - Organiser le projet de maîtrise
1- Bilan musculo-squelettique et psychosocial des soignants (2005/2006): Questionnaire auto-administré (étape 1)	**42 sujets** (10% de la population des soignants de 3 CHSLD)	- Situer l'ampleur des maux de dos des soignants au travail et les causes du stress dans les CHSLD en A.T. par rapport aux résultats de l'Enquête santé Québec
Comité de suivi de la recherche n°1	**25 personnes** (sur 3 CHSLD)	- Présenter les premiers résultats : la manutention comme tâche la plus difficile, la douleur non exclusive au dos, la gravité des maux de dos, les causes du stress en région comparées au Québec.
2- Perception des difficultés au travail du général au particulier (2006): Entretiens semi-structurés (étape 2)	**50 sujets** (12 % de la population des soignants de 3 CHSLD) **dont 30 participants ayant répondu au questionnaire**	- Comprendre la problématique des maux de dos des soignants et particulièrement les difficultés vécues lors de la manutention de patients par les soignants avec des maux de dos
Comité de suivi de la recherche n°2	**17 personnes** (sur 3 CHSLD)	- Présenter les résultats généraux à valider : le milieu de vie et le concept d'*Humanitude,* le niveau des manifestations du stress au repos, les raisons de non application du PDSB ....

2 . ÉTAPE PRÉPARATOIRE : LA DÉMARCHE INSCRITE DANS LE CONTEXTE

La démarche initiale auprès des cadres hospitaliers en région A.T. visait à déterminer la problématique dominante des soignants au travail et à cibler un objectif de recherche prioritaire dans le contexte présent. Cette préparation du projet de recherche est une étape indispensable, favorisant la construction sociale et le développement d'une relation de confiance entre la chercheuse et le milieu hospitalier en A.T. Les CHSLD ont été ciblés par les cadres de direction des hôpitaux

de l'Abitibi-Témiscamingue, parce qu'ils leur posaient le plus de difficultés dans le contexte présent de changements organisationnels.

Pour inscrire la démarche dans le *contexte du moment*, il fallait d'abord retourner aux racines de ce contexte pour comprendre son évolution dans le temps et les impacts possibles au présent. L'approche du *contexte historique* des soignants en région éloignée et du *contexte politique* de la création des CHSLD en A.T. était donc indispensable.

Cette investigation préliminaire s'est déroulée en deux temps pour les cinq CHSLD en A.T., entre 2003 et 2004, pour obtenir à la fois des informations sur la particularité du contexte historique et politique en région et sur les caractéristiques de la population dans l'environnement et le contexte de travail. Lors de rencontres avec différents acteurs du milieu, ces contextes ont été expliqués d'une façon informelle et les caractéristiques de la population documentées d'une façon formelle à l'aide d'un support écrit.

2.1 Des rencontres informelles sur le contexte historique et politique

Lors du "premier tour de piste" en 2003 et d'un "deuxième tour de piste" en 2004, des rencontres informelles se sont faites avec une trentaine de cadres hospitaliers en A.T. (cadres de direction et de ressources humaines, cadres infirmiers des unités de soins), une quarantaine d'étudiants de l'UQAT (infirmières techniciennes en formation pour être infirmière cliniciennes) et sept représentants syndicaux régionaux et de terrain (FIQ pour les auxiliaires et les infirmières, CSN pour les préposés). Il s'agissait de situer le contexte présent des soignants des CHSLD en A.T., en fonction du contexte politique des fusions (2003 et 1995) et historique d'une région qui n'a qu'une centaine d'année d'existence.

En 2003, une rencontre dans un lieu public avec un directeur de CHSLD en région a été à l'origine de l'investigation du contexte historique et politique. En effet, ses propos spontanés au sujet du contexte présent dans les CHSLD en A.T. soulignaient *la particularité régionale - de l'évolution du comportement des soignants dans l'histoire de la société québécoise* – et *sur la résistance des soignants au changement comme donnée humaine et politique*. Des cadres et des soignants rencontrés lors du "premier tour de piste" ont été interrogés sur ces deux points pour connaître les avis différents et les arguments des uns et des autres. Au fur et à mesure des rencontres et de l'écoute spontanée des acteurs du milieu, les contextes historique et politique ont été documentés. Les faits ont été vérifiés par plusieurs sources (cadres et soignants, directeurs de CHSLD et professeur à l'UQAT, livres et sites internet spécialisés) et divers points de vue ont été confrontés.

En 2004, lors du "deuxième tour de piste" les cadres rencontrés, interrogés sur l'évolution particulière de la région au niveau social et professionnel, mettaient l'accent sur le découpage générationnel et le profil psychologique spécifique associé à chaque génération de soignants au travail. Cette évolution s'est faite sur un siècle,

en région A.T., cinq générations de soignants vues à travers - le *sens donné au travail* - et les *comportements face aux changements.* Les cadres tentaient ainsi de justifier le climat conflictuel présent, suite à la deuxième vague de changements. En effet, un fossé s'était créé entre la réalité des soignants vécue sur le terrain et celle des cadres appliquant les consignes gouvernementales depuis leur bureau. Les soignants rencontrés, lors de ce "deuxième tour de piste" dénonçaient plutôt l'aggravation de leur situation de travail et la perte de leurs acquis syndicaux, depuis les fusions hospitalières.

Ces rencontres informelles étaient individuelles pour les 20 cadres, interrogés dans leur bureau ou joints par téléphone. Elles étaient collectives pour les 35 infirmières approchées à l'université (baccalauréat infirmier), réparties en deux groupes dans une ville et un groupe dans une autre. Elles étaient individuelles pour les six responsables syndicaux rencontrés à leur travail ou à l'université (4) ou par téléphone (2). D'autres personnes en lien avec le développement hospitalier en A.T., ont été également interrogées : cadres à la retraite ou soignants ayant changé de métier (4), professeurs d'histoire et de politique, de sociologie et de psychologie (2), médecins en région et à Montréal (3). Au total 73 personnes ont donc été consultées au cours de cette investigation préliminaire pour confirmer et compléter les informations sur les contextes historique et politique, pour comprendre et valider les données du contexte présent des soignants au travail dans les CHSLD en A.T.

Cette approche informelle du contexte des soignants a été complétée par des lectures d'articles de journaux locaux et par celle d'un livre sur la philosophie des soins infirmiers (Watson, 1985), recommandée par l'un des directeurs de CHSLD en région. De plus, la visite de musées régionaux dédiés aux premières soignantes de la colonisation (de la Garde à La Corne, de Blanche Pronovost à Villebois) et la visite de sites internet (OMS, Statistiques Canada, ordre des infirmières, ASSTSAS, Institut Gineste et Marescotti) ont été trouvées pertinentes. L'ensemble des informations ainsi recueillies a été rédigé et transmis à une personne de chaque CHSLD, la plus impliquée dans le projet de recherche (cadre infirmier, cadre responsable Santé Sécurité au travail, médecin), pour les vérifier et valider une dernière fois le contenu et la compréhension du contexte.

2.2 Des rencontres formelles sur le contexte de travail des CHSLD en A.T.

Des rencontres formelles avec des cadres de direction des cinq CHSLD en A.T. ont permis de documenter les caractéristiques de la population de soignants dans l'environnement et le contexte de travail. Les informations (support en annexe A) ont été obtenues auprès de 20 cadres et de trois médecins, de quatre des cinq CHSLD de la région.

En 2003, lors du "premier tour de piste", ce support construit pour l'occasion (annexe A) a été expliqué et donné en main propre à un cadre de chaque CHSLD (en ressources humaines ou en santé sécurité au travail). Ce support contenaient des données précises sur le contexte présent du travail, les caractéristiques du CHSLD

(bâtiments, patients, soignants, équipements) et des soignants (âge, sexe, titre d'emploi, ancienneté), le contexte de la manutention de patients (exigences du travail, latitude décisionnelle, relations psycho-sociale, stress) et de l'organisation du travail (équipes, emploi du temps, horaires), les caractéristiques de la manutention de patients (quantité/qualité, manuelle/mécanique). Seulement deux des cinq CHSLD ont renvoyé ce support complété par courrier à la chercheuse, avec un délai de six mois pour l'un d'eux. Des documents annexes justifiant les informations données, prélevées sur les banques des ordinateurs de travail des cadres hospitaliers, ont été joints au support initial.

En 2004, lors du "deuxième tour de piste" la rencontre avec les cadres des cinq CHSLD portait sur les informations manquantes. Faute de temps de la part des cadres pour remplir par écrit ce support, les informations du troisième CHSLD ont été obtenues par la chercheuse auprès de plusieurs d'entre eux. En allant de l'un à l'autre, par téléphone ou dans leur bureau, en les aidant parfois à trouver les données voulues des tableaux de travail extraits des dossiers informatiques, le support a pu être en grande partie complété. Faute de motivation de la part de certains cadres du quatrième CHSLD, bien que rencontrés ou joints par téléphone, une partie seulement des informations ont été obtenues pour remplir le support à leur place. La participation du cinquième CHSLD de l'A.T. n'a pas été obtenue, malgré les efforts mis par la chercheuse pour avoir leur accord et leur engagement qui allaient avec ce support.

3 QUESTIONNAIRE INITIAL : LA PREMIÈRE ÉTAPE DE LA RECHERCHE

Le questionnaire initial s'appuyait sur celui du Rapport sur la santé de la population canadienne (Statistiques Canada, Santé-Canada, 2001) pour le Québec (annexe B) en reprenant la partie musculo-squelettique sur la douleur et la partie psychosociale sur le stress. Par ce questionnaire, l'objectif était de rejoindre toute la population des soignants des CHSLD en A.T. afin d'avoir un portrait global de leur santé au travail. Dans cette section sont présentés le mode de recrutement et la procédure suivie pour le questionnaire, les différentes parties du questionnaire avec leur contenu et leurs outils.

3.1 Le mode de recrutement et la participation des soignants au questionnaire

Le *recrutement initial* était prévu par *un envoi* du questionnaire *avec la fiche de paie*, à tous les soignants des cinq CHSLD de l'A.T. En automne 2005, cette procédure a été suivie dans l'un des CHSLD de l'A.T. alors que trois autres se disaient dans l'impossibilité d'appliquer la procédure pour des raisons techniques (fiches de paie électronique, petit format de la fiche de paie et absence d'enveloppe lors de l'envoi de la fiche de paie). Cette réalité du contexte a amené la chercheuse à créer une *affiche d'appel à candidature* (annexe A) regroupant dans un même temps et dans un même lieu les deux étapes de la recherche (questionnaire et entretien). En effet, dès le "deuxième tour de piste" de l'étape préparatoire, les soignants exprimaient leur

manque de temps pour participer à une recherche et leur préférence pour un endroit neutre comme l'université. Alors ces trois CHSLD ont répondu à l'appel au cours de l'hiver 2006, un cadre de chacun d'eux acceptant de s'occuper de l'affichage (choix des bâtiments, des endroits stratégiques et des tableaux d'affiche). Le refus de participation du cinquième CHSLD était alors confirmé officiellement.

Comme la participation massive des soignants était impossible dans le contexte conflictuel du moment (étape préparatoire), deux initiatives ont été retenues par la chercheuse suite aux propositions de son co-directeur de recherche. La première a été de présenter le projet de recherche aux infirmières étudiantes en premier cycle universitaire et de leur demander d'en parler autour d'elle pour favoriser la participation de leurs collègues. La deuxième a été de présenter le projet de recherche à l'UQAT (Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue) pour obtenir une subvention, afin de payer 50 dollars chaque soignant participant, se déplaçant un jour de repos à l'université pour une durée de deux heures.

La participation au questionnaire représente, dans les trois CHSLD participants en A.T., 10% de la population des soignants (42 sur 412). En effet, au CHSLD qui avait refusé de participer au cours de l'étape préparatoire, s'est ajouté un autre CHSLD dont l'appel à candidature par affichage n'a concerné qu'une seule soignante, en arrêt maladie, qui a été exclue de l'échantillonnage.

3.2 La procédure suivie pour le questionnaire auto-administré

Suite à la modification du mode de recrutement après le démarrage de la procédure, pour s'ajuster aux contraintes du milieu et au contexte présent des CHSLD en A.T., les informations sur la recherche et le questionnaire initial ont été diffusés de deux façons différentes.

Les soignants, ayant reçu la lettre d'informations sur cette étude avec leur fiche de paie, pouvaient joindre l'université pour tout renseignement complémentaire (numéro sans frais), avant de signer le formulaire de consentement *libre et éclairé*, à participer volontairement. Ils pouvaient alors remplir le questionnaire joint, à la maison, et le transmettre dans une double enveloppe fournie, à une personne neutre responsable de la collecte dans leur CHSLD (boîte aux lettres). Leur numéro de téléphone associé à un numéro de recherche, inscrits sur la première enveloppe, permettait à l'assistante de recherche de lister les soignants participants.

Les soignants informés par voie d'affichage pouvaient également joindre l'université et laisser leur numéro sur le répondeur du laboratoire de recherche, afin d'être rappelés pour des renseignements complémentaires et/ou prendre un rendez-vous à l'université pour un jour de repos. A leur arrivée, dans un local universitaire proche du lieu de leur résidence, chaque soignant se présentant devaient lire attentivement le formulaire de consentement et le signer. Le formulaire de consentement attribuait un numéro de recherche (anonymat). Ensuite, chaque soignant recevait le questionnaire à remplir individuellement, en une demi-heure.

Une assistante de recherche a été payée par l'université pour dépouiller les questionnaires et compiler les données. Son travail a été ensuite comparé à la compilation des données faite également par la chercheure (95% de concordance).

3.3 Le questionnaire dans son contenu et ses outils

En introduction du questionnaire, des renseignements personnels (sexe, âge, poids, taille, titre d'emploi, établissement et unité de soin, activités physiques) ont été demandés à chaque soignant participant. Ces caractéristiques personnelles étaient à rapprocher des caractéristiques de la population des soignants de CHSLD en A.T. (étape préparatoire) afin de situer l'échantillon. Deux questions ont été ajoutées à cette introduction, pour cibler les activités de travail généralement les plus difficiles pour les soignants, au niveau physique (question 4) et au niveau psychologique (question 5).

3.3.1 La partie musculo-squelettique centrée sur la douleur physique (intensité et aspect désagréable évalués avec l'EVA)

La première partie de ce questionnaire est issue du Questionnaire Nordique de Kuorinka (1987). Elle est centrée sur la douleur physique en tant que variable, ressentie physiquement (intensité) et pouvant avoir un impact émotionnel (inconfort, aspect désagréable), comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature (chapitre I). Elle est documentée en fonction de la *douleur de la dernière année et de la dernière semaine* (localisations, caractéristiques, conséquences, approches médicales, état de santé générale). Deux questions ont été ajoutées dans cette première partie du questionnaire, pour cibler les activités de travail des soignants pour lesquelles la douleur ressentie dans l'année est la plus dérangeante (question 8) et les activités de travail des soignants limitées en général par la douleur (question 18).

L'intensité et l'aspect désagréable de la douleur sont évalués par l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), illustrée dans le questionnaire par la chercheuse pour y apporter plus de clarté. Cet outil est une réglette gradué entre 0 et 10 (EVA de Price, 1983) et imagé des deux côtés (figure 9) pour remplacer le segment orienté proposé dans le support initial (Statistiques Canada, Santé-Canada, 2001). Le côté gradué (observateur) de cette réglette s'oppose au côté non-gradué, où l'évaluateur déplace un curseur entre "douleur maximale" et "pas de douleur". Cet outil est connu par les soignants (observateurs) dans leur milieu de travail et parfois utilisé pour évaluer la douleur des patients (évaluateur). Sur le questionnaire, l'image proposait de confondre l'observateur et l'évaluateur, pour une auto-évaluation de la douleur du soignant par le soignant.

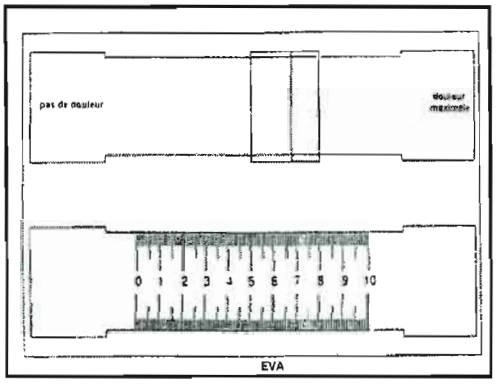


Figure 9 : Échelle visuelle analogique (Price, 1983), recto-verso, pour évaluer la douleur entre 0 et 10 (intensité et aspect désagréable)

3.3.2 La partie psycho-sociale centrée sur la souffrance psychologique (risques de stress)

La deuxième partie de ce questionnaire est le Job Content Questionnaire de Karasek (traduction Bourbonnais, 1998). Elle est centrée sur la souffrance psychologique en tant que variable, vécue à travers les risques de stress au travail, comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature (chapitre I).

La version comportant 26 propositions du questionnaire (Karasek, 1997; Karasek et coll., 1998), et non celle de 18 propositions (Karasek, 1990), est utilisée pour le rapport sur la santé de la population canadienne (Statistiques Canada, Santé-Canada, 2001). Elle documente les trois déterminants du stress au travail ciblés: *exigences du travail, latitude décisionnelle et soutien psychosocial.* Entre les deux versions, les huit propositions ajoutées concernaient le soutien psychosocial qui complétait les neuf propositions sur la latitude décisionnelle et les neuf propositions sur les exigences du travail (annexe B). Cette version avec 26 propositions fut également choisie pour l'Enquête Santé-Canada (2005). Le rapprochement des résultats régionaux (2005/2006) avec les résultats nationaux (2005) a été envisagé.

4. ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ : LA DEUXIÈME PARTIE DE LA RECHERCHE

L'entretien semi-structuré individuel, inspiré de Vermersch (1998), cherchait à documenter les difficultés des soignants à la manutention de patients, avec des questions fermées et des questions ouvertes (annexe C). Il a été construit pour cette recherche selon le modèle POETE, présenté dans la revue de littérature (chapitre I) afin de classer ces difficultés liées au travail des soignants des CHSLD en A.T. Dans cette section sont présentées la procédure suivie pour l'entretien et la particularité de

l'échantillonnage, les différentes parties de l'entretien avec leur contenu et leurs outils.

4.1 La procédure pour l'entretien influant la participation des soignants

Comme le lieu de l'entretien, prévu initialement dans un bureau de l'hôpital, ne convenait pas aux répondants du questionnaire, craignant que *"les murs aient des oreilles"*, l'université a proposé ses locaux. En A.T., l'université a des salles de classe et des bureaux dans chacune des cinq villes de la région. L'université par sa neutralité assurait la confiance des soignants. Pour l'entretien, une salle de classe a été retenue dans l'université la plus proche du lieu de travail de chaque soignant volontaire à participer.

La procédure prévue dans le projet de recherche pour l'entretien, a pu être suivie pour les participants de l'un des CHSLD, ceux qui avaient reçu le questionnaire avec leur fiche de paie et qui l'avaient rempli à la maison (16/42). Ils ont été appelés au téléphone par l'assistante de recherche (numéro de téléphone noté sur l'enveloppe extérieure du questionnaire et associé au numéro de participation à la recherche). Ils ont été alors informés au sujet de la suite de la recherche et invités à rappeler (numéro sans frais) pour des renseignements complémentaires et/ou un rendez-vous d'entretien à prendre. Parmi eux, seulement quatre soignants ont participé réellement à l'entretien, trois à quatre mois après le questionnaire. Cet intervalle de temps involontaire résultait du changement de procédure de recherche pour le recrutement initial et pour la diffusion du questionnaire, comme nous l'avons vu en sections 3.1 et 3.2 de ce chapitre. Pendant cet intervalle de temps, les autres soignants participants ont changé de métier ou de région, sont partis à la retraite ou en année sabbatique, ont été accidentés ou en maladie, ou refusaient de continuer à participer. Suite à la prise de rendez-vous d'entretien, ces quatre participants volontaires se sont rendus à l'université pour remplir la deuxième lettre de "consentement libre et éclairé" présentée par l'assistante de recherche. L'entretien se déroulait ensuite avec la chercheuse, en une heure de temps.

La procédure a été modifiée pour les deux autres CHSLD participants, pour les soignants ayant été recrutés par voie d'affichage (26/42). Elle réunissait les deux étapes de la recherche pour s'ajuster aux contraintes du milieu (cadres et soignants) au sujet du lieu et du manque de temps. Les 26 soignants recrutés par affichage s'engageaient donc à participer à la fois au questionnaire et à l'entretien. Dans une même rencontre (1h30), l'entretien se déroulait (1h) après le questionnaire (1/2h). Par conséquent, la lettre de "consentement libre et éclairé", signée par les participants volontaires avant le questionnaire, couvrait aussi l'étape de l'entretien.

Pour tous les soignants participants, cet entretien individuel s'est déroulé en 2006 et était programmé un jour de repos. Il était payé 50$ par un fond de l'université pour la recherche (FUQAT), en dédommagement de la perte de temps et du déplacement demandé un jour de repos. Cet entretien oral était à la fois enregistré et écrit sur un support construit par la chercheuse (annexe C) à partir du modèle de Vermersch

(1998) et de la revue de la littérature. Il était placé entre le participant et la chercheuse, pour une validation permanente de l'écrit par chaque soignant en entretien. La chercheuse suivait l'ordre du support pour documenter rigoureusement les difficultés de la manutention de patients.

Une assistante de recherche a été rémunérée par l'université pour écouter les enregistrements des entretiens et compiler les résultats, à comparer avec le support d'entretien rempli par la chercheure (95% de concordance).

4.2 L'échantillonnage renforçant la participation des soignants

Les soignants participant à l'entretien ont tous répondu au questionnaire. La participation à l'entretien représente plus des deux tiers de celle au questionnaire (30/42), répartis dans trois CHSLD de l'A.T. Cet échantillon représente 7% de la population des soignants (30 sur 412) des trois CHSLD participants.

L'échantillon a été élargi par des entretiens partiels de non-participants (20 personnes) rencontrés hors du milieu de travail et hors de l'université, lors des pauses repas ou un jour de repos. Le même support d'entretien servait de canevas à la rencontre, qui se voulait anonyme et sans numéro de recherche, par *''peur de conséquences néfastes à une participation officielle''*. Néanmoins, un lien de confiance a pu être gagné avec ces non-participants et un accord verbal donné pour utiliser leurs réponses, dans le but de confirmer ou de compléter les réponses des participants. En rassemblant les données de l'entretien des participants (30) et des non-participants (20), nous pouvons dire qu'elles couvrent 12% de la population des soignants de trois CHSLD en A.T. (50/412). Les résultats des participants sont présentés dans les chapitres suivants, alors que les réponses et commentaires des non-participants ne servaient qu'à mieux cibler et mieux comprendre les difficultés exprimées par les participants.

Les exclusions prévues lors du projet de recherche concernaient les soignants ayant des pathologies graves de santé (1), tous les hommes (2) et les femmes qui avaient soit de la douleur ailleurs qu'au dos (3), soit un titre d'emploi peu concerné par la manutention de patients (4), soit des maux de dos non prioritaires sur les autres douleurs (5). Seules les exclusions (1) et (4), entre le questionnaire et l'entretien, ont été appliquées, excluant une soignante ayant des pathologies graves et en arrêt maladie prolongée, une infirmière n'ayant pas de manutention de patients dans sa tâche. Les autres exclusions n'ont pas été suivies puisque - les soignants sans douleur sont peu nombreux et que la douleur est rarement exclusive au dos - les deux hommes répondants disent faire les mêmes tâches avec les mêmes techniques de travail dans un même contexte professionnel que les femmes.

4.3 L'entretien dans son contenu, ses outils et ses variables

L'entretien semi-structuré comportait une introduction sur la perception du travail, du général au particulier, suivie de cinq parties documentant les difficultés de la

manutention pour les soignants des CHSLD en A.T. et présentées selon le modèle POETE (Personne, Organisation, Équipement, Tâche et technique de travail, Environnement physique et psychosocial). Cet entretien utilisait aussi divers outils (EVA, MSP, montre Polar, échelle de Borg), introduits dans la revue de la littérature (chapitre I), pour relever les variables au repos (douleur, stress, pulsations cardiaques, effort au travail).

4.3.1 En introduction

L'introduction commençait par des informations générales sur la personne, celles qui manquaient parfois dans le questionnaire (âge, taille, poids) et, sur le lieu de travail ,qui pouvaient avoir changé depuis le questionnaire (établissement, unité). La différence notée sur l'âge et sur le poids, entre le questionnaire et l'entretien, a été commentée par les soignants.

L'introduction continuait par quelques questions sur la perception du travail, du général au particulier de la manutention de patients, de la douleur et du stress, qui annonçaient le contenu de l'entretien semi-structuré. Ces questions étaient ouvertes pour que chaque soignant puisse expliquer ce qu'il aimait et n'aimait pas à son travail (questions 1 et 2), et ce qu'étaient ses difficultés générales et particulières du moment (questions 3 et 4). Ces questions étaient fermées lorsqu'il s'agissait de la présence ou non de difficultés de manutention de patients, à cause de la douleur (questions 5). Ces questions étaient mixtes, fermées (oui/non) et ouvertes (en quoi?, comment?) à la fois, pour préciser les limitations imposées par la douleur physique sur le travail et l'impact émotionnelle de la douleur sur la personne (questions 6 et 7).

À la fin de l'introduction (question 8), les trois variables, que sont la douleur, le stress et les pulsations cardiaques, étaient évaluées au repos, soit vingt minutes après le début de l'entretien.

La variabilité de la douleur était chiffrée avec l'échelle visuelle analogique (EVA, figure 8), en intensité (physique) et en aspect désagréable (émotionnel), comme dans le questionnaire. Cette échelle, présentée par la chercheuse (observateur) à chaque soignant (évaluateur), était utilisée concrètement en entretien. La douleur notée dans le questionnaire, en localisation et en intensité, a été comparée à celle au moment de l'entretien et les commentaires de chaque participant sur la variabilité de la douleur ont été expliqués.

La variabilité du stress était d'abord auto-évaluée en pourcentage par chaque soignant, avant que le support de mesure de stress psychologique (MSP) soit rempli. Ce support évalue les manifestations du stress du moment en 53 affirmations, au repos lors de l'entretien. Le pourcentage de stress calculé à partir du pointage du MSP (annexe C) a été rapproché du pourcentage de stress auto-évalué, avec une concordance de 95%.

Et enfin, les *pulsations cardiaques* au repos ont été comptées en tant que variable de

référence par rapport à l'effort au travail, au poignet sur une minute. La montre Polar (chapitre I), une fois présentée à chaque soignant, a été posée à leur poignet pour enregistrer les pulsations cardiaques au repos, relevées dix minutes après. Les deux résultats ont été rapprochés avec 95% de concordance.

4.3.2 Les cinq parties sur les difficultés de la manutention de patients

Les cinq parties de l'entretien permettent de documenter et de classer les difficultés de la manutention de patients par les soignants des CHSLD en A.T. Elles suivent le modèle POETE, présenté dans la revue de la littérature (chapitre I). Chaque partie supporte des variables avec des questions fermées qui énumèrent des déterminants, d'une façon non exhaustive. Chaque partie se termine par une question ouverte sur d'autres difficultés éventuelles la concernant (questions 12, 18, 24 et 33) et par une évaluation de la satisfaction la concernant (questions 13, 19, 25, 34, 37 et 38). L'entretien se termine par une évaluation de la part accordée à chaque partie, dans les difficultés de manutention de patients, avec ou sans douleur (question 39). Il conclut par des questions ouvertes sur les ajustements mis en place face aux difficultés.

Les difficultés Personnelles étaient documentées entre les questions 9 et 11. Elles traitaient des caractéristiques physiques (sexe, âge, taille, poids ...), l'état de santé physique et psychologique (douleur, capacité, fatigue, stress, humeurs, hérédité, antécédents ...) et l'hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation, sommeil, sports, loisirs, vacances ...).

Les difficultés Organisationnelles étaient documentées entre les questions 14 et 17. Elles traitaient de quantité de manutentions (surcharge ou sous-charge de travail physique), de contraintes de temps (charge psychologique, tâche interrompue, pauses, cadences, heures supplémentaires ...) et dans la pratique du travail (manque de personnel, répartition des tâches, taille équivalente, coordination, ordres contradictoires ...), de grilles horaires (jour/nuit, rythme, alternance ...).

Les difficultés d'Équipements étaient documentées entre les questions 20 et 23. Elles traitaient des lits électriques et des lèves personnes sur rail, en fonction de la quantité (nombre, disponibilité) et de la qualité du matériel (performance, réglage), de leur utilisation (toujours à jamais), selon l'espace et la facilité pour s'en servir, la formation et l'entrainement pour s'en servir, le personnel et la latitude pour s'en servir.

Les difficultés d'Environnement physique étaient documentées en question 35 (espace, décoration ...). Celles d'environnement psychosocial étaient détaillées en question 36 en termes de latitude (autonomie et initiatives, organisation personnelle, gestion du temps de travail, choix des techniques, de la priorité et des séquences de la tâche ...) d'exigences de travail (stress, insatisfaction, monotonie ...) et de support (entraide, écoute, relations, respect, reconnaissance ...). Les données de l'entretien sur les difficultés psychosociales ont été comparées immédiatement à celles de la deuxième partie du questionnaire, pour confrontation des soignants et

compréhension de la chercheuse.

Les difficultés de la Tâche et de la technique de travail étaient documentées entre les questions 26 et 32. Elles traitaient des actions par les mouvements (lever/coucher, tirer/pousser, retenir/pivoter, porter/transférer ...), selon les positions (debout, assis, accroupie ...) et les postures (flexions/extension du dos, rotation/torsion, asymétrie/équilibre/stabilité ...). Elles traitaient du type d'effort à fournir pour la manutention de patients (en posture contraignante, en mouvement lent ou rapide, en répétitivité, sans pause ...), efforts excentriques ou imprévus. Elles traitaient de la *variabilité de l'intensité de l'effort* en fonction du soignant (fatigue, faiblesse, capacité) ou du patient (poids, rigidité, réactions, coopérations, état de conscience, stabilité ...), à évaluer sur l'échelle de Borg (figure 10), en moyenne et en maximum. Elles traitaient de la fréquence et de la durée de la manutention de patients (en mouvement, en posture et en effort), de la formation à la manutention de patients (PDSB) et de son suivi, de la maîtrise et de l'application de cette technique de travail (toujours à jamais).

La perception de l'effort (moyen et max) était auto-évaluée au repos, par l'échelle de Borg (CR-10, 1982) qui associe des mots à différents chiffres entre 0 et 10, pour faciliter son utilisation numérique (figure 10). Elle a été présentée aux soignants participants au cours de l'entretien et utilisée pour évaluer l'effort au travail, en ce jour de repos.

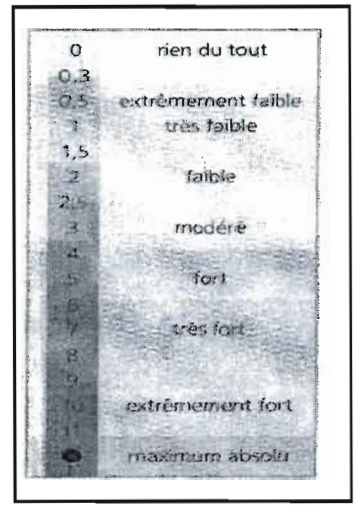


Figure 10 : Échelle de Borg pour évaluer l'effort entre 0 et 10 (Borg, CR-10,1982)

5 LA DÉMARCHE SOUTENUE PAR LES COMITÉS DE SUIVI DE LA RECHERCHE

La création des *comités de suivi* soutenait *l'approche participative* de cette recherche. Ils furent mis en place avec des volontaires, non participants à la recherche, représentants des cadres et des syndicats, des formateurs et des soignants. Ils

permettaient un contrôle sur le déroulement de la recherche, une discussion autour des données de la recherche pour en favoriser la compréhension et l'analyse.

Ces comités, initialisés lors de l'étape préparatoire, se sont réunis après chaque étape de la recherche (tableau I). La participation prévue initialement fut en fait variable, compte tenu des tensions initiales entre les parties. Dans deux des CHSLD participants, ce comité a nécessité deux réunions puisqu'il y eut un refus d'asseoir à la même table les cadres et les soignants. Une personne cadre infirmier servait de lien et a participé aux deux réunions. Lors de la deuxième rencontre, une seule réunion fut nécessaire dans ces deux CHSLD, où la communication fut constructive autour des difficultés présentes reconnues. Dans le troisième CHSLD participant, la première rencontre a réuni toutes les parties, favorisant la richesse des échanges, malgré une "polémique parfois musclée". Alors pour la deuxième rencontre, il a fallu deux réunions séparées pour que la recherche bénéficie des commentaires intéressants des deux parties (patronale et syndicale), par crainte d'une nouvelle polémique.

6 LES GROUPES DE RECHERCHE ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Les groupes de recherche étaient constitués en fonction de la douleur des soignants, donnée variable dans le temps et au fil des étapes de la recherche. Ce sont les résultats de la douleur dans la dernière année, documentée dans le questionnaire, qui ont été choisis pour servir de référence à la constitution des groupes de recherche.

L'analyse des réponses aux questions fermées du questionnaire et de l'entretien étaient codifiée par différents supports et outils (annexes B et C). Celle des réponses aux questions ouvertes de l'entretien se structuraient à partir de paramètres émergeants, mots clés communs à tous les groupes de recherche, soutenus par les réponses et commentaires des non-participants.

6.1 Les groupes de soignants participants à la recherche

Le contexte particulier des CHSLD en A.T., documenté lors de l'investigation préliminaire, et la réalité de la douleur perçue chez la plupart des soignants (questionnaire et entretien) ont nécessité de modifier les caractéristiques des groupes de soignants et les exclusions prévues lors du projet de recherche. Par conséquent, trois groupes de soignants au lieu de deux ont été formés : A sans douleur, B avec des maux de dos (non exclusifs) et C avec de la douleur ailleurs qu'au dos.

Dès le questionnaire (étape 1), les groupes ont été constitués en fonction de la présence ou non de "douleur dans la dernière année" et des localisations de cette douleur (questions 6 et 7). A l'étape de l'entretien (étape 2), nous avons choisi de garder ces mêmes critères, bien que neuf participants ayant eu des "douleurs dans la dernière année" n'en avaient pas au moment de l'entretien et qu'un participant

n'ayant pas eu de douleur dans l'année en avait au moment de l'entretien. Au cours de l'entretien un ajustement sur la réalité de la "douleur dans la dernière année" a été possible pour corriger les inexactitudes écrites par trois soignants participants dans le questionnaire (omission volontaire reconnue). En effet, par manque de confiance dans la recherche ou par désir d'y participer coûte que coûte, par peur des conséquences professionnelles à avouer sa douleur ou par colère exacerbant la présence de la douleur, certains soignants l'ont tue ou amplifiée lors du questionnaire, avant de s'expliquer en entretien lors d'une confrontation des données. Le tableau 2 présente la répartition des soignants entre les groupes de recherche, en fonction de la douleur "dans la dernière année", réajustée pour le questionnaire sur la réalité des soignants ayant participé à l'entretien.

Tableau 2 : Composition des groupes de soignants participant à chaque étape de la recherche, en fonction de la douleur

Étapes de la recherche	Questionnaire (42 participants)		Entretien (30 participants)
Douleur dans la dernière année	initiale *	ajustée *	
Groupe A (sans douleur)	9	10	4
Groupe B (avec maux de dos, non exclusif)	28	26	22
Groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)	5	6	4

** la douleur initiale écrite dans le questionnaire a été parfois ajustée oralement en entretien*

Parmi les 12 soignants n'ayant participé qu'au questionnaire, aucun ajustement au sujet de la douleur n'était possible, faute de participation à l'entretien. En fait, entre le questionnaire et l'entretien, ces 12 soignants n'étaient plus au travail : six soignants sans douleur (groupe A), quatre soignants avec des maux de dos non exclusifs (groupe B) et deux soignants ayant de la douleur ailleurs qu'au dos (groupe C).

Pour les 30 soignants ayant participé au questionnaire puis à l'entretien, la "douleur dans la dernière année" servait de référence pour les répartir entre les groupes de recherche, comme nous l'avons vu. En effet, la "douleur de la dernière semaine" (question 14 du questionnaire) et "la douleur du moment" (entretien, questions 5 à 8) ont moins d'importance que la "douleur dans la dernière année" (questionnaire) pour évaluer globalement une situation de travail.

6.2 Le traitement des réponses en fonction des groupes de soignants

Les informations recueillies lors de l'investigation préliminaire d'une façon informelle sur le contexte ont été regroupées par thèmes et résumées pour faire ressortir les points de vue différents des cadres, des syndicats et des soignants (chapitre III.1). Les réponses au support "de contexte et d'organisation du travail" (annexe A) rempli d'une façon formelle ont été traitées en fonction du nombre de soignants et de patients, et présentées en tableau généralement sous forme de pourcentages à comparer (chapitre III.2).

Les réponses aux questions fermées du questionnaire de Santé-Canada s'articulaient autour de variables choisies et de déterminants ciblés, comme nous l'avons vu dans le paragraphe 3 de ce chapitre, pour un traitement quantitatif des données de recherche. Les réponses aux questions fermées de l'entretien semi-structuré (annexe B), dont les variables et les déterminants ont été présentés dans le paragraphe 4 de ce chapitre, ont eu le même traitement. Il s'agissait de comptabiliser le nombre de soignants concernés par chaque paramètre et de calculer les pourcentages pour les comparer, de déterminer les moyennes si besoin, de les présenter sous forme de tableaux et éventuellement de figures.

Les réponses aux questions ouvertes de l'entretien sont celles de l'introduction et des explications données dans les différentes parties documentant les difficultés des soignants à la manutention de patients. Elles sont induites par des "pourquoi" pour commenter quelques questions fermées et par des "autres" pour enrichir les réponses de chaque partie de l'entretien. De ces réponses aux questions ouvertes des variables supplémentaires et des déterminants spécifiques se sont dégagés, pour ordonner les réponses par catégories de "mots clés" avant de les classer dans le modèle POETE qui encadrait l'entretien. Le choix des "mots clés" a été fait, suite à une confrontation entre la chercheuse et l'assistante de recherche, choix validé par l'un des superviseurs de cette étude. Ces réponses aux questions ouvertes ont été traitées généralement de la même façon que les réponses aux questions fermées, et complétées par des citations choisies. Des tableaux ont été regroupé par catégories de "mots clés", les réponses aux questions ouvertes pouvant induire plusieurs commentaires par question. Ces "mots clés" ont été comptabilisés séparément lorsqu'ils relevaient d'une même catégorie et à chaque fois lorsqu'ils relevaient de plusieurs catégories. Par exemple, une participante qui disait avoir des problèmes avec ses collègues (environnement psychosocial) et avec ses supérieurs (environnement psychosocial) était comptabilisée une seule fois dans environnement psychosocial. Par contre, une participante qui disait éprouver des problèmes dus au manque de personnel (organisation) et aux mauvaises relations entre employés (environnement psychosocial) était comptabilisée deux fois. Par conséquent, il arrive que le total des commentaires dépasse le nombre de participants.

6.3 Le traitement des réponses sur le stress

Le traitement des réponses sur le stress combine à la fois les consignes des différents supports d'évaluation et les choix de la chercheuse pour rester au plus près possible de la réalité des soignants participants.

6.3.1 Les risques de stress

Les réponses aux 26 propositions de la 2ième partie du questionnaire (propositions 20 à 45) ont rassemblé les choix "d'accord" et "fortement en accord" (c et d) et les choix "en désaccord" et "fortement en désaccord" (a et b). La proposition 37 est classée par Santé-Canada dans la latitude décisionnelle, alors qu'elle est plutôt vécue comme "une demande physique" et "une demande psychologique" par les soignants des

CHSLD en A.T. Elle sera donc à la fois comptabilisée avec les exigences du travail (demandes physique et psychologique) pour respecter les commentaires des soignants en marge du questionnaire.

Le traitement des réponses aux 26 propositions s'est fait en deux étapes. La première étape reporte les réponses des soignants participants, proposition par proposition, pour chaque paramètre (manque de latitude décisionnelle, exigences physiques et psychologiques du travail, soutien psychosocial). Elle tient compte de chaque paramètre, qui regroupe plusieurs propositions, en termes d'accord (choix c et d) ou de désaccord (choix a et b) selon la formulation de la proposition. Elle calcule le pourcentage de réponses pour chaque paramètre, selon les CHSLD et les titres d'emploi des soignants, à comparer. La seconde étape calcule d'abord le score individuel des réponses aux propositions, paramètre par paramètre. Ensuite, elle retient le nombre de soignants concernés par chaque proposition dans le sens du paramètre ($\geq$ 5/9 propositions sur le manque de latitude décisionnelle, $\geq$ 4/5 propositions sur la demande physique élevée, $\geq$ 4/5 propositions sur la demande psychologique élevée, $\geq$5/8 propositions sur le bon soutien psychosocial), converti en pourcentage de soignants. Les tensions au travail rassemblent le manque de latitude décisionnelle et les exigences élevées du travail (physiques et psychologiques), pour évaluer le risque de stress au travail, individuellement pour chaque participant (pointage) et collectivement en nombre de soignants concernés (%). Alors le pourcentage de soignants concerné par les tensions au travail est rapproché du pourcentage de soignants reconnaissant un bon soutien psychosocial, pour évaluer la présence ou l'absence de risque de stress au travail.

Exemple de score individuel :
Manque de latitude décisionnelle en accord 4/9 (44% des propositions)
Exigences physiques de travail en accord 4/5
Exigences psychologiques en accord 3/5
Exigences du travail en accord 7/10 (70% des propositions)
Soutien psychosocial 7/8 (87,5% des propositions)
$\frac{(44 + 70)}{2}$ = 57% (tensions) à comparer à 87,5% (soutien psychosocial)
Si les tensions au travail sont plus cotées que le soutien psychosocial, il y a un risque de stress au travail. Dans cet exemple, le soutien psychosocial (87,5% des propositions) compense le manque de latitude décisionnelle et les exigences du travail, c'est-à-dire les tensions au travail (57% des propositions). Il n'y a donc pas de risque de stress au travail dans cet exemple.

Exemple d'évaluation collective :
Manque de latitude décisionnelle, 35% des participants ont un score individuel $\geq$5/9
Exigence physique de travail, 65% des participants ont un score individuel $\geq$4/5
Exigence psychologique, 57% des participants ont un score individuel $\geq$4/5
Tensions au travail (un au moins des trois paramètres précédents) 71% des participants, selon leurs scores individuels par paramètre
Soutien psychosocial, 80% des participants ont un score individuel $\geq$5/8

Risque de stress au travail, 21% des participants selon leur score individuel comparant les tensions au travail avec le soutien psychosocial.

6.3.2 Les manifestations du stress

Les réponses aux 53 affirmations du MSP de Lemyre et Tessier (1988), rempli par les participants en fin d'introduction de l'entretien, sont cotées de 1 à 8 avec une inversion dans la formulation pour quatre d'entre elles (25, 27, 47 et 53). Le score corrigé du MSP se calcule donc en inversant les quatre réponses : une cote 8 devient 1, une cote 7 devient 2, une cote 6 devient 3, une cote 5 devient 4 ..... Le pointage maximal corrigé est donc de : 53 x 8 = 424 et le pointage minimal corrigé est de 53 x 1 = 53. Le pointage individuel corrigé du MSP est traduit en pourcentage, pour en faciliter l'utilisation, par la formule suivante :

$$\frac{(\text{score personnel corrigé} - \text{score minimum corrigé})}{\text{score maximum corrigé} - \text{score minimum corrigé}} \times 100$$

Exemple (réponses déjà inversées si besoin), selon le mode d'emploi de Lemyre et Tessier (1988) :
MSP score individuel 168

$$\frac{168 - 53}{424 - 53} = \frac{115}{371} = 31\%$$

Ce pourcentage de manifestations du stress est à prendre en compte lorsqu'il dépasse 30%, dit inacceptable au travail (Navez, 2000; Edmond, 2003). Les scores individuels sont évalués au niveau collectif, en calculant le nombre de soignants participants ayant un pourcentage de stress au travail supérieur à 30%. Ce nombre de soignants participants est comparé avec celui à risque de stress selon Karasek, pour une approche collective. Le repérage individuel des soignants concernés par le risque de stress au travail et les manifestations du stress au moment présent est alors possible.

CHAPITRE III.1

LES RÉSULTATS

de l'investigation préliminaire :

le contexte historique et politique des soignants en région A.T.

le contexte de travail dans les CHSLD avec
la politique de *Milieu de vie* et le concept d'*Humanitude*

les caractéristiques de la population et de l'échantillonnage

L'investigation préliminaire en "*deux tours de piste*" a dégagé des informations sur le contexte de travail présent des soignants de CHSLD en A.T., qui s'appuie sur le contexte historique et politique particuliers.

Avec les cadres, elle a permis de cibler la problématique dominante de la manutention de patients et la persistance des maux de dos malgré l'introduction progressive de lits électriques et de lève-personne sur rails.

Avec les soignants, elle dénonçait plutôt la fatigue par surcharge croissante de travail, surtout depuis les fusions hospitalières. En 2003, le sentiment d'en "*avoir plein le dos*" dominait celui d'avoir "*mal au dos*" selon leurs expressions, et une méfiance face à la recherche, à l'université et aux chercheurs en général était présente chez les soignants. En 2004, le mode de survie était enclenché, les soignants rassemblant leurs dernières forces pour leur travail. Les infirmières pointaient alors du doigt le manque de temps qui empoisonnait leur vie professionnelle et personnelle, c'est-à-dire l'impossibilité pour elles de participer à une recherche. En fait, les tensions entre les parties étaient si fortes que des affrontements et des menaces de grève eurent lieu. Des arrêts de travail ou des changements de postes de travail se multipliaient, confirmant la situation de crise, chez les soignants comme chez les cadres.

Avec les syndicats (FIQ et CSN), elle tentait de comprendre la réalité du conflit entre les cadres et les soignants. L'accusation des cadres de directions d'être responsables de la dégradation des conditions de travail était portée par les syndicats. De plus, un doute était exprimé au sujet de la neutralité et de l'éthique des chercheurs de l'UQAT (antécédent fâcheux).

1 CONTEXTE HISTORIQUE DES SOIGNANTS EN RÉGION A.T.

Le contexte historique a été principalement documenté lors de l'investigation préliminaire ("deuxième tour de piste" 2004/2005) auprès des cadres, des syndicats et des soignants. Il a été complété par des informations recueillies auprès d'acteurs clés de la région, à la retraite et reconnus comme pionnier dans le domaine médical, de professeurs d'histoire et de sociologie, de musées régionaux ou de parcours historiques commentés, du site internet de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. Il a été confirmé par une relecture des alinéas suivants par les personnes ayant le plus de connaissances ou de vécu du contexte historique des soignants en région. Il a été construit en suivant le modèle de Maslow présenté dans la revue de la littérature au chapitre I.

1.1 Les soignants dans l'histoire de la colonisation et de l'installation en A.T. : les besoins fondamentaux et de sécurité (1926 à 1965)

L'évolution des soignantes est liée à l'histoire de l'occupation du territoire, qui a moins de 100 ans en Abitibi-Témiscamingue. Les premières soignantes (métier initialement féminin) étaient appelées des garde-malades, elles étaient formées par les

religieuses (1ière école d'infirmières à Mc Gill en 1920) pour travailler dans les dispensaires en région. C'était *une mission* demandant le célibat. Elles y étaient seules à tout faire, palliant souvent au manque de médecin sur place. Elles avaient beaucoup de responsabilités et de compétences. Les conditions de travail étaient difficiles, les exigences de la tâche importantes, elles consacraient toute leur vie à leur fonction et avaient peu de vie privée. Leurs patients étaient les colonisateurs, mineurs ou défricheurs, travaillant pour s'installer sur ce territoire hostile et faire survivre leur famille en assurant leurs "besoins fondamentaux". Ces gens-là "n'avaient pas le temps de s'occuper de leur santé et de leurs enfants". La garde, entre le dispensaire et les domiciles, palliait aux urgences de santé. Les pères Oblats, eux, palliaient à l'urgence d'éduquer les enfants à l'école. La politique d'urgence est donc particulièrement bien ancrée en région, selon les commentaires unanimes recueillis par la chercheure.

Le premier hôpital est né avec la région, créé par des religieuses en 1926 à Noranda. Il s'agissait de soutenir le travail des garde-malades dans les villages alentour, dans un contexte spartiate où tout s'obtenait "à la force du poignet". Pour assurer les besoins fondamentaux de tous, il a fallu faire des sacrifices pendant plusieurs générations, être une garde-malade était *une vocation* alors. Personne ne se plaignait, de la longueur des journées de travail, des conditions de travail, des exigences de la tâche, des efforts physiques à fournir. Tout le monde oubliait ses difficultés personnelles au travail pour sortir sa famille de la pauvreté, et l'entraide était de mise par "besoins de sécurité".

1.2 Les soignants suivent l'évolution du contexte histoire en A.T. : les besoins d'appartenance et d'estime de soi (1966 à 1995)

Il a fallu attendre 1967 pour que l'enseignement dispensé aux infirmières soit plus structuré, dans le cadre des Cégep. Ces femmes devenues infirmières *au service des malades*, étaient aussi mères. Elles faisaient encore souvent passer leur travail avant leur famille. Il s'agissait encore d'assurer la sécurité des siens par l'argent venu du travail et la sécurité du travail et au travail (syndicat, SST). Il s'agissait aussi d'assurer le "besoin d'appartenance" et la reconnaissance des compétences. C'est dans ce contexte que l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec, s'est créé en 1974, régie par un Code des professions définissant les actes médicaux délégués par les médecins en 1979.

Un changement fondamental des mentalités a commencé par la prise en charge de l'éducation par le gouvernement, à la place des religieux, dans les années soixante dix. Le développement économique de la société fut libéré de l'urgence d'assurer l'occupation du territoire et la survie de la famille dans un environnement difficile. Dès les années quatre vingt, les femmes recherchaient *l'épanouissement personnel* au travail et dans les autres sphères de leur vie. Elles ont pris peu à peu conscience de leurs *"besoins d'estime de soi"* pour s'épanouir en équilibrant le travail et la famille d'une part, le travail et les loisirs d'autre part. Elles se sont battues pour une qualité de vie, que n'avait pas eue leurs parents et grands-parents, pour leur condition

féminine. Ils ont appris aussi à ménager leur corps pour éviter la douleur physique, à prendre le temps de s'interroger sur leurs émotions, à réfléchir par eux mêmes au sens des choses (dimensions physiques, émotionnelles et intellectuelles de l'être). Cette génération, devenue plus sédentaire que les précédentes, était dite par les aînées, plus fragile physiquement et psychologiquement.

1.3 **Les soignants au travail en A.T. dans le contexte présent :** les besoins de s'accomplir et autres besoins (1996 à nos jours)

Les connaissances et les techniques médicales ont beaucoup progressé dans cette période récente ainsi que la communication et la recherche. En 1995, les infirmières les plus anciennes qui avaient des difficultés à suivre l'évolution ont pris en grand nombre leur retraite, faute de "pouvoir s'accomplir". En effet, suite à une proposition du gouvernement qui tentait de réduire les coûts de la santé. Celles restées au travail, viennent de prendre leur retraite, après de nombreux arrêts de travail. Elles disaient avoir dépassé *"le seuil de tolérance à la douleur et à la souffrance"*.

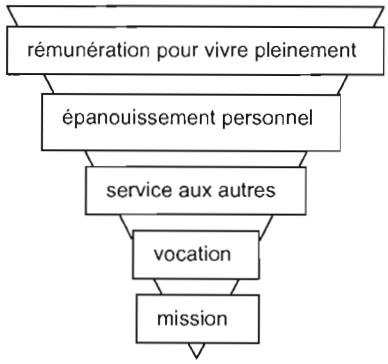
Les soignants restant au travail en ce début du 21ième siècle ont été plus choyés par la vie que leurs aînés, affirment les cadres. Ils ont été élevés dans une société où le confort et les loisirs ont pris de plus en plus de place, où l'effort et le travail a perdu de plus en plus de sens, expliquent les sociologues. Les plus âgés disent avoir cherché en vain à s'épanouir par *ce travail d'aide* aux patients, tout en assumant leurs responsabilités familiales. Les plus jeunes ne se font pas d'illusions, elles exercent un *métier rémunérateur* dans le but de vivre personnellement et d'assurer leurs loisirs. Elles pensent assurer leur "besoin de s'accomplir" ailleurs qu'au travail. Aujourd'hui, ce métier annoncé comme très difficile par les médias, semble une mission impossible pour les soignants, surtout auprès des personnes en fin de vie.

Les soignants les plus jeunes, ceux qui sont entrés sur le marché du travail depuis une quinzaine d'année, disent avoir d'autres besoins que leurs aînés. Ils confirment les courants de développement personnel dans le prolongement de la théorie de Maslow (chapitre I) en parlant des besoins d'apprendre et de comprendre, d'esthétique et d'arts, voire de spiritualité. "Pour satisfaire ces nouveaux besoins, source de motivations au travail, la société et le monde du travail ont besoin de continuer à évoluer", nous dit Côté lors d'un cours universitaire en 2007 (SST-1010).

1.4 **L'évolution des soignants en A.T. en moins d'un siècle** (1926/2005)**: des besoins sociaux à la motivation professionnelle**

A travers l'histoire des soignants en A.T., nous remarquons que les résultats suivent la pyramide de Maslow au sujet des besoins et inverse la pyramide au sujet des motivations au travail. En effet, de génération en génération au travail, les soignants évoluent dans la hiérarchie des besoins au niveau socioprofessionnel, des besoins physiologiques aux besoins d'accomplissement et même aux besoins spirituels, comme nous venons de le voir. En même temps, les motivations personnelles au travail évoluent de la notion de "mission" à celle de "rémunération pour vivre

pleinement". Ces deux pyramides présentées en figures 11 illustrent la complémentarité entre la vie sociale et la vie professionnelle vécue par les soignants en A.T.



Figures 11 : De la pyramide des besoins à celle de la motivation au travail

1.5 Les quatre générations de soignants au travail en A.T. (2005) : le sens du travail et les comportements face au changement

Le sens du travail est "donné par la motivation et la satisfaction des besoins", "il a évolué au fil du temps en région", affirme un cadre de direction de CHSLD en A.T. Des premiers résultats de recherche, le "sens du travail" et "les comportements face au changement" sont mis en évidence par les cadres et les syndicats, commentés par les soignants rencontrés et expliqués par des professeurs en histoire et en sociologie.

Pour les soignants de la génération des séniors (plus de 60 ans), le sens du travail était soutenu par "le sens du devoir" et la *vocation du métier*. En effet, lors de l'installation de la population en A.T. (1946 à1965), il fallait se sacrifier (quantité de travail) dans une société où la santé et la sécurité au travail étaient ignorées, expliquent les trois séniors rencontrés. Ayant la sécurité de l'emploi, ces soignantes vivaient dans une certaine routine. L'une encore au travail disait même toujours "préférer la routine aux changements".

Pour les soignants de la génération des baby-boomers (45 à 60 ans), le sens du travail est soutenu par "le sens du pouvoir et du devoir" et la *passion du métier.* En effet, lors de l'expansion historique de la région (1966 à 1985), il fallait développer une certaine compétitivité pour exister et revendiquer les conditions du travail (syndicats, conventions collectives, contrats de travail). Les cinq soignantes de cette génération rencontrée reconnaissent avoir pu choisir leur carrière, malgré "une surcharge de travail qui en menace la qualité". Elles disent aussi devoir "résister au changement qui ne respecte pas leurs valeurs".

Pour les soignants de la génération X (30 à 44 ans), le sens du travail est lié par "le sens du pouvoir, sans le devoir" et par "*la recherche d'un métier pour gagner sa vie*".

En effet, lors de l'évolution de la région (1986 à 2001), il est facile "d'*exercer un métier et de pouvoir en changer"* puisque la mondialisation commence à souffler "un vent de changement" et que la concurrence à l'échelle internationale ouvre des opportunités de carrière diversifiée pour les soignants. Les onze soignants de cette génération rencontrés disent pouvoir *''orienter leur choix de changement"* pour relever des défis, *"mettent la qualité avant la quantité au travail"*. Ils savent demander des conditions de travail sur mesure : horaires flexibles, année sabbatique, allongement des vacances, répartition des jours de repos.

Pour les soignants de la génération Y (18 à 29 ans), *le travail n'a de sens que s'il est inscrit dans de vastes projets*, puisqu'ils n'ont "ni le sens du pouvoir, ni le sens du devoir". En effet, le monde contemporain évolue dans un *tourbillon de changements* où l'accès à la diversité mondiale et sociale est apprécié, mais nécessite de savoir innover et se renouveler sans cesse pour exister sur le marché du travail. Les huit soignantes de cette génération rencontrées se disent "*changeantes"* et *''aimant le changement"*, *"induire des changements"*, elles font *''du changement une façon d'être personnelle"*. Elles savent que la qualité du travail ne va pas avec la quantité demandée, et laisse la responsabilité de cette situation à leurs aînées.

2 CONTEXTE POLITIQUE : DES FUSIONS HOSPITALIÈRES A L'ORGANISATION PRÉSENTE DU TRAVAIL DANS LES CHSLD EN A.T.

La politique des fusions hospitalières a été documentée lors de l'investigation préliminaire (2003/2005), avec les cadres et les syndicats (FIQ et CSN). Les consignes gouvernementales ont été présentées sur le site internet de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec, appliquées à partir du support "Plan d'organisation 2006/2009" élaboré par chaque hôpital et expliquées par les cadres de direction. Les changements vécus par les soignants ont été présentés dans des articles de presse et commentés par les différents syndicats les représentants et par les soignants en formation à l'université.

2.1 De l'entente syndicale de 1992 au virage ambulatoire de 1996

Le rôle des syndicats est historiquement important au Québec, en tant qu'intermédiaire entre les soignants et la direction des hôpitaux. Les syndicats ont signé en 1992 une entente avec le gouvernement, au sujet de la rémunération des heures supplémentaires (temps et demi) et de leur intégration à l'ancienneté, au sujet de la priorité à l'ancienneté pour le choix des dates de vacances et du moment de la retraite. Selon les cadres, la conséquence sur les soignants est alors un climat de jalousie lié aux privilèges des anciens, et la conséquence sur le système de santé au Québec est l'augmentation des dépenses.

Pour minimiser les effets négatifs de cette entente sur le budget de la santé, en 1995, le gouvernement a proposé aux soignants les plus âgés le choix entre une retraite anticipée et une formation aux nouvelles technologies et méthodes de travail. Le

choix d'un départ massif à la retraite a surpris les responsables de la santé au Québec, d'autant plus qu'il n'y avait pas suffisamment de jeunes sortant des écoles pour les remplacer. La pénurie de soignants s'est fait sentir immédiatement, créant *une situation d'urgence* à gérer par les directions des hôpitaux. Avec l'appui des syndicats, les soignants ont refusé de répondre en grand nombre (grève) à la pénurie par la mobilité des horaires (jour/garde/nuit) et des équipes (faire équipe avec une collègue ou un autre), par la polyvalence dans les services (gériatrie/médecine/chirurgie/urgence/pédiatrie) et par des heures supplémentaires (de 2h, 4h ou 8h).

2.2 Le virage ambulatoire (1996) et la 1ière vague de changements

En 1996, le gouvernement fait un "virage ambulatoire", dont l'objectif était de donner la priorité aux soins à domicile, pour faire face aux manques de soignants et de budget en santé. Alors, les services hospitaliers de soins de longues durées (patients en perte d'autonomie) et les centres d'accueil hospitalier en soins de moyens séjours (patients à capacité réduite) ont été regroupés avec les maisons d'hébergement et de soins pour personnes âgées autonomes. Ce "mariage forcé" entre trois instances publiques dont la mentalité est reconnue différente par tous les représentants syndicaux rencontrés, a constitué la 1ière fusion. Elle cherchait à ramener à domicile les personnes autonomes avec une prise en charge par le CLSC, à ouvrir des pavillons "de ressources intermédiaires" pour les personnes à capacité réduite et à maintenir dans des centres de longue durée seulement les personnes en perte d'autonomie, expliquent les cadres. Il s'agissait de faire des économies dans les dépenses de santé en réduisant de plus de la moitié le nombre de lits (56 %) et en répartissant le personnel restant, tout en répondant aux besoins grandissant d'une population vieillissante en perte d'autonomie, selon la presse.

Le ministère de la santé qui *"cherchait à faire des économies dans les dépenses de santé", "a masqué la pénurie des soignants en modifiant le ratio soignants/patients"* et le ratio *"infirmières/auxiliaires/préposés"*, expliquent les syndicats. Les restructurations internes demandées allaient *"modifier fondamentalement les organisations de travail et les environnements psycho-sociaux au travail"* selon un cadre de direction d'un CHSLD. En fait, la *philosophie interventionniste* de l'hôpital (ex : réanimation pour prolonger la vie, opération favorisée quelque soit l'âge de la personne) a été remplacé par la *philosophie prothétique* des maisons d'hébergement et de soins (le service sert seulement de prothèse au patient) expliquent les cadres. Le changement a touché les patients qui ont été redistribués selon l'évaluation de leur autonomie et les soignants qui ont été redistribués selon les règles syndicales (supplantation, sécurité d'emploi ....). Cette 1ière fusion créa les CHSLD (Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée) qui occupèrent les locaux prévus auparavant pour les personnes autonomes hospitalisées en courte durée.

Les responsables des ressources humaines avec les infirmières chefs ont modifié alors l'organisation du travail et la répartition des tâches, appliquant la première vague de changements demandée par le gouvernement. Des contrats à temps partiel

(7/7 : 7 jours de travail suivis de 7 jours de repos) à compléter sur appel (7+3 jours de travail maximum, réduisant le repos à 4 jours sur deux semaines pour un temps plein) ont été imposés à l'embauche dans les CHSLD pour remplacer peu à peu les contrats à temps plein (5/2) et poste fixe. Certains soignants en poste ont même dû abandonner leur temps plein pour un temps partiel complété sur appel, précisent les soignants. La coexistence de ces contrats de travail et le déplacement des infirmières de l'hôpital vers le CHSLD ont créé des tensions entre les soignants, reprochent les syndicats. Il s'agissait de suivre les directives du gouvernement et de garantir une continuité auprès des patients, tout en augmentant la marge de manœuvre dans la gestion du manque de personnel, par les rappels, expliquent les cadres. L'apparition de la précarité de l'emploi, en fonction du rappel, induisit une dégradation de l'environnement psycho-social (compétitivité, jalousie, favoritisme du rappel), commentent les syndicats.

Pour répartir la tâche entre les soignants, chaque hôpital a choisi de déléguer certains soins médicaux des infirmières aux auxiliaires et certains soins d'hygiène des auxiliaires aux préposés. De nouveaux préposés sont embauchés par les cadres en ressources humaines, pour combler ainsi la pénurie d'infirmières. Les syndicats expliquent qu'il existe depuis une disparité entre les hôpitaux de la région, au sujet des choix de soins délégués, à l'origine d'un malaise et *''d'une valse des soignants''* de l'un à l'autre. Ils soulignent aussi que *''la quantité et la qualité des soins dispensés aux bénéficiaires ont été réduites''* (hygiène, linge, activités), *''pour économiser du temps et du personnel''*. Ils continuent sur les feuilles de route (plan de soins), encadrant toutes les activités des soignants, qui sont dites structurées ''en limitant l'autonomie et les responsabilités des soignants'', '' en transformant les soignants en exécutants neutres''. Il fallait que ''le temps soit productif en tout temps'', l'hôpital devenant ''une industrie comme une autre'', lisait-on dans la presse. Une hiérarchie des tâches et une opposition entre les priorités et la logique des soignants et celles des cadres sont apparues. Une insatisfaction grandissante et une animosité envenimèrent alors le climat psycho-social, aux dires des syndicats.

Les responsables des ressources humaines pensaient que l'introduction, depuis 1995, d'équipements (lits électriques, lève personne) et du PDSB (technique de travail) allait alléger physiquement la manutention de patients, faite par un nombre de plus en plus restreint de soignants. Mais, selon les soignants, *''le seuil de tolérance à la douleur et à la souffrance''* étant dépassé, ces aides à la manutention sont insuffisants. Tout le monde constate que la tension entre les soignants et leurs supérieurs progressa alors sur le terrain.

2.3 La fusion administrative (2003/2004) et la 2ième vague de changements

Le manque de ressources (financière et humaine) persistant, le gouvernement organisa une fusion administrative fin 2003. L'unification administrative entre les hôpitaux généraux et les CHSLD, a signé le début de *''la valse des cadres''*, à accélérer les restructurations externes, en modifiant les équipes et les services, suite à des agrandissements de locaux ou à des fermetures d'étages, à des

déménagements de bâtiments ou à une répartition différente des patients. Un directeur de CHSLD a utilisé son "droit de gérance" pour imposer les changements (mobilité des horaires et des équipes, heures supplémentaires et polyvalence des soignants). Les cadres et les soignants se plaignent que le côté familial des petites structures, avec leurs avantages et leurs inconvénients, a en partie disparu en région. Les soignants ne se sentent plus connus et reconnus personnellement, disent avoir perdu leur identité professionnelle particulière, si chère à tous en région.

En juillet 2004, la fusion des Centres Hospitaliers, des CHSLD et des CLSC par le gouvernement est à l'origine de la création des Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS). Les syndicats rencontrés expliquent que cette fusion visait d'une part à réduire les coûts administratifs et de personnels cadres, et d'autre part donnait l'obligation de répondre aux exigences des lois 25 et 30 (2003). La loi 25 encadrait la fusion administrative et la modification des statuts. La loi 30 visait la fusion des représentations syndicales, pour limiter à quatre interlocuteurs (au lieu de 20 ou 30 selon les hôpitaux) lors de négociations prioritairement locales. Depuis 2006, les auxiliaires sont représentées par le même syndicat que les infirmières (FIQ, Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec), suite à l'évolution de leurs activités. Par contre les préposés aux bénéficiaires affirment manquer toujours de reconnaissance sur le terrain faute d'avoir un syndicat professionnel spécifique. *"La loi 30 a fait reculer de 40 ans en arrière"* affichent les syndicats, puisque les acquis au sujet des horaires et des équipes, de la non-polyvalence et de la non-mobilité sont supprimés. Cette loi 30 a été déclarée inconstitutionnelle en 2006 par un juge (Claudine Roy) lors de négociations dans le secteur des affaires sociales, et le gouvernement avait 18 mois pour la rendre conforme à la Chartes des droits et libertés.

Par les diverses directives accompagnant la fusion administrative, le gouvernement orientait l'évolution du système de santé, et laissait les nouveaux acteurs relever le défi du changement, *"sans leur donner des moyens supplémentaires"*, se plaignent-ils. L'Agence de Développement des Réseaux Locaux de Santé et des Services Sociaux (ancienne Régie Régionale de la Santé), dont le directeur est depuis 2004 nommé par le ministre de la santé, n'a pas d'argent supplémentaire à distribuer et les "ratio" soignants/patients issus de la première fusion demeurent.

2.4 Le Plan d'Organisation du Travail (2004/2005) et la 2ième vague de changements

De l'avis général des cadres des CSSS, le "virage ambulatoire" de la 1ière fusion n'avait pas fait ses preuves et la 2ième fusion suscitait des attentes prometteuses. En effet, ils avaient une plus grande marge de manœuvre grâce aux lois 25 et 30 et une meilleure cohésion entre eux par le nouvel organigramme (2004). Différents plans de travail, dictés par le gouvernement, avaient pour objectif de favoriser la mise en place de programmes pour lesquels les cadres avaient reçu une formation spéciale.

Le "Plan d'Organisation du Travail" a réuni (2004/2005) tous les établissements et

services concernés par la santé et les services sociaux de la région (même la réadaptation et la réinsertion) pour œuvrer ensemble sur différents programmes. Il s'agissait de "se mettre ensemble pour le CSSS", comme le titrait le document produit. Cette organisation du travail est chargée de tisser "un lien interdisciplinaire", construit sur les valeurs partagés "de respect et d'honnêteté, de loyauté, d'engagement et de solidarité, de transparence et de reconnaissance, de concertation et de partenariat". Elle suit une philosophie d'intervention basée sur le respect des droits des usagers, le secret professionnel et la confidentialité. Elle adopte une attitude positive faite de mobilisation, de maturité, d'objectivité, de disponibilité et de confiance. Pour la période 2006/2009, les objectifs communs d'organisation du travail parlent de "qualité, accessibilité, continuité et efficience", pour la population régionale.

2.4.1 L'objectif de "qualité"

Selon les cadres rencontré, l'objectif de "qualité", non prioritaire depuis 1995, revient au premier plan et s'oriente vers la *qualité des services,* dans le sens d'une amélioration continue, du respect de la dignité, de la liberté et de l'individualité, du respect des valeurs, des préférences et des choix des clients. Dans chaque CSSS, un nouveau poste de cadre est créé à l'essai, avec la responsabilité de conseiller les directions cliniques et de faire des recommandations. Un poste de commissaire local aux plaintes est également créé pour recueillir les griefs des clients et des familles, surveiller cette qualité.

Pour les soignants, l'objectif de "qualité" sous-entend *qualité des soins.* Or *"la qualité n'a jamais rimé avec la quantité",* surtout dans un contexte de pénurie de ressources (financières et humaines) soulignent les représentants syndicaux de trois CHSLD rencontés. La surcharge de travail, encadrée par les feuilles de route (plan de soins), est responsable du *"manque de temps pour des soins de qualité et diversifiés"* explique une classe de soignants. Sur le terrain, la qualité des soins infirmiers est prioritaire et celle *"des soins d'hygiène est en partie délaissée"*, et *"l'approche psychosociale est reléguée"* souligne une autre classe de soignants. Dans le Plan d'Organisation du Travail, la philosophie d'intervention qui repose en principe sur "une approche interdisciplinaire qui considère la personne dans son ensemble" s'oppose à la réalité des patients qui *"n'ont plus le droit qu'à des soins médicaux et d'hygiène minimum"*, regrettent des soignantes.

Pour les syndicats, l'objectif de "qualité" devrait signifier *qualité des soins et des services.* L'insatisfaction des soignants conduit à une démotivation et à une perte de sens du travail (alinéa 1.5), disent-ils. Les soignants se sentent réduits *"au rang de main-d'œuvre"* dans des tâches physiques, faites *"en urgence"*, *"s'occupant des personnes comme si elles étaient des objets inanimés*". Ils *"manquent"* de plus en plus de *"contact humain avec les patients et l'animosité envers les supérieurs"* rendus responsables de cet état de chose est importante. *"La perte d'humanité envers les patients est un mal qui crée des souffrances"* aux soignants, quelque soit l'état cognitif des patients. *"La dignité humaine"* qui a besoin d'une approche

psychosocial pour compléter une approche physique de qualité, *''n'est plus d'actualité''*. Le *''climat''* de l'environnement psychosocial *''est sous tension, à l'origine de souffrance''* chez les soignants.

2.4.2 L'objectif ''d'accessibilité''

L'objectif *''d'accessibilité''* touche exclusivement les patients, pour l'attribution d'une place en CHSLD, après un maintien à domicile prolongé avec l'aide des intervenants naturels et du CLSC. Cette accessibilité au CHSLD est possible, selon l'ordre de priorité sur la liste d'attente et les places disponibles. En théorie, elle ne doit pas tenir compte de l'état de santé, des moyens financiers et du lieu de résidence personnel du patient. En pratique, elle favorise le regroupement des patients en unité de vie selon leur pathologie, le montant de la retraite (prélèvement à la source) et les rapprochements familiaux.

2.4.3 L'objectif de *''continuité''*

L'objectif de *''continuité''* pour le patient signifie qu'il doit vivre en CHSLD comme à la maison, dans les mêmes conditions et avec les mêmes activités, tout en bénéficiant de soins d'hygiène et médicaux. La continuité de ces soins nécessite que ce soit toujours les mêmes soignants qui s'occupent d'eux, sans coupure d'une équipe à une autre, expliquent les cadres.

Pour les soignants, cette continuité pour le patient ajoute une contrainte pour certains soignants qui doivent allonger leur cycle de travail (7 à 10 jours de suite) et décaler leurs horaires pour assurer le chevauchement des équipes de soins, supporter le manque de répartition des patients les plus difficiles entre les soignants et la discontinuité de la tâche au gré de la fantaisie ou des humeurs des patients pour respecter les horaires ''comme à la maison'', demandés par les patients ou leur famille. La *''logique de la chronologie du travail est perdue''* et la fatigue s'accumule au détriment de la santé mentale et physique des soignants, expliquent-ils.

2.4.4 L'objectif ''d'efficience''

L'objectif *''d'efficience''* est évalué chaque année en fonction de la satisfaction de la clientèle (les patients et leur famille) sur la qualité du service et des soins. Il est complété par l'indice Ph (*Performance Humanitude*) qui tient compte de l'évaluation des soignants. L'indice Ph est une échelle de 0 à 100 qui évalue la situation de travail en 8 chapitres et 45 questions. Il demande aux soignants son appréciation sur l'information, la relation avec le supérieur immédiat, le développement du savoir faire, l'utilisation de l'expertise et du potentiel, le travail en équipe, l'organisation du travail, le climat de travail, le profil du répondant. De cette efficience dépend les budgets attribués par le gouvernement pour le fonctionnement de chaque CHSLD.

2.5 L'organisation du travail pour la 2ième vague de changements (2005)

Les objectifs des cadres de direction sont ceux du gouvernement, c'est-à-dire économiser des ressources (financières et humaines). *''Équilibrer un budget et gérer des ressources humaines dans un contexte de restriction''* est une tâche ardue disent les uns; il y a *''peu de marges de manœuvre, vu le manque de budget et de personnel soignant'', ''dans le contexte de survie du système de santé qui prévaut depuis 9 ans''* disent les autres. Mais *''à trop tirer sur la corde, elle s'effiloche et est prête à se rompre''* annoncent les soignants dans la presse locale (Le Citoyen).

Pour orchestrer la 2ième vague de changements, il semble que l'approche des cadres de direction est variable selon le CHSLD et les compétences relationnelles de la personne. Les uns cherchent à *''imposer les directives gouvernementales''* sans comprendre les difficultés du contexte, disent les syndicats. Les autres, plus proches de la réalité sur le terrain, comprennent mieux les difficultés des soignants et tentent de discuter le *''comment appliquer les directives gouvernementales''*. Ces derniers ont cherché à concerter le personnel (questionnaires, réunions), mais pour les soignants *''c'était du pipeau, puisque tout semblait décidé d'avance''*.

2.5.1 Les avantages de la 2ième vague de changements, vus par les cadres

Les cadres justifient la deuxième vague de changements par des améliorations au service des personnes âgées. Il s'agit d'abord du dépistage précoce de toute perte d'autonomie (*qualité* du service), pour qu'une orientation (*accessibilité*) vers une prise en charge *de qualité et continue* (à domicile par l'équipe mobile, dans un centre intermédiaire, dans un centre d'hébergement et de soins prolongés) soit possible. Le dépistage est fait des unités mobiles (ancien CLSC) vers les unités d'hébergement temporaires (équipe d'évaluation dont l'ergothérapeute) lorsque le maintien à domicile privilégié n'est plus possible. Le placement en centre intermédiaire ou en centre d'hébergement et de soins dépend de l'autonomie de la personne et de l'évaluation de ses besoins de prise en charge. La vision d'ensemble de la personne est prise dans le sens d'une intervention concertée entre le médecin, le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou tout autre intervenant dans le cadre du CSSS. Le gouvernement pense ainsi désengorger les services d'urgence à l'hôpital et les services de médecine interne, pour permettre une meilleure accessibilité aux *''vrais urgences''*.

Les cadres expliquent aussi l'intérêt de la deuxième vague de changements pour les soignants, par l'application de la loi 90 sur le Code des professions (2003). Cette loi légalise certaines activités régulières des infirmières, c'est-à-dire des actes médicaux délégués par les médecins, selon des ordonnances collectives, remplaçant les protocoles médicaux dictant les règles de soins. Cette loi ajoute des tâches infirmières à déléguer aux auxiliaires formées, à condition qu'une autorisation locale soit délivrée par le CSSS. Il s'agit de s'assurer de la pertinence de cette répartition des tâches entre les soignants, commencée lors du virage ambulatoire comme nous

l'avons vu à l'alinéa 2.2. De plus, un "Plan d'action" uniformisait les activités autorisées pour chaque titre d'emploi, activités régulières ou déléguées.

Les cadres continuent en précisant qu'alors les soignants peuvent bénéficier volontairement (avant d'être systématiquement pour les nouveaux diplômés) de plus de formations, pour accéder à la polyvalence entre les différentes unités de leur CSSS. La formation à la polyvalence permet de *"partager les valeurs de l'approche interdisciplinaire des patients"* avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux, *"surtout avec les femmes de plus en plus nombreuses dans ces professions"* disent certaines femmes cadres de direction. Néanmoins, la *"richesse de la polyvalence reste à découvrir"* par les soignants *"qui y résistent depuis des années"*, affirme un cadre de direction de CHSLD.

2.5.2 La 2ième vague de changements vécue par les soignants

Pour mettre en place la deuxième vague de changements, les cadres de direction ont suivi des formations où la notion de "résistance aux changements" était documentée. Cette donnée, dite humaine, est liée au besoin de sécurité et de stabilité essentiel au bien-être, pensent-ils. Selon les uns, *"tout changement déstabilise et demande un temps d'adaptation"*, selon les autres *"la résistance au changement est un refus à évoluer"* qui crée *"une problématique importante dans le monde du travail actuel où tout est en perpétuelle évolution"*.

Les soignants ne reconnaissent pas faire de la "résistance aux changements", mais critiquent les changements dits négatifs pour eux. Par exemple, ils apprécient l'installation de lits électriques et de lève-personne sur rails pour aider à la manutention de patients, mais le choix des modèles ne leur convient pas. Par exemple, ils ont bien vécu la construction de nouveaux locaux malgré leur participation fatigante à certains déménagements, mais ils ont à redire sur le plan de construction des nouvelles unités qui n'est pas fonctionnel. Par exemple, ils soulignent l'amélioration positive du PDSB de l'approche physique à l'approche psychologique des patients, mais ils regrettent le manque de formations à ce sujet.

Les soignants reprochent à leurs supérieurs les changements qui alourdissent ou compliquent leurs tâches, qui leurs sont imposés sans concertation et sans marge de manœuvre, sans tenir compte de leurs suggestions. Ils parlent tous ensemble de leur contrat de travail et de leurs horaires, du roulement des équipes et de la répartition des tâches. Ils mentionnent l'existence présente *"d'un climat de travail conflictuel"* créant de la souffrance au travail.

2.5.3 L'entente nationale entre les soignants et le gouvernement

Au niveau national, cette 2ième vague de changements a été acceptée par les soignants, sans les syndicats à cause de la perte d'acquis sociaux. Cette entente signée avec le gouvernement se résume en 9 points, expliqués par les cadres :

1- Au sujet de la mobilité, de lieu et d'horaire de chaque soignant. La répartition des soignants se fait entre les villes dépendantes du même CSSS, entre les bâtiments et les unités de soins de chaque CSSS, entre les équipes de travail (jour/soir/nuit) selon les besoins du jour.

2- Au sujet de la polyvalence, des titres d'emploi. Une auxiliaire peut remplacer une préposée ou une infirmière, selon les besoins du jour. De même, une infirmière fixe en CHSLD peut remplacer une infirmière mobile de CLSC. Des ajustements de la formation sont prévus pour les soignants volontaires.

3- Au sujet des tâches partagées, suite à des suppressions de poste de travail. Les commandes passées par une secrétaire sont rangées par une préposée et contrôlées (bilan des entrées et des sorties) par l'infirmière.

4- Au sujet des tâches modifiées. Certaines sont supprimées (stimulation physique et cognitive des patients) et d'autres réduites (soins d'hygiène et ménage) pour alléger l'emploi du temps des soignants insuffisants en nombre. D'autres sont déplacées des préposés aux auxiliaires (soins locaux à caractère médical).

5- Au sujet des tâches déléguées. Selon la loi 90, les infirmières peuvent déléguer aux auxiliaires les prises de sang, la vaccination et la pose de sondes naso-gastriques. Le choix réel des tâches déléguées revient à chaque CSSS, qui le présente aux soignants comme une plus value.

6- Au sujet des tâches redistribuées. Suite à la pénurie de personnel des postes infirmiers sont supprimés et des emplois de préposés offerts. Les auxiliaires aident de plus en plus les infirmières pour les soins médicaux. Les préposés sont de moins en moins aidés par les auxiliaires pour la manutention de patients.

7- Au sujet des heures supplémentaires. Elles sont devenues habituelles, leur coût (tarif et demi) étant inférieur à celui de l'embauche d'une personne supplémentaire. Les "ratio" patients/soignants sont néanmoins à respecter et les candidats à l'embauche rares.

8- Au sujet des équipes partagées. Certains horaires ont été devancés et d'autres retardés pour permettre un chevauchement, assurant la continuité auprès des patients et apportant de l'aide à l'équipe précédente et suivante.

9- Au sujet de la politique de "Milieu de vie substitutif". Les obligations de prise en soin (médicaux et d'hygiène) sont diminuées dans *"un lieu qui se veut le plus proche possible de la réalité du domicile".* Les "soins palliatifs" vont de soi dans une politique dite "non interventionniste" qui assure seulement la surveillance et la sécurité des personnes en perte d'autonomie, dans un cadre de vie collective. Elle laisse les personnes *"décider de l'organisation de leur vie quotidienne"* et *"respecte leur rythme propre".*

2.6 De la politique "non interventionniste" de la 1ière fusion, à la gestion "à flux tendu" de la 2ième fusion

Les syndicats expliquent que la première fusion a soutenu une politique "non interventionniste" pour justifier une diminution des prestations pour les personnes en CHSLD. Elles *"restent indéfiniment sur les listes d'attente"* pour des soins spécialisés ou des interventions chirurgicales dites de confort. Après la deuxième fusion, cette situation persiste pour les personnes en CHSLD *"qui n'ont plus droit qu'à des soins minimum"* dans un contexte de pénurie.

Les cadres soutiennent pourtant que l'organisation du travail dans les CHSLD est centrée en priorité sur le service au client. Ils considèrent que *"les exigences des clients sont prioritaires"* sur la *"capacité des soignants"* à les remplir. Même si les soignants sont en effectif réduit, c'est-à-dire *"au minimum pour faire un maximum"* (*"flux tendu"*), le client paie et doit recevoir ce qu'il demande (*"client roi"*).

Pour les syndicats, il est évident que la politique "non interventionniste" et la gestion du personnel à "flux tendu" soient incompatibles avec les objectifs gouvernementaux, d'où des difficultés majeures pour les soignants au travail.

3 POLITIQUE DE "MILIEU DE VIE SUBSTITUTIF", DANS LE CONTEXTE ACTUEL DE TRAVAIL

La politique de "Milieu de vie substitutif" qui a vingt ans d'existence, a été réactivée à l'occasion de la deuxième vague de changements (2004). Elle a pour objectif de permettre aux patients des CHSLD d'être *"presque comme à la maison', "à la porte d'à côté"*. Selon les cadres, elle *"met le patient au cœur de l'organisation"*. Mais selon les syndicats, elle *"met les patients à la place des soignants"*, c'est-à-dire que la direction se préoccupe en priorité des patients (leurs clients) et non pas des soignants (leur personnel). La politique de *Milieu de vie "apporte de la qualité à la vie du patient"*, disent les cadres, *"en enlevant de la qualité au travail du soignant"*, disent les syndicats, mais aussi *"en proposant un service d'animation pour distraire et occuper les personnes âgées"* disent les soignants. Les avis différents des acteurs du milieu sont présentés en termes d'avantages et de désavantages, après une mise en contexte de la politique de "Milieu de vie substitutif".

3.1 Le "Milieu de vie substitutif" en contexte

Les syndicats expliquent que les patients ont changé d'appellation au cours de l'évolution du contexte politique : bénéficiaires (1995/2001), résidents (2001/2004) puis clients lors de la réactivation de la politique de "Milieu de vie substitutif". Le statut des personnes en CHSLD a donc changé, avec des avantages (le client est roi) et des inconvénients disent-ils.

La chef des programmes d'un CSSS en région présente la politique de "Milieu de vie

substitutif" comme un cadre pour *"les soins et les services pensés par la tête et dispensés par les mains", "se devant de trouver un passage par le cœur".* Le programme soutenant cette politique préconise de *"reconnaître le client comme étant responsable de sa vie"*, de le placer *"au centre des interventions et d'améliorer sa qualité de vie et sa satisfaction".* Les valeurs annoncées par le programme sont le respect de la dignité humaine et de la confidentialité médicale. Les objectifs visés par le programme sont l'autonomie du client, par des interventions axées sur les besoins de l'usager, selon ses valeurs, ses priorités, ses préoccupations et ses forces. Il s'agit *"de soigner des personnes et non une maladie".*

Les soignants reconnaissent que la politique de "Milieu de vie substitutif" a humanisé les CHSLD en les divisant en "unités de vie", où chaque chambre a une adresse postale et chaque porte une photo sous le nom de son occupant. Les règles de respect des personnes et des lieux sont équivalentes à celles usitées au domicile, elles sont affichées dans certaines unités. Il s'agit d'appeler les personnes par leur nom de famille (de naissance) précédé par monsieur ou madame, de dire "vous" et de connaître l'histoire de vie de chacun, avec la participation des familles (goût, métier, activités, besoins), dans le but de donner des soins individualisés, expliquent les soignants. Néanmoins, les soignants expliquent que les femmes âgées qui ont eu l'habitude de porter le nom de leur mari et d'être tutoyée, ne répondent pas ou réagissent agressivement.

Les syndicats commentent le contexte en abordant trois points importants. Depuis la création des "commissaires aux plaintes et à la qualité des services" lors de la deuxième vague de changements, *"les usagers sont protégés, mais pas les soignants".* Avec la politique de "Milieu de vie substitutif" des "comités des usagers" sont instaurés pour *"renseigner, défendre les droits, accompagner, assister"* les personnes, alors que les préposés n'ont même pas de syndicat professionnel reconnu. Maintenant, *"les usagers ont le droit d'accès à leur dossier médical",* mais *"les soignants n'ont toujours pas de droit d'accès à leur dossier administratif".*

3.2 Les avantages pour les patients et les désavantages pour les soignants

Les patients vivent à l'hôpital, bénéficiant d'un milieu de vie médicalisé, tout en vivant "comme chez eux" entouré de meubles et objets personnels, disent les cadres. La décoration et l'organisation de la chambre sont à la discrétion du patient ou de sa famille, qui "encombrent les lieux" et compliquent la manutention de patients, soulignent les syndicats et les soignants.

Les activités de "la pastorale" ont été remplacées par un service d'animations *"moins onéreux"* disent les syndicats, *"au goût des clients"* disent les cadres. La messe reste le centre du programme hebdomadaire et le lieu où les soignantes se croient obligées d'accompagner certains patients, selon leurs témoignages. Le manque de bénévoles, pour organiser les animations avec la responsable, est compensé par l'obligation faite aux soignants de consacrer une partie de leur temps de travail à diverses activités ludiques ou manuelles avec les clients. Les syndicats confirment que des soignants

se plaignent de cette contrainte qui occupe *''un temps habituellement réservé à la transmission d'informations''* et *''aux partages des difficultés à résoudre en équipe'', ''à la planification des tâches et à la prise de décisions''.*

Les repas sont pris généralement en salle à manger, et non plus dans les chambres. Les cuisines publiques des hôpitaux sont remplacées peu à peu par une distribution privée venant de l'extérieur. *''La qualité de nourriture est sacrifiée au profit de la quantité''*, disent les syndicats, bien que *''servie sur un plateau individuel''*, disent les cadres. En plus du *''gaspillage de nourriture''* constaté par les soignants, la contrainte de *''devoir nourrir plusieurs patients à la fois''* est signalée par les soignants.

La *''mascarade de qualité''* du service, dénoncée par les syndicats, face à quantité croissante des levers/couchers faits à la demande des patients, a augmenté la charge de travail des soignants et diminué les soins d'hygiène aux patients. *''La logique des soignants n'est pas celle des patients''* disent-ils puisque le nombre et l'ordre des tâches dépendent des choix des patients et non plus de la chronologie des lieux et de l'organisation du travail. Cet *''ordre pour les patients est un désordre pour les soignants''* selon les soignants rencontrés, qui dénoncent les pas inutiles et les pertes de temps conséquentes, le stress engendré par le manque de latitude à *''s'organiser avec sa tâche''.*

3.3 Les avantages pour les CHSLD et les désavantage pour les autres

Les syndicats avancent que l'avantage pour les CHSLD est dans *''les économies de ménage et de lingerie''*. En effet, seuls les sols et la salle de bain sont entretenus par le personnel hospitalier, le reste étant à la charge des patients et de leur famille. La literie (draps et taies d'oreiller), le linge et nécessaire de toilette (serviettes, savon et shampoing ...) et les chemises de nuit ou pyjamas sont dorénavant à fournir et à entretenir par les patients ou leur famille. De même, les tenues de travail des soignants ne sont plus uniformes *''fournies et lavées par l'employeur''*, mais personnelles pour dé-institutionnaliser la prise en soin, dit-on. Le risque alors pour les soignants est de *''promener les microbes''* à l'extérieur de l'unité de travail et même à la maison.

4 CONCEPT D'*HUMANITUDE,* DANS LE CONTEXTE ACTUEL DE TRAVAIL

Le terme *''Humanitude''* employé par Klopfenstein (1980) s'applique aux patients qui sont *''des êtres humains, rassemblés dans une communauté composée d'individus reliées entre eux par un état physique, émotionnel, philosophique et spirituel''.* *''L'humanitude dans le soin''* utilise une communication non verbale pour favoriser la *''bien-traitance en toute liberté''*. Elle fait partie des thérapies relationnelles psycho-gériatriques centrées sur la personne soignée et *''déplace le centre du* pouvoir'' du soignant vers le patient, dans le prolongement de la politique de ''Milieu de vie substitutif''.

La base du concept d'*Humanitude* est la philosophie du *''Vivre et Mourir Debout''*, développée en France par Gineste et Marescotti (1983/1998). Cette philosophie est appliquée à une ''méthode de manutention relationnelle'' qui cherche à ''réactiver la mémoire des moments heureux''. Elle a enrichi les premières écoles du dos (France, 1991) de l'ergonomie de la manutention à l'approche humaniste de la relation de soin (1996). Elle a fait évoluer les techniques de manutention de patients (PDSB, 1999/2004) codifiées par l'ASSTSAS qui propose dans les CHSLD des programmes de "soins relationnels" et de gestion des ''comportements agressifs des patients'' (www.asstsas.qc.ca). La région A.T. s'ouvre progressivement à cette méthode et deux des CHSLD participants ont des formateurs actifs sur leur terrain, qui ont été rencontrés pour expliquer ce concept, commenté par les cadres et les soignants.

4.1 De la France au Québec (1996 à 2005)

La revue du généraliste et de la gérontologie (avril 1996) a fait un article sur les travaux de Gineste et Marescotti, qui ont permis de développer une *''approche non verbale de la manutention''*. Il s'agit de mobilisations basées sur la douceur, l'aide à la marche, le toucher technique pour réactiver la mémoire des moments heureux. Ces professionnels, qui ont défini la *''philosophie de l'Humanitude''* basée sur l'approche émotionnelle et le respect des droits de l'homme, ont été entendus lors d'un congrès d'ergothérapie et de médecine physique en France (La Grande Motte, 1998).

Le Québec ne tarde pas à s'intéresser à cette expertise française, pour tenter de gérer les comportements agressifs et les agitations pathologiques des patients. Il demande une collaboration pour créer un programme de formation et de recherche, avec le docteur Taillefer et le neuropsychologue Geneau au Centre de Consultation et de Formation en Psycho-gériatrie de Montréal (CCFP, 2000). L'Institut Gineste-Marescotti de Formation en Méthodologie des Soins (IGM-FMS) est créé à Montréal en mai 2001. L'Institut Gineste-Marescotti voit le jour en 2003 au Canada. Un partenariat est également établi, en 2003, avec le CHU de Québec pour l'implantation de la méthodologie des soins Gineste-Marescotti et de la philosophie de l'*Humanitude* comme cours du soin. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux invite les initiateurs à donner des conférences dans les 18 régions du Québec, en 2005.

4.2 La ''philosophie de l'Humanitude'' en 10 points **(Gineste et Marescotti, France)**

Entre 1983 et 1998, cette philosophie s'est définie en dix points et enrichie par l'expérience de Gineste et Marescotti, et par son application dans différents milieux, en France.

- Il ne peut donc y avoir de soin unique, de techniques identiques pour tout le monde: les protocoles ne sont que des cadres de référence de l'exercice des compétences, et non des fins en soi.

- Le respect des différences est l'un des piliers du soin : aider sans juger, admettre et comprendre, tolérer, parfois favoriser même l'expression de sentiments ou d'opinions que l'on peut réprouver.

- La position verticale, la marche, ou au moins le fait de quitter le lit apparaissent alors comme des éléments fondamentaux du soin.

- L'on ne peut aider sans tenir compte dans notre pratique de la perception du soin et du soignant par le patient. Comme pour un concert, il faut accorder les violons de la communication, verbale et non verbale (la pose d'un change complet peut être ressentit comme un viol)

- Le soin doit s'exercer dans une "complicité émotionnelle". La "visite", que nous connaissons tous, où seul le dossier du pied du lit est source d'intérêt, ou ni un regard ni un mot n'aide le patient à se reconnaître, transforme le patient en objet de soins, et le soignant en mécanicien du soin.

- A l'image du soin à domicile, les soignants doivent s'ouvrir à la famille, la faire participer, ne plus soigner dans le noir. Seul le patient a le droit d'exclure.

- Le soignant doit connaître le passé du patient pour adapté le soin, la communication: peut on expliquer la maladie ou nos gestes de la même façon a un biologiste qu'à un mécanicien. La pédagogie du soin en dépend.

- Le présent est interactif: en soignant, je reçois autant que je donne: la toilette d'un patient agressif ne peut être la même que celle d'un patient qui coopère. Ma fatigue, mon comportement sont directement influencés par celui du patient, et réciproquement.

- La connaissance de la perception du futur du patient me permet d'adapter mes comportements soignants: comment nourrir quelqu'un qui ne vit que dans l'angoisse de sa mort? Quels mots lui dire, quelles caresses lui prodiguer? Comment remettre debout un patient qui n'espère que la mort au bout de sa souffrance?

- Être soignant, ce n'est pas soigner, mais prendre soin. Cette humilité est sans doute la seule façon de permettre "au patient de garder son pouvoir", nécessaire à l'énergie de sa guérison.

4.3 Le concept *d'Humanitude* adapté au Québec (IGM-FMS, Montréal, 2001)

L'Institut Gineste et Marescotti à Montréal adapte la philosophie de l'*Humanitude* en 10 points au contexte québécois en résumant les 10 points en quatre énoncés (2001).

- "Aucun soin dans la contrainte". Les protocoles de soins varient selon le bon vouloir du patient, dans la technique et le temps. Il a le droit de refuser, une façon de faire, un soin particulier ou un traitement, un soignant. Il peut même changer d'avis en cours de route.

- "Le respect de la différence et la tolérance dans la relation d'aide". Le pouvoir est redonné au patient, sans limite officielle. Les soignants ont l'ordre de ne pas réagir et de sortir de la chambre en cas d'agressivité des patients. Aucune plainte n'est

recevable du côté des soignants.

- "Vivre et mourir debout". La consigne est de favoriser l'autonomie du patient, sans vraiment tenir compte de ses capacités présentes et de sa volonté du moment. La plupart des patients attendent de mourir, puisque la vie est une contrainte et une souffrance pour eux. Ils disent avoir fait leur temps.

- "Communiquer pour s'accorder à l'autre, afin de faire ensemble". Communiquer avec des patients en perte cognitive (maladie d'Alzeimer, démences), dont la compréhension est réduite, est un défi. Il faut négocier sa coopération à la manutention, donc exercer une contrainte.

Cette philosophie française est devenue une *"réglementation de la communication des soignants avec les patients"* au Québec. Pour éviter que les scandales médiatisés ailleurs au Québec (une soignante trainant un patient au sol) soient d'actualité en région, les cadres de trois CSSS sur cinq ont imposé la formation au concept d'*Humanitude* et son application rapidement. Les cadres soutiennent cette réglementation qui codifie la communication, au point *"d'enlever toute relation spontanée et toute marge de manœuvre aux soignants"*. Les soignants expliquent que *"les phrases et les gestes sont appris par cœur et renouvelées à l'identique dans toutes les chambres"*, en fonction de la tâche demandée. Ils disent, apparemment en colère, que ces *"accommodements sont devenus déraisonnables"*, les consignes des cadres étant de *"satisfaire aux désirs des patients, tant que les risques pour leur sécurité sont absents"*. Par conséquent, *"tout est permis"* ou presque aux patients et *"rien n'est possible"* ou presque aux soignants.

5 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES SOIGNANTS DE CHSLD EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Les résultats sur les caractéristiques de la population en fonction de l'organisation et de l'environnement de travail sont issus d'un support à remplir par les cadres (annexe A), comme nous l'avons vu dans la méthodologie (chapitre II). Ils sont ceux de quatre CHSLD sur les cinq de l'Abitibi-Témiscamingue, participants à l'investigation préliminaire. En effet, le comité d'éthique de l'un des CHSLD a choisi d'étudier la douleur des soignants avec une approche psychologique seulement et non avec cette approche globale de la situation de travail des soignants, tenant compte des composantes physiques et psychologiques à la fois.

Ces résultats sont présentés selon la répartition des soignants, des postes et des contrats de travail, selon le quota patients/soignant, l'organisation de la tâche réelle et l'organisation de l'environnement de travail, selon les équipements d'aide à la manutention de patients.

5.1 Au sujet de la répartition des soignants (questions 2 à 4, annexe A)

Les cinq CHSLD en A.T. sont composés de 29 unités de 734 patients (personnes âgées et handicapés physiques et mentaux) pour 615 soignants à temps de travail

variable, correspondant à 550 soignants environ rapportés à temps complet. Les soignants (infirmières, auxiliaires et préposés) travaillent en trois équipes sur 24 h, qui se relaient (jour, soir, nuit) et même se chevauchent parfois. Les quatre CHSLD de l'A.T. participants à l'investigation préliminaire de cette recherche sont composés de 681 patients pour 527 soignants, correspondant à 471 soignants environ rapportés à temps complet (86% de la population de soignants). Le CHSLD e avec ses 105 patients pour 88 soignants à temps de travail variable n'apparaissent pas dans les résultats.

La répartition des soignants selon leur fonction varie dans les CHSLD en A.T.: infirmières (13 à 19%), auxiliaires (19 à 35%) et préposés (52 à 68%) (tableau 3). Les cadres commentaient les résultats en marge du support ou oralement lors du deuxième tour de piste. Ils expliquaient que la variabilité entre les CHSLD, selon les unités de soins et les bâtiments, était liée à :
- l'état de santé des patients et leurs besoins différents en soins de base (dont la manutention de patients) et en soins médicaux (dont les médicaments).
- la main d'œuvre réellement disponible sur place pour combler les besoins dans les différentes fonctions.
- l'environnement physique des CHSLD (nombre de lits par unité, un ou plusieurs bâtiments, édifice de plein pied ou à étages)

L'organisation du travail est confrontée à cette réalité humaine et physique, elle doit s'adapter et les cadres font des choix de répartition : des soignants à l'embauche selon leur fonction (tableau 3), des soignants entre les unités de soins et les horaires de travail, des tâches déléguées entre les soignants). Par exemple, quelques soignants sont tantôt auxiliaire et tantôt préposé, d'autres sont parfois auxiliaire et parfois infirmière, en fonction de leur diplôme ou de leurs compétences théoriques reconnues, en fonction de leur ancienneté ou de leur qualité d'être et de faire.

"Compte tenu de la pénurie, il faut faire des choix", résume un cadre, alors que les autres expliquent la même chose en de longues phrases.

Tableau 3 : Répartition des soignants des CHSLD en A.T. selon leur fonction (en 2005)

5 CHSLD en A.T. * (615 soignants)	**Infirmières**	**Auxiliaires**	**Préposés**
a (182 soignants)	13 %	19 %	68 %
b (153 soignants)	19 %	19 %	62 %
c (62 soignants)	13 %	35 %	52 %
d (130 soignants)	19 %	24 %	57 %
Moyenne relative sur les 4 CHSLD participants (527 soignants)	16 %	22 %	62%

* *les données de l'un des CHSLD ne sont pas disponibles*

La répartition des soignants selon leur sexe dans les CHSLD en A.T. (tableau 4) dépend de la disponibilité de la main d'œuvre sur place et de l'état des patients et de leur sexe, expliquent les cadres. Selon eux, les patients, bien qu'au trois quarts des

femmes, préfèrent généralement l'intervention des femmes pour leurs soins de base. Pourtant les hommes sont reconnus utiles dans le métier de soignants par leurs collègues femmes de par :
- leur autorité, dite naturelle par le son grave de leur voix, nécessaire sur des patients "redevenus des enfants" (maladie d'Alzheimer) ou devenus violents
- leur force physique pour la manutention des personnes handicapées ou en perte complète d'autonomie.

Les hommes représentent plus de 15% en moyenne des soignants dans les CHSLD en A.T., alors qu'ils ne sont que 8% du personnel infirmier au Québec en 2005 (Enquête Santé Canada).

Tableau 4 : Répartition des soignants en CHSLD en A.T. selon leur sexe

5 CHSLD en A.T. * (615 soignants)	**Femmes**	**Hommes**
a (182 soignants)	86 %	14 %
b (153 soignants)	87 %	13 %
c (62 soignants)	87 %	13 %
d (130 soignants)	78 %	22 %
Moyenne relative sur les 4 CHSLD participants (527 soignants)	84,4 %	15,6 %

** les données de l'un des CHSLD ne sont pas disponibles*

En une journée complète de travail, une partie seulement des soignants embauchés dans chaque CHSLD en A.T. travaille. *La répartition des soignants* (tableau 5) tient compte de cette donnée et calcule le pourcentage de soignants embauchés présents au travail chaque jour (entre 38% et 71%). La moyenne recommandée au Québec est de 40% (selon les cadres et l'ASSTSAS), ce dont s'approchent les CHSLD a, b et c ayant participé à cette recherche. La valeur extrême de 71% se situe dans le CHSLD d ayant les patients les plus lourds (cognitifs et démences) et éloigne la moyenne relative (49%) de celle recommandée.

Tableau 5 : Répartition des soignants entre le nombre d'entre eux au travail par 24 h et le nombre total d'embauchés

5 CHSLD en A.T. * (615 soignants)	**Soignants embauchés**	**Soignants au travail par 24 h**
A	182	43 %
B	153	42 %
C	62	38 %
D	130	71 %
Total sur les 4 CHSLD participants	527	
Moyenne relative sur les 4 CHSLD participants		49 %

** les données de l'un des CHSLD ne sont pas disponibles*

5.2 **Au sujet de la répartition des postes et des contrats de travail** (questions 10 à 14, annexe A)

Les postes de travail sont répartis entre "les postes fixes" et "les postes de remplacements". Les postes fixes peuvent être liés à des contrats "à temps plein" ou "à temps partiel", ils couvrent généralement quatre à cinq jours de travail de suite entrecoupés de repos entre un et trois jours de suite. Les postes de remplacement sont ceux qui sont restés vacants après la vague de départs à la retraite suite à la première fusion (voir contexte politique exposé en introduction). Ils sont également ceux des retraités plus récents, des absents pour accident ou maladie de longue durée, vacances ou temps sabbatique programmés. Les postes de remplacements sont liés à des contrats 7/7 (sept jours de travail consécutifs suivis de sept jours de repos) pour les temps partiels. Un à trois jours de travail supplémentaire peut être ajouté par rappel, allongeant alors le temps de travail à 10 jours et raccourcissant celui de repos à quatre jours. Pendant la période des vacances d'été, le cycle de travail peut même atteindre 12 jours pour deux jours de repos. Parfois, les soignants restent plusieurs semaines de suite sans être appelés pour remplacement. Selon les conventions collectives des CHSLD, les pauses quotidiennes doivent être de deux fois 15 minutes par jour et celle du repas de 45 minutes (non payées). Les congés payés sont fractionnés dans l'année et couvrent quatre semaines (priorité du choix selon l'ancienneté) auxquels s'ajoutent neuf jours pour maladie ou raisons personnelles et 13 jours fériés par an pour les temps pleins et leur équivalence en salaire pour les temps partiels.

Les résultats transmis par les cadres à partir du support écrit "Contexte et organisation du travail" (annexe A) lors de l'investigation préliminaire montrent une variabilité au sujet des *postes fixes*, entre les trois CHSLD participants (tableau 6). La précarité d'emploi (*remplacements*) est plus importante dans les CHSLD a et c que dans le CHSLD d. Les cadres des CHSLD c et d ont expliqué oralement que le haut pourcentage de remplacements était lié à la disponibilité du personnel sur place et aux choix de la direction.

Tableau 6 : Répartition des soignants entre les postes fixes et de remplacements dans les CHSLD en A.T.

5 CHSLD en A.T. * (615 soignants)	**Postes fixes**	**Postes de remplacement**
a (182 soignants)	10 %	90 %
c (62 soignants)	11 %	89 %
d (130 soignants)	54 %	46 %
Moyenne relative sur les 3 CHSLD participants (374 soignants)	21%	79%

** les données de deux CHSLD ne sont pas disponibles*

Selon les syndicats, rencontrés lors du deuxième "tour de piste" (investigation préliminaire), la rareté des *postes fixes* fait que la plupart des soignants occupent un poste de remplacement, dès l'embauche. L'attente serait en moyenne de sept à 10

ans avant de se faire proposer un poste fixe, selon l'ordre d'ancienneté et la note de la soignante (par sa supérieure).

Les résultats transmis par les cadres sur le support écrit "Contexte et organisation du travail" (annexe A) montrent une variabilité au sujet *des contrats de travail* (tableau 7). Ceux à temps pleins (5/2, cinq jours de travail suivis de deux jours de repos) ou à temps partiels complétés sur appel (10/4, dix jours de travail suivis de quatre jours de repos) donnent du travail pendant 37,5 heures par semaine, alors que ceux à temps partiel (7/7 ou 4/3) occupent 26,15 heures par semaine. Le *temps partiels* est *à compléter ou non sur appel* selon des disponibilités fixées par les soignants et renouvelables tous les ans. Il n'y a pas d'obligation et de pression sur les soignants au sujet du rappel disent les cadres, mais les syndicats contestent cette information. Une liste tenant compte de l'ancienneté et d'un ordre de rappel (chacun son tour) est théoriquement active et tenue par une personne désignée par les cadres. Cette liste, demandée par les syndicats, est dite peu suivie dans les faits pour de multiple raisons évoquées par les cadres (refus d'être rappelé, absence fréquente à l'appel, délai de déplacement suite à l'appel, présentéisme au travail ...). La surveillance syndicale sur le respect de l'ordre de rappel est devenue impossible, faute d'emploi du temps affiché à l'avance, se plaignent-ils.

"La précarité d'emploi du temps partiel complété ou non sur appel *est subie par la majorité des soignants"* qui préfèrent choisir leur temps de travail *"une fois pour toute",* disent d'une seule voix les syndicats. Pourtant les cadres pensent que le "temps partiel complété ou non sur appel" satisfait les soignants en leur réduisant leur temps de travail.

Tableau 7 : Répartition des soignants entre les contrats à temps plein et à temps partiel dans les CHSLD en A.T.

5 CHSLD en A.T. * Contrats de travail à	**temps plein**	**temps partiel**	**temps partiel complété sur appel**
a (182 soignants)	14 %	34 %	52 %
c (62 soignants)	39 %	61%	
d (130 soignants)	55 %	45%	

** les données de deux CHSLD ne sont pas disponibles*

Les cadres expliquent que pour tous les soignants, quel que soit leur contrat de travail, des *heures supplémentaires* sont régulièrement demandées, pour pallier au manque de personnel sur le terrain, pour remplacer les arrêts de travail de courte durée, les jours de congé exceptionnel des soignants, les retards et les absences imprévus de dernières minutes. Tous les temps partiels tendent alors vers des temps pleins et même tous les temps pleins peuvent être allongés par des heures supplémentaires. En effet, faute de relève à leur poste de travail, les soignants doivent parfois rester et faire un double horaire (+ 8 heures) ou un demi-horaire supplémentaire (+ 4 heures) à partager avec le (ou la) collègue suivant(e) ou prolonger de quelques heures en attente du collègue en retard au poste.
Les syndicats disent, au sujet des pauses quotidiennes et des congés hebdomadaires des soignants, que les *"acquis sociaux sont défendus par eux et*

imposés à la direction" à travers les conventions collectives. Néanmoins, ils reconnaissaient que la deuxième vague de changements (voir contexte politique en introduction) leur a imposé la *variabilité des contrats de travail et des cycles de travail,* et aussi *la polyvalence et la mobilité* des soignants. Il s'agit de la polyvalence entre les métiers (infirmière/auxiliaire, auxiliaire/préposé) et de la mobilité entre les horaires de travail (jour, soir, nuit) et entre les unités de soins et les bâtiments même distants de plusieurs kilomètres. *"Ils cassent les équipes de travail pour affaiblir les revendications syndicales"* disent certains représentants syndicaux, *"il n'y a plus de cohésion sociale, au bénéfice des directions"* disent les autres.

5.3 Au sujet du quota de patients par soignant (question 18, annexe A)

En marge du support de contexte général du travail, les cadres ont donné des informations sur le quota de patients par soignant, son mode d'évaluation et les principaux critères qui l'influencent. Rencontrés lors de l'investigation préliminaire, les cadres et les représentants syndicaux ont tenté d'expliquer les raisons qui sous-tendent la différence entre le quota de leur CHSLD et celui national au Québec.

L'évaluation du quota de patients par soignant (tableau 8) est faite par une firme privée, avec un logiciel adapté, pour chaque CHSLD. Elle tient compte de différents supports remplis par les cadres, par les soignants et par les familles des patients. Les principaux critères, qui entrent dans le calcul de ce quota par CHSLD en A.T., ont été énumérés par les cadres et peuvent être regroupés selon le modèle POETE, présenté au chapitre I (revue de la littérature).

Les quotas dépendent des patients:
- de leur état de santé et de leur pathologie (maladie Alzheimer, maladie mentale, sclérose en plaques, insuffisants respiratoires, diabétiques, handicapés physiques)
- de leurs demandes et de leurs besoins à être manutentionnés et aidés
- du moment de la journée (toilette le matin ou le soir, sieste ou non, changement de position et change la nuit ou non).

Les quotas dépendent de l'organisation des CHSLD en A.T. :
- de la répartition des patients dans les unités de soins (pathologie par pathologie ou pathologie mélangée, unités de 25 ou de 11 patients ...)
- des contrats de travail des soignants (temps plein ou partiel) et de la quantité de personnel présent, notamment les dimanches et jours fériés, les périodes de vacances ou d'épidémie
- de la répartition des tâches et des soins délégués entre les titres de métier (infirmière, auxiliaire, préposé)
- de l'application de la politique de *Milieu de vie* et du concept d'*Humanitude*.

Les quotas dépendent de l'organisation et des soignants en fonction de
- l'entraide disponible ou réellement possible sur le terrain (nombre de soignants, polyvalence et mobilité des soignants, qualité et quantité d'entraide dans les équipes et entre équipe)

- la technique de travail utilisée par les soignants (manutention manuelle ou mécanisée, à deux soignants ou seul, latitude personnelle dans le choix technique ou technique codifiée dans le plan de soin des patients).

Tableau 8 : Quota moyen de patients/soignant en 24 heures dans les CHSLD en A.T. (2005)

CHSLD en 24 h	**Nombre de préposés** (équivalents temps plein)	**Quota patients/soignant** (évalués avec un logiciel)
a (157 patients)	- 33 de jour - 14 de soir - 11 de nuit	9 de jour 11 de soir 14 de nuit
en moyenne		**11**
b (168 patients)	- 19,5 de jour - 15 de soir - 7,5 de nuit	11 de jour 13 de soir 13 de nuit
en moyenne		**12**
c (69 patients)	- 9 de jour - 6,5 de soir - 2,5 de nuit	8 de jour 11 de soir 12 de nuit
en moyenne		**10**
d (184 patients)	- 18 de jour - 12,5 de soir - 9,5 de nuit	11 de jour 14 de soir 11 de nuit
en moyenne		**12**
Moyenne générale		**11**

Le quota de patients par préposé dans les CHSLD en A.T. a été calculé en 2005, selon des directives gouvernementales. Les cadres soulignent que ce quota varie à tout moment en fonction de l'évolution d'un ou de plusieurs de ses paramètres officiels. Néanmoins en 24 heures sur l'ensemble des CHSLD de l'A.T. le quota patients/soignant est de 11 en moyenne, alors que l'estimation est de huit par l'Enquête Santé-Canada 2005. Les cadres sont interpelés et expliquent ce quota excessif en région, lors de l'investigation préliminaire, par :

- *le manque de personnel disponible en région* pour respecter le quota patients/soignant recommandé par le gouvernement, en fonction de l'Enquête Santé-Canada, c'est-à-dire 8 patients en moyenne par soignant. En effet, un nombre insuffisant d'étudiants suivent les formations qui préparent aux différents métiers de soignants (infirmière, auxiliaire, préposé) et un nombre important d'abandon dans les cinq premières années d'exercice du métier, sont les raisons avancées par les cadres. *"Les jeunes préfèrent l'informatique ou les arts"* disent les uns. *"Les gens ne veulent plus travailler avec ces conditions de travail"* disent les autres.

- *les patients plus lourds en région que dans les grands centres urbains*, à cause du manque de Pavillons de Ressources Intermédiaires, du manque de médecins et de spécialistes pour assurer des soins nécessaires dans des délais acceptables, du manque d'éducation des gens en région. En effet, les personnes âgées et les handicapés restent plus longtemps chez eux, faute de places suffisantes dans les

Pavillons de Ressources Intermédiaires. Ils sont alors pris en charge partiellement à leur domicile par le CLSC et leur famille. Ils s'y dégradent plus rapidement parce qu'insuffisamment stimulés au niveau physique et cognitif. La douleur physique et/ou la souffrance psychologique sont parfois ignorées ou mal contrôlées. La dépendance s'installe plus rapidement et les troubles de comportement se multiplient. Lorsque ces personnes arrivent enfin au CHSLD, elles n'ont pas eu l'habitude d'être stimulées à maintenir leur autonomie et une communication sociale, d'être sollicitées à participer à leur manutention et à leur prise en soins. Le manque de médecins et de spécialistes en région retarde ou annule les soins des patients, qui ne sont pas prioritaires sur les listes d'attente pour avoir une prothèse ou une orthèse, un appareil auditif ou un dentier, un suivi en psychologie ou en physiologie. Les patients vivent alors une plus grande dépendance et des difficultés de communication, de la douleur physique et des souffrances psychologiques. De plus, le manque d'éducation des gens en région (occupés à assurer leurs besoins fondamentaux) aggrave leurs comportements psycho-sociaux (agressivité verbale et physique) et limite leur compréhension au sujet de leur santé, pensent unanimement les cadres et les soignants. Toutes ces raisons, qui font que *les patients sont plus lourds en région que dans les grands centres urbains*, rendent la manutention de patients plus difficile pour les soignants et plus fréquente, augmentant le quota de patients par soignant.

5.4 Au sujet de l'organisation de la tâche réelle au travail (questions 8 et 9, 15 à 17, et 19 de l'annexe A)

Les résultats transmis par les cadres, pour documenter le contexte et l'organisation du travail lors de l'investigation préliminaire, nous renseignent sur *la nature et la répartition de la tâche de manutention entre les soignants.* La manutention de patients, tâche principale des préposés, est aidée ponctuellement par les auxiliaires, parfois par les infirmières selon les organisations de travail des CHSLD participants. La *tâche théorique* de manutention de patients comprend les levés et les couchés de patients, les changes et les toilettes, le bain ou la douche, la réfection du lit et l'aide au repas, les déplacements internes et externes à l'unité de soins. Lorsque la manutention de patients est pratiquée par les auxiliaires et les infirmières, pour installer les patients lors d'un soin médical ou la prise des médicaments, elle n'est pas prise en compte dans les données de cette recherche, parce que ponctuelle.

Les cadres et les syndicats rencontrés séparément lors de l'investigation préliminaire ont donné des informations, non demandées par la chercheure, sur quatre thèmes importants, conséquence de l'augmentation du quota de patients par soignant depuis les fusions (voir contexte politique en introduction).

- *Des tâches* ont été *déléguées pour* pallier au manque global de personnel : tâches déléguées des infirmières aux auxiliaires et des auxiliaires aux préposés, variables selon le CHSLD et les accords internes des décideurs médicaux et administratifs, confirment les cadres. L'augmentation du nombre de préposés étant insuffisante, face au nombre croissant de patients. Les soignants sont "au bas de l'échelle et au bout du rouleau" titre le journal régional (Le Citoyen), parlant de santé physique et

mentale au travail.

- *Un retard à la formation des soignants au PDSB* (techniques de manutention de patients), codifié par l'ASSTSAS, fait que certaines personnes nouvellement embauchées apprennent d'abord "sur le tas", expliquent les représentants syndicaux. Les préposés sont plus ciblés par cette formation (et son suivi) que les autres soignants, parce que les plus concernés, commentent les cadres. Pourtant cette formation est obligatoire à l'embauche et à renouveler par des instructeurs internes certifiés.

- *Le plan de travail* (feuille de route) est *de plus en plus chargé*. Ce cadre répartissant la manutention de patients entre les soignants dans le temps varie selon les CHSLD, les unités de soins et les équipes de travail. Généralement, la manutention est plus fréquente le jour que le soir ou la nuit, selon les syndicats. La répartition des soignants entre les équipes de travail en tient compte dans l'organisation du travail, spécifient les cadres. Les cadres de direction des CHSLD évaluent à une dizaine d'activités différentes (lever et coucher, laver et changer de couches, habiller et déshabiller, faire le lit et donner à manger, déplacer d'une pièce à une autre) en moyenne, nécessaire par patient et par jour. Ils comptent alors 80 activités différentes en moyenne, par préposé et par jour, demandant un temps variant de trois (change de couche) à 45 minutes (le bain). Ces activités de manutention de patients se font en équipe de deux soignants ou seule, selon les unités de soins et les heures dans la journée, selon le choix de certains soignants ou les recommandations du Plan d'Intervention Individuel des patients (PII), selon l'autonomie et l'humeur des patients. Dans l'organisation du travail, les cadres soulignent unanimement qu'il est impossible de constituer les équipes de manutention avec des soignants de même taille et de même force, pour faciliter la tâche. *"Ce serait trop compliqué"* et *"irréaliste, vu le personnel disponible"*.

- *La tâche théorique des hommes et des femmes,* faisant de la manutention de patients, est la même dans l'organisation du travail. Néanmoins, les cadres avouent "du bout des lèvres" que les hommes sont plus sollicités pour les activités demandant le plus d'effort physique (force) et pour les patients ayant des troubles de comportement particulièrement importants (autorité) c'est-à-dire les *"cas les plus lourds"* (paragraphe 1.3 de ce chapitre). Par contre, ils sont parfois refusés par des patients dans les soins de base, patients préférant l'intervention des femmes dans l'intimité (douceur). Selon les syndicats, la manutention de patients est habituellement pratiquée d'une façon équivalente par les hommes et les femmes au travail, sans différence majeure.

5.5 Au sujet de l'organisation de l'environnement

La plupart des cadres rencontrés reconnaissent que l'environnement psychosocial est un contexte stressant en CHSLD. Ils insistent sur la qualité nécessaire du travail malgré la quantité demandée et le manque de personnel. Certains cadres considèrent que les exigences de la tâche sont incontournables puisque les patients

avançant en âge manquent de plus en plus d'autonomie. Ils ajoutent que les soignants manquent de plus en plus de capacités physiques (vieillissement des soignants et manque de relève, troubles musculo-squelettiques et autres maladies) et d'entraide (jeunes générations égoïstes, baby-boomers fatigués et usés). D'autres cadres pensent que les exigences des supérieurs sont obligatoires dans le contexte actuel (quota patients/soignant élevé, feuille de route chargée) et que le stress est un stimulant. Selon les syndicats, le contrôle omniprésent d'un travail super encadré (protocoles, plan de travail, plan de soin, plan d'intervention ...) laisse peu de marge de manœuvre aux soignants, malgré des responsabilités importantes et stressantes pour certains.

Les cadres tentent d'améliorer l'environnement physique du travail pour compenser la tendance au regroupement de patients par pathologie en région, et la fermeture de certaines unités de soins (suppression de lits) après les fusions hospitalières (voir contexte politique en introduction). Il s'agit de rénovations de bâtiments initialement conçus pour des patients autonomes, d'agrandissements de bâtiments pour regrouper des unités d'hébergement, de déménagements en attente d'une construction nouvelle. Malgré ces améliorations, les cadres sont conscients que les anciens bâtiments restent avec des couloirs étroits et des chambres petites. Ils ont fait ajouter des rampes d'accès pour les fauteuils roulants et des barres murales dans les salles de bain pour adapter les lieux à une clientèle en perte d'autonomie. *"C'est mieux mais c'est insuffisant"* disent les syndicats, qui critiquent particulièrement les nouveaux bâtiments construits sans tenir compte des recommandations faites par les soignants, consultés sur l'aménagement des espaces.

Des directives gouvernementales ont réactivé en 2003/2004 la politique de *Milieu de vie substitutif* (voir paragraphe 2 de ce chapitre). Cette politique est soutenue par les cadres, formés à cet effet, et par les familles des patients, pour son côté humain. La disposition ergonomique des chambres recommandées alors, suite à des projets d'architecture hospitalière (Villeneuve, 1997), n'est pas systématiquement suivie, ce qui complique la tâche des soignants aux dires des syndicats.

5.6 Au sujet des équipements de manutention de patients

Grâce aux travaux de Villeneuve (1994) et à l'instigation de l'ASSTSAS, le gouvernement du Québec a demandé l'introduction de matériel d'aide à la manutention dès 1995. Des lits électriques et des lève-personnes sur rails ont donc été progressivement installés dans les CHSLD en A.T. En 2005, selon l'information donnée par les cadres, il en manque encore. Ce besoin d'équipements s'appuyait sur l'ouverture plus large du métier de préposé aux femmes (révolution tranquille), et sur la progression statistique des maux de dos à la fin du 20ième siècle, selon les syndicats en région et l'historique sur le site de l'ordre des infirmiers et infirmières du Québec (www.oiiq.org).

L'introduction plus récente du concept d'*Humanitude,* soutenu par le livre *"Vivre et mourir debout"* (Gineste et Marescotti, 2004), remet en question l'utilisation

systématique du lève-personne en cherchant à favoriser systématiquement l'autonomie des patients. Depuis 2004, ce concept est mis en place progressivement en région A.T. dans les CHSLD, alors que l'ASSTSAS titre encore : "La tendance en Amérique du nord, zéro soulèvement manuel" (Villeneuve, 2006). Ni les cadres ni les syndicats ne relèvent la contradiction.

6 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE SOIGNANTS DANS LES CHSLD EN A.T.

En 2004, les statistiques d'accidents au dos (figure 4), pour la population de soignants des cinq CHSLD en A.T., comptaient cinq auxiliaires et 22 préposés. En 2006, pour les trois CHSLD participants en A.T., elles comptaient une auxiliaire et trois préposés. Cette différence a été commentée par cinq soignants, deux cadres et un médecin lors des investigations préliminaires. Il a été dit que les deux CHSLD non participants sont théoriquement plus à risque de blessures au dos puisqu'ils hébergent la clientèle la plus dépendante de la région, celle qui nécessite des manutentions de patients potentiellement plus pénibles physiquement et psychologiquement. En 2006, 12,5% des arrêts de travail pour maux de dos, dans les trois CHSLD participants en A.T., sont d'origine accidentelle selon les statistiques internes. Les autres (maladies) touchaient trois infirmières, neuf auxiliaires et 16 préposés. Les infirmières sont donc proportionnellement plus concernées que les auxiliaires par les accidents au dos, parce que moins formées et moins entraînées que les préposés, selon les cadres qui confirment les données de la littérature (Truchon, 2001).

Les caractéristiques de l'échantillon dépendent des caractéristiques personnelles des soignants participants (sexe, âge, titre d'emploi, douleur) à comparer avec les caractéristiques de la population documentées lors de l'approche du contexte de travail avec les cadres au cours de l'investigation préliminaire. Elles ont été documentées en introduction du questionnaire et complétées au début de l'entretien, pour limiter le nombre de données manquantes. Les principales caractéristiques de cet échantillon sont présentées en termes de titre d'emploi et d'activité de manutention de patients, de sexe et de charge de travail, d'âge et de génération au travail. Les groupes sont formés en fonction de la douleur dans l'année et de sa localisation, à chaque étape de la recherche (questionnaire et entretien).

6.1 Le titre d'emploi et l'activité de manutention de patients

Les soignants exercent trois métiers distincts: infirmiers, auxiliaires et préposés. Ceux responsables de la manutention de patients, tâche principalement documentée dans cette recherche, sont les préposés avec l'aide des auxiliaires à certaines heures, rarement des infirmières. Il s'agit de manutention de patients pour les soins de base et d'hygiène, et non pas pour les soins médicaux.

Dès le questionnaire, la répartition de l'échantillonnage par titre de métier dans les

trois CHSLD participants en A.T. (tableau 9) peut se comparer à celle de la moyenne relative de la population des soignants des CHSLD en A.T. (tableau 3) : 62% préposés, 22% auxiliaires, 16% infirmières. En entretien, la participation des préposés est supérieure à celle du questionnaire (tableau 9), soulignant déjà l'orientation de la recherche sur leur activité spécifique de travail, c'est-à-dire la manutention de patients.

Tableau 9 : Répartition des soignants participants des 3 CHSLD en A.T. aux étapes de la recherche, en fonction du titre d'emploi.

2 étapes / 3 métiers	**Questionnaire** (42 participants)	**Entretien** (30 participants)
Préposé(e)s	57%	64%
Auxiliaires	29%	23%
Infirmier(ère)s	14%	13%

6.2 Le sexe des soignants participants et la charge de travail

Par la littérature, nous savons que les femmes se blessent plus souvent au dos que les hommes (Saint Vincent, 1995) et se plaignent plus de la charge physique au travail que les hommes (40% > 25%, Lusk, 1997). Elles ont des disques intervertébraux plus petits supportant plus de charge au centimètre carré (Ahthoffetal, 1992). La charge physique est évaluée de 10 à 24% plus importante pour les femmes que pour les hommes (Josephson et coll., 1999), parce que la surface de leurs disques vertébraux est moindre. De plus, elles ne peuvent fournir un effort que de 30% inférieure à celui des hommes, de par le volume inférieur de leur masse musculaire, les exigences du travail sont donc plus importantes chez elles, malgré une activité de travail théorique identiquement entre les sexes (Imbeau, 2002).

Lors de l'investigation préliminaire, les cadres ont expliqué la dominance actuelle du sexe féminin chez les soignants, alors que les hommes préposés occupaient la place jusque dans les années quatre-vingt au Québec. A la "force masculine" nécessaire à la manutention manuelle de patients a été substituée une technique de manutention de patients codifiée (PDSB, 2004) et des équipements d'aide à la manutention (lits électriques et lève-personne sur rails) pour que les femmes puissent aussi effectuer cette activité de travail, selon les résultats de l'investigation préliminaire.

Par conséquent, l'échantillon de soignants des CHSLD participants était surtout formé de femmes. Néanmoins deux hommes ont été présents à chaque étape de la recherche, c'est à dire pour le questionnaire (2/42, 5%), et l'entretien (2/30, 7%). La répartition entre les hommes et les femmes répondant à l'entretien dans les trois CHSLD participants en A.T. est deux à trois fois moins élevée que celle de la population de soignants dans les cinq CHSLD en A.T. présentée au tableau 4 (15%). Ces deux hommes sont préposés et disent faire les mêmes tâches que leurs collègues féminines mais pas de la même façon *"parce qu'ils ont de la force musculaire"*. L'un d'eux a des maux de dos chroniques et l'autre une douleur récente

à l'épaule. Ils avouent que les manutentions de patients les plus difficiles physiquement sont en priorité effectuées par eux, alors que certains soins intimes leur sont refusés par quelques patients, qui préfèrent se faire toucher par des femmes. Leurs collègues féminines le confirment.

6.3 L'âge des soignants participants comparé à la population

Une comparaison entre la moyenne d'âge des soignants participants et celle de la population régionale et nationale a été faite dans le tableau 10. La moyenne d'âge de la population féminine au Québec est de 41 ans et celle des soignants de 43 ans (Enquête Santé-Canada, 2005). La moyenne d'âge relative de la population de soignants en région (quatre CHSLD), ayant participé à l'investigation préliminaire en 2003/2004, est comparable à celle des participants (trois CHSLD) à l'entretien en 2006, soit entre 42 et 43 ans. La moyenne d'âge relative des participants (trois CHSLD) au questionnaire est par contre trop élevée (51 ans) pour être représentative de la population en région et dans la province.

La moyenne d'âge relative des soignants participant au questionnaire (51 ans) est plus élevée que celle des participants à l'entretien (43 ans). Or, nous savons que tous les participants à l'entretien ont été participants au questionnaire et nous observons que la plupart des participants au questionnaire qui n'ont pas participé à l'entretien (7/12) avaient plus de 55 ans. Ils sont partis à la retraite dans le laps de temps séparant le questionnaire et l'entretien (3 à 4 mois). Parmi les cinq autres participants au questionnaire qui n'ont pas été en entretien, trois avaient entre 50 et 55 ans et étaient en arrêt de travail ou en année sabbatique, deux étaient plus jeunes et avaient changé de métier.

Tableau 10 : Comparaison de la moyenne d'âge des soignants entre l'Enquête Santé-Québec, la population et l'échantillon dans les CHSLD en A.T.

Age des soignants :	**de la population de 4 CHSLD en A.T. (2003/2004)**	**de l'Enquête Santé-Canada (statistiques 2005)**	**de l'échantillon ***	
			questionnaire dans 3 CHSLD (2005/2006)	**entretien dans 3 CHSLD (2006)**
Infirmières	36,1 ans n=84	42,9 ans	47,2 ans n=6	45,1 ans n=7
Auxiliaires	40,9 ans n=116	43,4 ans	45,8 ans n=13	41,6 ans n=7
Préposées	44,3 ans n=327	43,7 ans	51,1 ans n=23	42,2 ans n=16
Moyenne relative	**42,2 ans** n=527		**51,3 ans** n=42	**42,7 ans** n=30

6.4 L'âge des soignants participants et les générations au travail

La répartition des soignants participants montre une décroissance au fil des

générations (tableau 11), suivant la décroissance démographique enregistrée par les statistiques du Québec. La génération des baby-boomers est la plus nombreuse au travail et à participer à cette étude, alors qu'elle est déjà en partie à la retraite. La génération X (30 à 44 ans) constitue 24 à 27% des participants entre le questionnaire et l'entretien (tableau 11), en concordance avec les 26% de sa représentation dans la population canadienne (www.statcan.gc.ca). La génération Y (18 à 29 ans) est la moins présente dans les CHSLD en A.T. et son taux de participation à cette étude est faible. Elle n'est *''pas encore pleinement sur le marché du travail''*, *''pour se définir et se faire comprendre pleinement''*, selon le témoignage des soignants rencontrés lors de l'investigation préliminaire (hors échantillonnage). *''Le vieillissement de la population des soignants n'est pas compensé par une relève suffisante''*, comme le constataient les cadres lors de l'investigation préliminaire. Pourtant, les sociologues *(www.passeportsante.net, 2006)* disent que *''leur nombre dépasse largement celui de la génération précédente, en Amérique du Nord''*.

Tableau 11 : Répartition des soignants selon les générations au travail, dans 3 CHSLD en A.T.

Tranches d'âge	Questionnaire (42 participants)	Entretien (30 participants)
18-29 (génération Y)	4 (9,5%)	4 (13,3%)
30-44 (génération X)	10 (23,8%)	8 (26,7%)
45-60 (baby-boomer)	27 (64,3%)	18 (60%)
+ de 60 (sénior)	1 (2,4%)	0

En 2005/2006, les trois cinquièmes des participants au questionnaire et presque les deux tiers des participants à l'entretien sont des soignants de la génération des baby-boomers (45 à 60 ans). Même une représentante de la génération des séniors (+ 60 ans) a participé au questionnaire et se disait *''pas unique en son genre''* dans le milieu des CHSLD en A.T. Par conséquent, quatre générations de soignants peuvent se côtoyer au travail, avec un écart de plus de 41 ans entre la plus jeune (21 ans) et la plus âgée (62 ans) de l'échantillonnage de trois CHSLD en A.T. (2005). Des cadres et des professeurs, rencontrés lors de l'investigation préliminaire, soutenaient que dans les grands centres urbains au Québec il y a seulement trois générations au travail. Ils expliquaient aussi qu'une génération en région couvre 15 années alors que dans les grands centres urbains, elle représente 20 à 25 ans. Selon eux, ceci s'explique par le fait que les jeunes femmes en A.T. au vingtième siècle ont eu des enfants plus jeunes.

6.5 La douleur des soignants participants et les groupes de recherche

Pour constituer les groupes à l'étude, l'échantillonnage des soignants participants de trois CHSLD en A.T. était fait en fonction de la douleur ''de la dernière année''. Tous les soignants ayant participé à l'entretien avaient répondu au questionnaire. Comme nous l'avons vu à la fin du chapitre II, le groupe A est constitué de soignants sans douleur, le groupe B de soignants ayant des maux de dos (non exclusif) et le groupe

C de soignants ayant de la douleur ailleurs qu'au dos. Le tableau 12, issu du tableau 2, tient compte de la réalité de la douleur à chaque étape de la recherche et montre que peu de participants sont sans douleur (groupe A) (voir chapitre III.4).

Tableau 12 : Répartition des soignants participant des CHSLD en A.T. dans les groupes à l'étude, en fonction de la douleur de la dernière année

Etapes de la recherche	Questionnaire (42 participants)	Entretien (30 participants)
Groupe A (sans douleur)	10	4
Groupe B (avec maux de dos, non exclusif)	26	22
Groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)	6	4

6.6 Les générations au travail et les groupes de recherche

La répartition des soignants participants en fonction des générations au travail souligne encore la dominance de la douleur dans l'échantillon (chapitre III.4), plus particulièrement en entretien que dans le questionnaire (tableau 13). Nous savons que cet échantillon est plus représentatif de la population dans l'entretien que dans le questionnaire, comme nous l'avons vu précédemment (paragraphe 4.3 et figure 10, paragraphe 4.4 de ce chapitre).

Tableau 13 : Répartition des 42 soignants participant au questionnaire et des 30 soignants participant à l'entretien, selon les groupes de recherche et les générations au travail

Répartition par groupe et par génération				
Tranches d'âge	groupes de soignants participant au questionnaire			**Total**
	A	B	C	
18-29	0	4	0	**4**
30-44	0	8	1	**9**
45-60	9	14	5	**28**
+ de 60	1			**1**
Total	**10**	**26**	**6**	**42**
Tranches d'âge	groupes de soignants participant à l'entretien			**Total**
	A	B	C	
18-29	0	4	0	**4**
30-44	0	8	0	**8**
45-60	4	10	4	**18**
Total	**4**	**22**	**4**	**30**

CHAPITRE III.2

LES RÉSULTATS

Des difficultés générales aux difficultés spécifiques du ''rester au travail'' avec de la douleur

Dans ce chapitre sont présentées les difficultés générales dans l'année et les difficultés particulières en ce moment, le lien général entre manutention de patients et la douleur ressentie par les soignants, l'importance relative des difficultés du moment, à travers chaque étape de la recherche. Ces résultats sont confrontés à la première hypothèse : *"Il existe des soignantes qui ont des maux de dos et des difficultés associées lors de la manutention de patients, dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue et qui restent au travail."*

1 LES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES DES SOIGNANTS AU TRAVAIL

A partir de la problématique ciblée, des difficultés générales ont été mises en évidence par les cadres lors de l'investigation préliminaire, elles ont été regroupées par thèmes pour être présentées dans ce chapitre. Dans le questionnaire, comme nous l'avons vu au chapitre II, des questions fermées ont été ajoutées en introduction pour cibler l'activité de travail la plus difficile en général, au niveau physique et au niveau moral (questions 4 et 5, annexe B). Les réponses des soignants confirmaient simplement la problématique initiale cernée par les cadres lors de l'investigation préliminaire. Au début de l'entretien (question 2, annexe C), les soignants participants expliquaient aussi leurs difficultés générales au travail dans une question ouverte, ouvrant à plusieurs réponses par soignant. Ces réponses regroupées par thèmes sont présentées ci-dessous, elles ont été commentées ensuite par le comité de suivi de la recherche.

1.1 Les difficultés générales des soignants perçues par les cadres (investigation préliminaire)

La problématique prioritaire du moment a été ciblée par les cadres lors du "premier tour de piste" de l'investigation préliminaire. Il s'agissait de la persistance des maux de dos chez les soignants faisant de la manutention de patients, face à une population vieillissante en perte d'autonomie. Ce constat des cadres a été enrichi par une réflexion en marge de la question 7 du support de "Contexte et organisation du travail" (annexe A). Cette question interrogeait sur les raisons du contexte stressant vécu par les soignants au travail. Les réponses informelles des cadres rencontrés expliquaient les difficultés générales des soignants, selon leur perception. Elles sont regroupées en trois thèmes qui signalent :

- une *"clientèle plus lourde"* en région (dépendance) que dans les grands centres urbains, à cause d'un manque d'éducation à la santé et d'un manque de Pavillon de Ressources Intermédiaires. *"Les soignants s'épuisent alors plus vite"*, soulignent unanimement les cadres rencontrés, s'appuyant sur leurs statistiques internes d'arrêt de travail, en comparaison avec les CHSLD en région et les CHSLD à Montréal ou Québec. Suite aux fusions (contexte politique), les *heures-soins* par client ont augmenté de 4,2 à 5,6 par jour dans les CHSLD en A.T. en dix ans. Pendant ce temps, elles sont passées de 2,5 à 3,5 heures soins par jour dans des CHSLD de la région de Montréal ou celle de Québec, selon le témoignage et l'investigation personnelle de deux cadres dans deux CHSLD différents en A.T. Ce calcul est fait par des firmes privées, à partir de supports professionnels des cadres et des soignants, avec un des deux logiciels existant. La comparaison entre les CHSLD de l'A.T. et quelques uns de la grande région de Montréal ou de celle de Québec a été faite sur le même logiciel.

- *la "pénurie artificielle des soignants"*, contrariant tous les cadres rencontrés au regard de leurs calculs statistiques. En effet, dans la population des soignants des quatre CHSLD participants en A.T., le travail à temps partiel est dit volontaire pour 28

à 37% (contrat de travail choisi à temps partiel) d'entre eux et les arrêts de travail ont atteint 45% d'entre eux en moyenne dans la dernière année (2003). Leur raisonnement s'appuie sur le fait que si tous les soignants travaillaient à temps plein, sans maladie et sans accident, il n'y aurait pas de pénurie. De plus, *''cette pénurie s'aggrave faute de relève, de motivation, de formation et de durée de vie dans le métier''*, constatent les cadres.

- *''la perte du sens du travail''* qui augmente et *''la résistance aux changements''* qui diminue de génération en génération de soignants en A.T. Les résultats sur le sens du travail et sur le comportement face aux changements ont été donnés par les cadres et par les soignants, dans le contexte historique et politique aux alinéas 1.5 et 2.5.2 du chapitre III.1. Ils soutiennent cette impression des cadres sur les difficultés générales des soignants.

1.2 Les difficultés générales vécues par les soignants (investigation préliminaire)

A la problématique ciblée par les cadres, tous les soignants rencontrés reconnaissent, lors de l'investigation préliminaire, que la manutention de patients est la tâche la plus difficile. Ils citent également la distribution de médicaments, les prises de sang et les pansements. Ils soulignent *''qu'ils ont souvent mal au dos, comme tout le monde''*, mais surtout *''qu'ils en ont plein le dos''* des conditions de travail dans les hôpitaux en A.T. La douleur et la souffrance au travail sont donc les deux variables prioritaires pour les soignants.

A la *pénurie de personnel,* dite artificielle par les cadres, les soignants rencontrés lors de l'investigation préliminaire répondent d'une façon diversifiée que :
- le contrat de travail à temps partiel leur est souvent imposé par la direction
- ils font des heures supplémentaires même avec un contrat de travail à temps partiel
- les arrêts de travail sont liés à la fatigue par surcharge de travail, donc ils ne vont pas encore se rajouter des heures en acceptant un contrat à temps plein
- ils ne conseillent à personne de faire le métier trop exigeant de soignant
- ils attendent d'avoir l'occasion de quitter le métier pour faire autre chose.

A la *résistance aux changements*, les soignants mettent en évidence qu'ils *''attendent des changements positifs''* et qu'ils *''subissent actuellement des changements négatifs''*. Cette perception est unanime et soutenu par l'énumération de pertes au sujet des conditions de travail (mobilité et polyvalence imposées, rappels et heures supplémentaires obligées, surcharge de travail et exigences de la tâche).

1.3 Les difficultés générales des soignants vécues par les soignants (questionnaire et entretien, comités de suivi de la recherche)

Dans le questionnaire, les questions 4 et 5 (annexe B) énuméraient les différentes tâches des soignants en leur demandant de cocher la plus difficile pour eux, au niveau physique et au niveau moral. Les réponses des soignants participants

confirment alors les données de l'investigation préliminaire, en précisant que la *manutention de patients est la tâche la plus difficile* physiquement pour 81% des participants (34/42) et psychologiquement pour 17% des participants (7/42) dans les trois CHSLD participants en A.T.

Dans l'entretien, l'introduction commençait par des questions générales ouvertes : "qu'est ce que vous aimez dans votre travail?" et "qu'est-ce que vous n'aimez pas dans votre travail?" (questions 1 et 2). Les réponses à la deuxième question mettaient en évidence les difficultés générales, qui étaient spontanément reliées par les soignants à leurs réponses à la première question. Ces réponses ainsi reliées ont été regroupées par thèmes : *la motivation de rester au travail sans le sens donné au métier, le manque de temps créateur de difficultés relationnelles*. Le premier thème se rapprochait de l'un de ceux des cadres lors de l'investigation préliminaire (alinéas 1.1 de ce chapitre) et le deuxième confirmait la pertinence de l'ajout du facteur temps au modèle POETE par l'ASSTSAS (chapitre I).

1.3.1 La motivation de rester au travail, sans le sens donné au métier (entretien)

La motivation de rester au travail est présente chez presque tous les soignants participant à l'entretien (29/30) et répondant à la question 1. La seule soignante ayant répondu qu'elle n'était plus motivée à travailler, s'est arrêtée dans l'année et a été exclue de la suite de la recherche. La motivation principale des soignants (29/30) est *la relation aux patients* : "prendre soin", "les aider et répondre à leurs besoins", "écouter leur vécu", "améliorer leur vie et les rendre heureux". Pour certains (4/30), il s'agit aussi de "relever le défi de communiquer avec les patients Alzheimer ou déments", de "favoriser leur autonomie", de "créer un lien de confiance" et de "développer une interaction entre les patients".

Le sens donné au travail dépend directement de la qualité des services et des soins au patient. Le sens donné au travail est dit *perdu* par tous les soignants participants (30/30) et répondant à la question 2. C'est une question *de manque de temps,* pour "changer et laver les patients" (22), "écouter et répondre à leurs besoins" (17), "stimuler les fonctions cognitives et favoriser la dextérité manuelle" (14), "distraire et rendre heureux" (8). Des 18 participants à l'entretien de la génération des baby-boomers, 16 femmes (préposées et auxiliaires) ont particulièrement des difficultés à renoncer à ces tâches complémentaires qui donnaient *un sens à leur métier*. Elles disent *"avoir le sentiment de travailler pour rien"*. Parmi elles, quatre sont auxiliaires et ajoutent que mettre sous oxygène un patient qui continue de fumer, ou sous insuline un patient qui continue de manger des beignes et des bonbons, n'a aucun sens.

1.3.2 Le manque de temps créateur des difficultés relationnelles (entretien, comité de suivi de la recherche)

Le *manque de temps* est ciblé par presque la moitié des soignants participants

(13/30), répondant à la question 2. Il se manifeste par un "manque d'écoute ou de compréhension des besoins et des désirs du patient" (11), et le fait d'avoir à "le bousculer pour assurer ses soins dans les délais" (8).

Des *causes de manque de temps* sont exprimées par tous les participants concernés (13/13) et les conséquences (10/13) par la majorité d'entre eux.

Les causes du manque de temps sont dites organisationnelles :
- *surcharge de travail* et *manque d'ouverture de nouveaux postes de travail* (11)
- *manque de latitude* pour s'organiser dans son travail (8)

Les conséquences du manque de temps touchent l'organisation du travail et l'environnement psychosocial :
- la création de *relations conflictuelles entre patients et soignants* (10)
- la *baisse de la qualité des soins* lorsque "quantité ne rime plus avec qualité" (7)
- le *manque de communication et de transmission entre les soignants,* qui fait perdre aussi du temps (5), *"le chat qui se mord la queue"*
- le *manque d'entraide* possible entre collègues (4)
- *la direction prend des décisions sans concertation des soignants* : "qui n'ont pas de temps à y mettre", "la concertation est une illusion", voire "une parodie" (3)

"Je n'arrive même pas à faire le plus important dans le temps alloué".

Nous pouvons retenir de l'entretien que ces difficultés générales centrées sur le manque de temps par les soignants (13/30) ont pour principales causes la surcharge de travail et le manque d'ouverture de nouveaux postes de travail (11) et pour principales conséquences la création de relations conflictuelles entre patients et soignants (10). Ces relations conflictuelles avec les patients sont expliquées en termes d'anxiété, agressivité et de manque de respect de ceux-ci, de relation avec les collègues en termes de non communication et de manque d'entraide, de relation avec les supérieurs de par la non-concertation des soignants sur les décisions qui les concernent.

Dans le comité de suivi de la recherche réuni après l'entretien, *le manque de temps pour effectuer une tâche de qualité et pour maintenir un environnement relationnel satisfaisant au travail* a soulevé une polémique intense entre les cadres et les soignants soutenus par les responsables syndicaux. De la discussion est ressorti que *le manque de temps des soignants vient du manque de ressources financières et humaines*, dans deux des CHSLD participants. L'organisation du troisième CHSLD est dite une exception (petite unité fermée), parce que l'infirmière aide les préposés et les auxiliaires dans leurs tâches. *"Elle sait partager son temps entre tous", "laisser la latitude à chacun de s'organiser dans son travail", "favoriser l'entraide en tout temps"* et *"créer l'harmonie dans l'équipe"*. Les quatre participants de ce CHSLD à l'entretien sont d'accord pour donner une mention spéciale à cette infirmière.

2 DES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES DANS L'ANNÉE AUX DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES DU MOMENT VÉCUES PAR LES SOIGNANTS

Dans l'entretien, les difficultés générales des soignants dans l'année (question 3) et dans la dernière semaine (en ce moment, question 4) étaient demandées dans des questions ouvertes. "Qu'est-ce que vous trouvez difficile dans votre travail, en général" et "qu'est-ce que vous trouvez particulièrement difficile dans votre travail, en ce moment". Les réponses ont été classées selon le modèle POETE (chapitres I et II). Plusieurs réponses pouvaient être données par chaque soignant participant. Les réponses à la question 4 ont été également regroupées par thèmes.

2.1 Les difficultés générales des soignants dans l'année (question 3, entretien)

Parmi les participants à l'entretien (figure 12), les difficultés générales dans l'année peuvent être reliées à *l'environnement psychosocial* (11/30) et à *l'organisation du travail* (10/30), puis à la tâche (7/30) et à la personne (6/30), et enfin à l'environnement physique (1/30).

- L'environnement psychosocial (36% des répondants) est considéré difficile en général par les soignantes participantes, notamment pour celles souffrant de *"s'occuper de personnes en perte cognitive ou en fin de vie"*

- L'organisation du travail (34% des répondants) est considérée responsable de *"la surcharge de travail"* et *"du manque de temps pour effectuer la tâche"*, *"même minimum"*. Elle est visée aussi au sujet du *"regroupement des patients en perte cognitive"* dans certaines unités, *"patients désoeuvrés faute d'avoir le temps de les occuper à quelque chose"*.

- La tâche de travail (24% des répondants) reconnue la plus difficile par les préposés est la *manutention de patients*. C'est surtout le fait *"d'être toujours debout et de se pencher souvent"* Pour les quatre auxiliaires en entretien, la tâche considérée la plus difficile est la distribution des médicaments, *"activité faite plus longtemps et plus souvent que la manutention de patients"*.

- Les soignants, de par leurs caractéristiques personnelles (19% des répondants), se disent concernés par l'inconfort *"d'avoir à travailler debout"* et par la douleur (dos, membres) lors de la manutention de patients. Ils expriment la souffrance de devoir *"s'occuper de patients en perte cognitive"* ou de *"les accompagner en fin de vie"*, *"tout en supportant le deuil des familles"*. Les soignants interrogés en entretien incluent leur douleur physique et leur souffrance psychologique dans les difficultés générales personnelles au travail.

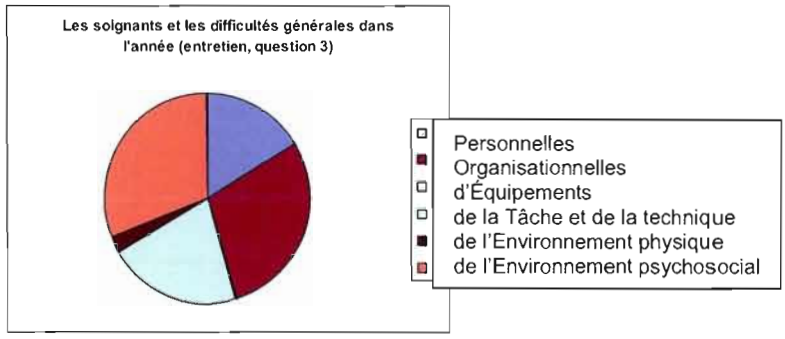


Figure 12 : Répartition des 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., face aux difficultés générales de l'année classées selon le modèle POETE (entretien)

Parmi l'ensemble des difficultés générales citées (tableau 14), celles concernant *l'environnement psychosocial* (37% des réponses) sont plus nombreuses que celles concernant *l'organisation du travail* (31% des difficultés). Les participants du groupe A (sans douleur) semblent n'avoir aucun problème lié à leur personne (0 réponse) contrairement à ceux du groupe B (23% des réponses, 37,5% des répondants) et du groupe C (25% des réponses et des répondants).

Tableau 14 :Les difficultés générales dans l'année des soignants participants de 3 CHSLD en A.T. en entretien (n=30 pour 35 commentaires)

Q3. Ce qui est difficile en général ?					
Catégorie	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total /30
		A /4	B /22	C /4	
Environnement psychosocial	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	4	0	4
	45-60	2	3	2	7
	Total	**2 (40%)**	**9 (34,62%)**	**2 (50%)**	**13 (37,14%)**
Organisation	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	3	1	6
	Total	**2 (40%)**	**8 (30,77%)**	**1 (25%)**	**11 (31,43%)**
Personnel	30-44	0	3	0	3
	45-60	0	3	1	4
	Total	**0**	**6 (23,08%)**	**1 (25%)**	**7 (20%)**
Tâche	45-60	1	3	0	4
	Total	**1 (20%)**	**3 (11,54%)**	**0**	**4 (11,43%)**
	Grand total	5 (100%)	26 (100%)	4 (100%)	35 (100%)

Pour les participants de la génération Y (18-29 ans), les difficultés générales de l'année se répartissent entre celles liées à l'environnement psychosocial (6% des réponses) et celles liées à l'organisation du travail (6% des réponses). Pour les

participants de la génération X (30-44 ans), les difficultés générales de l'année liées à l'environnement psychosocial (40% des réponses) sont plus citées que celles de l'organisation du travail (30% des réponses) et de la personne (30% des réponses). Pour les participants de la génération des baby-boomers (45-60 ans), les difficultés en général de l'année sont d'abord liées à l'environnement psychosocial (33% des réponses) et à l'organisation du travail (29% des réponses), ensuite à la personne (19% des réponses) et à la tâche (19% des réponses). Ces soignants les plus âgés ont ajouté, en réponse à cette question trois de l'entretien, que les difficultés générales de la tâche sont responsables de leurs maux de dos.

2.2 Les difficultés particulières des soignants en ce moment (question 4, entretien, comité de suivi)

Les difficultés générales de l'année ne sont pas nécessairement d'actualité au moment de l'entretien pour les soignants participants des CHSLD en A.T. La question 4 de l'entretien, "qu'est-ce que vous trouvez particulièrement difficile à votre travail en ce moment", c'est-à-dire au cours de la dernière semaine avant l'entretien, sert à accompagner la réflexion progressive des soignants sur leur travail. En focalisant l'attention sur les difficultés particulières du dernier cycle de travail, cette question relie le général des questions précédentes sur le travail, au spécifique des questions suivantes sur la douleur. Les réponses à cette question ont été regroupées par thèmes (*surcharge de travail, baisse de la tolérance)* et aussi classées selon le modèle POETE. Elles complètent les données sur les difficultés générales relevées lors de l'investigation préliminaire (alinéas 1.1 et 1.2 de ce chapitre) et sur les difficultés générales expliquées dans les questions 2 et 3 de l'entretien (alinéas 1.3 et 2.1 de ce chapitre).

2.2.1 La surcharge de travail créatrice de difficultés relationnelles

La surcharge de travail est une difficulté particulière du moment pour plus du tiers des participants (11/30). Elle est expliquée par :
- un rythme de travail trop élevé (7/11)
- le manque de personnel : *"être seule aux pauses de la collègue" et "être une infirmière pour deux étages"* (4/11)
- la lourdeur de la tâche : par *"regroupement des patients par pathologie"* ceux ayant besoin de nombreuses manutentions (2/11) et par le fait de mélanger des *"lits de soins palliatifs dans chaque unité"* au lieu de créer des centres spécialisés et organisés selon les besoins de cette clientèle particulière (2/11)

La *cause* de la surcharge de travail est *l'organisation du travail* et les *conséquences* sont les *difficultés de l'environnement psychosocial* expliquent les soignants en entretien.

La surcharge de travail est donc créatrice de difficultés relationnelles :
- entre les soignants et les patients (manque de respect, manipulation, plainte non justifiée ou interdite)

"Le manipuler physiquement est manipulateur psychologiquement"

"Il faut cacher aux familles l'existence de plaies, hématomes ou escarres dont la prévention n'est plus d'actualité"

- entre collègues (hypocrisie, dénonciations, conflits de personne, clans)
- avec les supérieurs : manque d'écoute et d'équité, manque de confidentialité et pression à la tâche, séparation des équipes et mobilité imposée, contrôle par des règlements et des plans de soin, horaires imposés (cité par 10% des participants). Et aussi :

"La politique du diviser pour mieux régner est de mise"

"La manie des cadres de tout classifier, tout évaluer à la minute près, alors qu'il est impossible de respecter le plan de travail"

La surcharge de travail au niveau Personnel *"laisse un goût amer"* et favorise l'accumulation de fatigue, *"jusqu'à n'en plus pouvoir physiquement et psychologiquement"* (des maux de dos à en avoir plein le dos) commentent en général les participants en entretien.

"Des collègues traînent les pieds pour travailler, tellement elles sont épuisées"

"Certains ne veulent ou ne peuvent plus voir les tâches à faire, pour ne pas avoir à les faire".

2.2.2 La baisse de la tolérance, induite par la surcharge de travail créatrice de difficultés relationnelles

Entre la surcharge de travail et les difficultés relationnelles, quelques soignants intercalent la baisse de tolérance, comme difficultés générales du moment. Cette baisse de la tolérance est *une difficulté personnelle* générale citée par 20% des participants (6/30). Elle est dite d'actualité dans la société, comme au travail.

Les causes principales de la baisse de la tolérance sont la surcharge de travail, c'est-à-dire à *l'organisation du travail*, nous disent les soignants. Par contre, les conséquences de la baisse de la tolérance touchent *l'environnement psychosocial*. Il s'agit des *difficultés relationnelles* qui augmentent entre les soignants et les patients (*"perte cognitive"*, *"comportements agressifs"*), entre collègues (*"ignorance volontaire de la tâche à faire"*, *"valeurs différentes des générations"*) et entre les soignants et leurs supérieurs (*"pas le droit à l'erreur"*) commentent les participants.

La baisse de la tolérance au fil des générations et de la progression dans la hiérarchie des besoins (pyramide de Maslow présentée au chapitre I) dépendent des valeurs soutenant la motivation (Lecomte, 1998) face à la surcharge de travail. Globalement *"la baisse de la tolérance à la surcharge de travail et aux autres"* est avouée par la génération des "baby-boomers" de l'échantillon (les plus âgés et/ou les plus fatigués), alors que les autres soignants disent seulement *"ne pas tolérer la*

surcharge de travail".

2.2.3 Les difficultés particulières du moment, classées selon le modèle POETE

Les difficultés particulières du moment, en réponse à la question 4 de l'entretien, ont été également classées selon le modèle POETE, sans chercher à extraire les mots clés comme nous venons de le faire au dessus.

Parmi les participants à l'entretien (figure 13), les difficultés générales du moment c'est-à-dire de la dernière semaine avant l'entretien concernent particulièrement *l'organisation du travail* (70% des répondants) et *l'environnement psychosocial* (67% des répondants). Aux difficultés liées à la personne (37% des répondants) s'ajoutent des difficultés d'environnement physique et liées à la tâche.

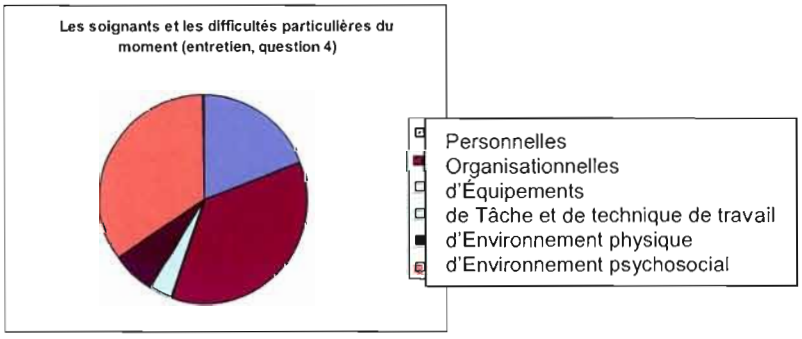


Figure 13 : Répartition des 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. face aux difficultés particulières du moment, classées par le modèle POETE

- L'organisation du travail (70%) est dite en priorité responsable du *''manque de temps lié à la surcharge de travail''* et *''au manque de personnel''*. Elle est visée aussi au sujet du patient (*''répartition par pathologie'', ''insuffisance de soins de base''*) et des soignants (*''privilège de certains pour le choix des vacances'', ''refus de congés pour enfant malade''*)

- L'environnement psychosocial (67%) est lié aux difficultés de *''communication avec les patients en perte cognitive'', ''aux conflits avec les collègues et les supérieurs'', ''aux différences de valeurs''* et *''aux différences de comportements des générations se côtoyant au travail''*.

- Les soignants de par leurs caractéristiques personnelles (37%) ont principalement "une baisse de tolérance". Ils expriment aussi *''une sensation de malaise''* ou *''de douleur'', ''une baisse de moral'', ''un sentiment d'impuissance''* ou *''de culpabilité''*. Les soignants participant à l'entretien incluent la douleur physique et la souffrance psychologique dans les difficultés personnelles particulières du moment.

- L'environnement physique (13%) est difficile par *''manque d'espace''*, *''à cause du bruit''* (sonnettes d'appel, téléphone) et *''de la chaleur''* (non climatisé l'été, chauffage pour les patients frileux l'hiver).

- La tâche (7%) théorique avec *''une clientèle en perte cognitive''*, est *''souvent interrompue par plus urgent''* ou *''par des imprévus''*.

Parmi l'ensemble des difficultés particulières du moment citées par les soignants participant à l'entretien (tableau 15) en question 4 (ouverte), plusieurs réponses par soignant étaient possibles. Les réponses sont en premier lieu liées à *l'organisation du travail* (38%) et à *l'environnement de travail* (26%), viennent ensuite les difficultés personnelles (23%) puis celles liées à la tâche et à l'environnement physique du travail.

Tableau 15 : Les difficultés particulières des soignants participants dans les CHSLD en A.T., en ce moment, classées selon le modèle POETE (n=30 pour 34 commentaires)

Q4 Ce qui est difficile particulièrement en ce moment ?					
	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total /30
		A /4	B /22	C /4	
Environnement physique	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**0**	**1 (20%)**	**1 (2,94%)**
Environnement psychosocial	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	4	0	4
	45-60	0	3	1	4
	Total	**0**	**8 (33,33%)**	**1 (20%)**	**9 (26,47%)**
Organisation	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	2	0	2
	45-60	3	4	1	8
	Total	**3 (60%)**	**9 (37,50%)**	**1 (20%)**	**13 (38,24%)**
Personnel	30-44	0	2*	0	2
	45-60	0	4	2	6
	Total	**0**	**6 (25%)**	**2 (40%)**	**8 (23,53%)**
Tâche	45-60	2	1	0	3
	Total	**2 (40%)**	**1 (4,17%)**	**0**	**3 (8,82%)**
Grand total		5 (100%)	24 (100%)	5 (100%)	34 (100%)

* *Une personne de ce groupe est en arrêt de travail*

En comparant les tableaux 14 et 15, c'est-à-dire les difficultés générales dans l'année et les difficultés particulières de la dernière semaine avant l'entretien, nous constatons que les difficultés d'organisation du travail sont les plus citées, particulièrement en ce moment (31% pour l'année, 38% pour la dernière semaine). Par contre, les difficultés liées à l'environnement psychosocial sont moins présentes en ce moment (37% dans l'année, 26% pour la dernière semaine). Le contexte politique et organisationnel présent en ce moment dans les CHSLD en A.T. est dit

"non étranger à ces résultats", par les soignants du comité de suivi de la recherche.

3 LES DIFFICULTÉS GÉNÉRALES DANS L'ANNÉE ET LES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES DU MOMENT : LIEN ENTRE L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL ET LA DOULEUR

Nous avons vu dès le début de ce chapitre que la problématique dominante des soignantes des CHSLD en A.T. était le fait "d'avoir mal au dos" (douleur) et "d'en avoir plein le dos" (souffrance), relevé lors de l'investigation préliminaire. Nous avons également vu que la manutention de patients était considérée par les cadres comme par les soignants, comme étant l'activité la plus difficile lors de l'investigation préliminaire. Le questionnaire confirmait les difficultés générales de la manutention de patients à 81% des participants au niveau physique (34/42) et à 17% des participants (7/42) au niveau psychologique, dans trois CHSLD en A.T, comme nous l'avons vu précédemment en réponse aux questions 4 et 5 de l'entretien (alinéa 1.3). Ces difficultés "générales de l'année" que sont la douleur et la manutention de patients, ont été alors rapprochées spécifiquement, par la question 8 du questionnaire (annexe B) et par la question 5 de l'entretien (annexe C), partiellement par la question 18 du questionnaire.

3.1 Le lien entre l'activité de travail des soignants et la douleur dans l'année (questionnaire)

Les difficultés générales étaient approfondies par la recherche du lien entre l'activité de travail des soignants et leur douleur dans l'année, avec la question 8 du questionnaire : "Dans l'ensemble de vos activités professionnelles, identifiez celle pour laquelle cette douleur que vous avez ressentie a été la plus dérangeante au cours des 12 derniers mois?" Une fois formulée, cette question énumérait les différentes activités de travail des soignants, dont la manutention de patients. Cette dernière était cochée par 20/42 soignants participants en réponse à la question, alors que la douleur avait été présente dans l'année pour 32/42 soignants participants (tableaux 12/13 au chapitre III.2). Par conséquent, le lien entre manutention de patients et douleur dans l'année est reconnu par les soignants à la hauteur de 62,5% des personnes concernées (20/32). Les autres réponses ciblaient "autres" : travailler debout et marcher beaucoup (4/32), distribuer des médicaments (4/32) et faire les toilettes au lit (2/32), la réfection des lits (1/32) et les pansements (1/32).

L'énumération des différentes activités de travail des soignants, dont la manutention de patients, se retrouvait également en question 18 du questionnaire pour rechercher le lien entre la manutention de patients et la douleur dans l'année (difficultés générales) : "En général, pensez-vous que la douleur ressentie vous limite dans vos activités professionnelles?". Cette question fermée (oui/non) recouvrait aussi la notion de limitation physique qui sera présentée dans le chapitre III.4. La réponse "oui" était cochée par un huitième (4/32) des soignants participants ayant eu de la douleur dans l'année, avec le commentaire *"puisqu'on reste au travail"*. La réponse

"non" était cochée par les autres (28/32) et était sans réponse pour les soignants participant au questionnaire et non-concernés par la douleur dans l'année (10/42).

3.2 Le lien entre l'activité de travail des soignants et la douleur du moment (entretien)

Les difficultés particulières du moment étaient approfondies par la recherche du lien entre l'activité de travail des soignants et leur douleur dans la dernière semaine, avec la question 5 de l'entretien : "La manutention de patients est-elle particulièrement difficile pour vous en ce moment, à cause de vos maux de dos?". Cette question fermée (oui/non) a été ouverte par la chercheuse *à la douleur ailleurs qu'au dos*, pour améliorer l'approche de la réalité des soignants au travail. Par cette question, la réflexion des soignants a été centrée sur la manutention de patients avant d'être focalisée sur la douleur (questions 6 à 8 de l'entretien). Les résultats sont également partagés entre le "oui" et le "non", alors que la douleur du moment concernait 18/30 des soignants participant à l'entretien (réponse à la question 8 présentée au chapitre III.4). En entretien, le lien entre manutention de patients et douleur du moment est reconnu par 83,3% des soignants concernés (15/18), alors que le lien entre manutention de patients et douleur dans l'année n'était reconnu que par 62,5% des soignants répondant au questionnaire.

Tableau 16 : Répartition des 30 soignants des CHSLD en A.T. participant à l'entretien au sujet du lien entre la manutention de patients et la douleur du moment.

Tranches d'âge		Groupes de soignants participants (question 5, entretien)			Total
		A	B	C	
Non	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	3	0	3
	45-60	4	2	4	10
		4 (100%)	**7 (31,82%)**	**4 (100%)**	**15 (50%)**
Oui	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	5	0	5
	45-60	0	8	0	8
		0	**15 (68,18%)**	**0**	**15 (50%)**
Total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)

En ciblant les soignants du groupe B, c'est-à-dire ceux ayant eu des maux de dos dans l'année, (22/30) nous constatons que les deux tiers d'entre eux (15/22) associent leurs difficultés de manutention à leur douleur. De plus, les 15 soignants participant à l'entretien reliant leurs difficultés de manutention à leur douleur, *ont tous des maux de dos* (non exclusifs) et répondent "oui" à la question 5 (tableau 16). Parmi eux, les deux tiers (10/15) précisent que ces *difficultés sont dues particulièrement à la technique de la manutention.* Ces résultats se répartissent entre

les générations, sans distinction : 44% de baby-boomer (8/18), 62% de soignants de la génération X (5/8) et 50% de la génération Y (2/4) disent oui.

5 L'IMPORTANCE RELATIVE DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE LA MANUTENTION DE PATIENTS DU MOMENT, AVEC OU SANS DOULEUR (entretien)

Les questions sur les difficultés générales introduisaient l'entretien, entre les questions 1 et 5, et les réponses ont été présentées ci-dessus. Les questions sur les difficultés spécifiques de la manutention de patients, "avec ou sans douleur", constituaient les différentes parties de l'entretien classées selon le modèle POETE (paragraphes I et II), entre les questions 9 et 38. Les réponses seront présentées d'une façon détaillée dans les chapitres suivants.

La question 39 de l'entretien permettait ensuite aux soignants de prendre du recul par rapport à leur situation de travail et de relativiser les choses au sujet de leurs difficultés au travail. En effet, la richesse des données et le temps consacré en entretien à chaque partie du modèle POETE ne reflétait pas l'importance perçue des difficultés du moment par les soignants participants. "Au sujet de vos difficultés liées à vos maux de dos, quelle part accordez-vous, à la personne, à l'organisation du travail, aux équipements, à la tâche et à la technique de travail, à l'environnement physique et psychosocial? (en %). Par cette question, il s'agissait donc d'évaluer l'importance relative des difficultés de manutention de patients, vécues dans la dernière semaine avant l'entretien, par les soignants participants. L'entretien a donc permis de recueillir des données du global aux détails, pour finir par une généralisation sur les difficultés du moment des soignants participants des CHSLD.

Les résultats sur l'importance relative des difficultés de manutention de patients du moment (figure 14) montrent que *la priorité est accordée aux difficultés spécifiques liées à l'organisation du travail (24%) et à la personne (22%) qui ressent de la douleur et de la souffrance*. Ensuite, dans l'ordre décroissant vient l'importance des difficultés spécifiques de la tâche et de la technique de travail (17%) puis celles d'équipements (14%) et d'environnement physique (14%) et psychosocial (11%).

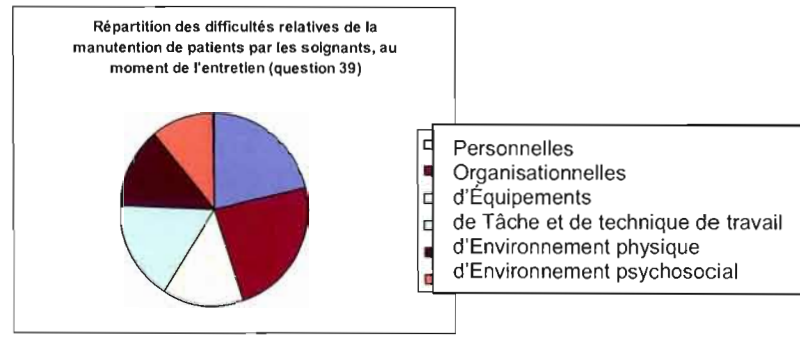


Figure 14 : Parts relatives accordées par les 30 soignants participant à l'entretien, aux difficultés spécifiques de manutention de patients dans 3 CHSLD en A.T., classées selon le modèle POETE

En résumé de ce chapitre

Nous avons appris que :

- *la clientèle des CHSLD est plus lourde en région* que dans les grands centres urbains et qu'elle semble épuiser plus rapidement les soignants (alinéa 1.1)
- *la motivation de rester au travail est dite présente* chez les soignants des CHSLD en A.T., mais *le sens donné au métier* semble perdu (alinéa 1.3)
- *le manque de* temps *est généralement créateur de difficultés relationnelles*, selon les soignants en entretien (alinéa 1.3)
- *La surcharge de travail, en ce moment, est particulièrement créatrice de difficultés relationnelles,* selon les soignants en entretien (alinéa 2.2)
- *La baisse de la tolérance, induite par la surcharge de travail créatrice de difficultés relationnelles,* est soulignée *en ce moment* par les soignants en entretien (alinéa 2.2)

Et aussi que, les soignants participant à l'entretien (30) de 3 CHSLD en A.T. :

- éprouvent dans la dernière année des difficultés générales au travail qui touchent en priorité l'organisation du travail (36%) et l'environnement psychosocial (34%) (figure 10)
- éprouvent dans la dernière semaine des difficultés particulières au travail qui touchent en priorité l'organisation du travail (70%) et l'environnement psychosocial (67%) (figure 11)
- évaluent l'*importance relative des difficultés spécifiques de manutention de patients, en ce moment, prioritairement liées à l'organisation du travail (24%) et à la personne (22%) qui ressent de la douleur et de la souffrance (figure 12).*

Au sujet de la génération des baby-boomers (45 à 60 ans, en 2005), la plus représentée dans la population et dans l'échantillon (chapitre III.1), nous ajoutons que :

- elle relie en général ses difficultés à l'environnement psychosocial (34% des réponses, 40,8% des répondants) et à l'organisation du travail (30% des réponses, 44,4% des répondants) (alinéa 2.1, tableau 14)
- elle ajoute que les difficultés générales de la tâche sont responsables de ses maux de dos (alinéa 2.1).

En résumé pour la première hypothèse

La première hypothèse qui stipulait que : *"Il existe des soignantes qui ont des maux de dos et des difficultés associées lors de la manutention de patients, dans les CHSLD en Abitibi-Témiscamingue et qui restent au travail"* est vraie.

Dans ce chapitre, nous avons appris que :

- les soignants qui ont participé au questionnaire sont au travail et ont effectivement de *la douleur dans l'année* (32/42), plus particulièrement des maux de dos (26/32) (paragraphe 3.)
- l'activité de travail la plus difficile en général pour les soignants ayant participé au questionnaire est *la manutention de patients,* confirmant l'investigation préliminaire : la plus difficile physiquement pour 81% des participants (34/42) et psychologiquement pour 17% des participants (7/42) (alinéa 1.3)
- les difficultés générales de la tâche et de la technique de travail ne semblent pas liées uniquement à la douleur dans l'année (alinéa 2.1, tableau 14, groupes A et B)
- *le lien entre l'activité de travail des soignants et la douleur dans l'année* est soutenu par les soignants à la hauteur de 62,5% des personnes concernées (20/32) dans le questionnaire et de 83,3% des personnes concernées (15/18) en entretien (paragraphe 3)
- les 15 soignants participant à l'entretien reliant leurs difficultés de manutention de patients à leur douleur, ont tous des maux de dos (non exclusifs) et parmi eux, les deux tiers (10/15) précisent que ces difficultés sont dues particulièrement à la technique de la manutention de patients (alinéa 3.2)

CHAPITRE III.3

LES RÉSULTATS

La manutention de patients :

de la tâche théorique à l'activité pratique.

Les difficultés physiques et techniques au travail

Dans ce chapitre les difficultés de la manutention de patient sont présentées, de la tâche théorique à l'activité pratique, pour mettre en évidence les difficultés physiques (selon le PERR présenté au chapitre I) liées à la tâche et à la technique de travail (selon le PDSB présenté au chapitre I). Ils sont confrontés à la deuxième hypothèse de recherche : *"Lors de la manutention de patients, les difficultés vécues par les soignants des CHSLD en A.T., restant au travail avec des maux de dos, sont plus nombreuses et plus importantes que les difficultés de ceux qui n'ont pas de maux de dos".*

1 LA MANUTENTION DE PATIENTS, EN GÉNÉRAL

Comme nous l'avons vu, dès l'investigation préliminaire, la manutention de patients était l'activité de travail ciblée par les cadres et reconnue être pénible par les soignants. Comme nous l'avons vu, les résultats du questionnaire sur les difficultés générales du moment (questions 4 et 5) précisaient que, parmi l'ensemble des tâches des soignants, *la manutention de patients est la plus difficile physiquement* pour les soignants participants de trois CHSLD en A.T. (chapitre III.1 en alinéa 1.3, chapitre III.2 au paragraphe 3).

L'approche générale de la manutention de patients a continué au cours du "deuxième tour de piste" (investigation préliminaire), notamment par une description de la tâche théorique de manutention de patients par les cadres et une description réelle de l'activité de travail par les soignants. L'approche générale de la manutention de patients s'est poursuivie ensuite dans le questionnaire et en entretien, pour la situer dans l'ensemble des autres activités de travail et pour évaluer sa durée quotidienne en fonction du titre d'emploi.

1.1 De la tâche théorique à l'activité pratique de la manutention de patients (investigation préliminaire, entretien)

La tâche théorique est celle décrite par l'employeur au moment de l'embauche et qui sert de référence tout au long de l'activité pratique de travail. Elle a été expliquée par les cadres lors de l'investigation préliminaire. La tâche théorique est habituellement définie en ergonomie comme étant "l'ensemble des prescriptions qui détermine ce qui est à accomplir", c'est-à-dire les exigences de l'employeur vis-à-vis des employés pour répondre à un objectif théorique. C'est une demande précise et détaillée d'un travail spécifique, imposant des règles et des contraintes pour atteindre des objectifs. La direction de chaque hôpital nous dit être dans l'obligation de suivre les orientations politiques de la province (Québec) pour la santé de la population et de se suffire du budget qui lui est alloué pour mettre en œuvre les moyens matériels et humains d'atteindre les objectifs posés. Néanmoins, la compréhension et la logique de chaque directeur et des médecins responsables peuvent varier selon l'hôpital et modifier les difficultés vécues par les soignants.

L'activité des soignants est l'ensemble des actions réalisées pour atteindre les objectifs ciblés par la direction. Elle s'effectue selon *"l'interdépendance qui existe entre la direction, les soignants et les patients"*, il y a *"trois partenaires qui interagissent dans la relation de service"*, expliquent les cadres lors de l'investigation préliminaire. Les soignants approchés lors de l'investigation préliminaire ont décrit leur activité de travail et les soignants participant à l'entretien (question 4) ont rapporté "ce qu'ils trouvaient particulièrement difficile en moment". Alors que les cadres parlaient de *"manque de ressources financières et humaines"* (investigation préliminaire), les soignants ont presque tous confirmé à leur façon (29/30) en disant que l'activité de travail est : *"réduite à un service minimum"* (hygiène et soins), accomplie par des *"robots humains"* (les soignants) qui font *"une course contre la*

montre".

Concrètement, la manutention de patients par les soignants est une activité manuelle ou mécanisée (lève-personne, fauteuils roulants, brancards ou lits civières, chaises de douche, marchette ...) pour assurer les soins d'hygiène de base. Elle est codifiée par le PDSB de l'ASSTSAS, au niveau musculo-squelettique (1999) et encadrée au niveau psychosocial (2004). Le tableau 17 regroupe les tâches théoriques et les principales actions pratiques habituellement décrites dans les techniques de manutention de patients. Elles font partie du langage courant des soignants dans les CHSLD en A.T. ayant suivi le PDSB.

Tableau 17 : Description de la tâche de manutention de patients par les soignants dans les CHSLD en A.T.

Tâches théoriques (prescrites)	**Principales actions pratiques**
- le lever et le coucher (lit, fauteuil)	- soulever et reposer un patient (lit, fauteuil)
- les transferts	- porter complètement d'un lit à un fauteuil ou d'un fauteuil roulant au siège des toilettes
- l'habillage et le déshabillage	- glisser dans un lit ou au fond d'un fauteuil, d'un lit à un brancard ...
- les déplacements aux toilettes ou à la salle de bain, à la salle à manger ou au salon	- transférer (glisser en poussant ou en tirant) d'un lit à un brancard, d'un fauteuil roulant à la baignoire ....
- la toilette partielle au lit ou au lavabo	- pivoter (rotation à partir d'un point fixe central) d'un lit à un fauteuil, d'un fauteuil au siège des toilettes
- la toilette complète à la douche ou au bain	- soutenir en position debout, lors de la marche ou du change aux toilettes
- les changes de couches et de draps + - la réfection des lits	- tenir en position allongée, pour l'habillage ou les changes
- le service des repas et collations (en salle à manger ou en chambre)	- manipuler pour faire la toilette ou l'habillage, au lit ou à la salle de bain
- la distribution du linge (collectif et personnel)	- tirer ou pousser pour déplacer (changer de place) ou mobiliser (bouger sans changer de place) au lit ou au fauteuil + - pousser les lits du mur, changer les draps
	- pousser le chariot repas, transporter des plateaux repas, donner à manger à plusieurs patients à la fois (3 à 5)
	- déplacer des patients dans leur fauteuil roulant, sur un brancard, avec la toile ou le filet d'un lève-personne
	-pousser le chariot de linge et ranger les pièces sur des étagères à différentes hauteurs ou les accrocher à des cintres.

La différence entre la tâche théorique et l'activité des soignants était commentée par des cadres et des soignants, lors de l'investigation préliminaire. On pouvait déjà comprendre que : la perception de la problématique et des objectifs du travail est décrit différemment par les cadres de direction et les soignants, comme nous l'avons vu en introduction.

Les résultats de l'entretien (en marge de la question 4) permettaient, en plus, de noter l'existence d'un *décalage entre la tâche théorique et l'activité pratique des soignants* vécu comme difficulté générale par les soignants (29/30). Ce décalage a été expliqué par les participants en ces termes :

- les attentes des soignants, comme celles de la direction et des patients sont *''éloignés de la réalité''* ou *''du champ des possibles''. ''Faire son possible c'est possible, mais faire des miracles c'est impossible''* résumait une soignante.

- les soignants sont pris entre les demandes des supérieurs et celles des patients (contradictoires), entre les changements d'avis des uns et d'état de santé des autres (avec le temps).

- les soignants assument alors la charge de travail, en faisant des *''compromis pour réduire le décalage entre la tâche prescrite et la tâche réelle, quitte à hypothéquer leur santé''*, commente une physiothérapeute en entretien.

1.2 La manutention de patients parmi les autres activités des soignants
(investigation préliminaire, questionnaire, entretien)

La manutention de patients est le problème prioritaire des soignants visé par les cadres lors de l'investigation préliminaire (question 15 du support de contexte). Elle est pratiquée généralement par les préposés, aidée à certains moments et certains endroits par les auxiliaires. Néanmoins, lorsque les auxiliaires et les infirmières donnent les médicaments ou font des soins médicaux au lit, de la manutention de patients est souvent nécessaire. Tous les soignants se sentent donc concernés par les difficultés de la manutention de patients (questions 4 et 5 du questionnaire).

Comme nous avons vu dans les chapitres précédents d'une façon générale (questions 4 et 5 du questionnaire), la manutention de patients est jugée l'activité *la plus difficile physiquement* par 81% des participants (34/42) et psychologiquement par 17% des participants (7/42) dans les trois CHSLD participants en A.T. Parmi l'ensemble des préposés répondant au questionnaire (22/42), plus des trois quart se plaignent des difficultés physiques de la manutention de patients (18/22). Et parmi les soignantes ayant cité la manutention de patients comme activité la plus difficile au niveau psychologique, toutes sont préposées (7/22).

Mais, parmi l'ensemble des activités de travail des soignants, la manutention de patients n'est pas la seule considérée difficile par les répondants au questionnaire. En effet, l'activité de travail qui consiste à *''faire la toilette des patients''*, pratiquée

seulement par des préposés (22/42), est notée *difficile au niveau* physique par 26% d'entre eux (6/22), trois fois moins citée que la manutention de patients, et au niveau *psychologique* par 31% d'entre eux (7/22), autant cité que la manutention de patients. De même, *la distribution des médicaments* pratiquée par les auxiliaires et les infirmières (20/42) est notée comme activité de travail difficile par le quart des soignants participant au questionnaire, au niveau physique (5/20) comme au niveau psychologique (5/20), mais pas toujours par les mêmes soignants.

La manutention de patients a été évaluée aussi dans sa durée quotidienne par les cadres lors de l'investigation préliminaire, sur le support qui documentait le contexte (annexe A, question 17). Les réponses des cadres variaient selon le titre de métier et le CHSLD : "presque tout le temps" pour les préposés (4 réponses); "parfois" (2 réponses) à "un quart du temps" (2 réponses) pour les auxiliaires; "rarement" (3 réponses) à "parfois" (1 réponse) pour les infirmières.

En tant que difficulté spécifique du moment, la durée quotidienne de la manutention de patients a été évaluée par les 30 soignants participant à l'entretien (en marge des questions 15 et 17 sur la contrainte de temps et la grille horaire) : en moyenne, 70% du temps de travail (jour et soir) pour les préposés et 20% pour les auxiliaires de l'un des CHSLD (b). Les auxiliaires des autres CHSLD participants en A.T. n'ont pas dans leurs tâches à aider les préposés, à certaines heures de la journée, à la manutention systématique de patients (levers et couchers).

2 LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE LA MANUTENTION DE PATIENTS (entretien)

Comme nous l'avons vu (paragraphe 4, chapitre III.2), l'entretien se terminait par une évaluation (question 39) de l'importance relative de chaque partie du modèle POETE (chapitre I). Les soignants participants chiffraient à 17% leurs difficultés liées à la tâche et à la technique de travail parmi l'ensemble des difficultés liées à la manutention de patients. Cette perspective relativisait la partie de l'entretien réservée à l'approfondissement dans les détails des difficultés spécifiques de la manutention de patients (oui/non) liées à la tâche et à la technique de travail. Dans cette partie, il s'agissait d'investiguer les difficultés physiques de la manutention de patients (questions 26 à 31), en suivant le modèle PERR (posture, effort, répétitivité et repos), présenté au chapitre I. Les réponses au sujet du repos viennent de la partie du questionnaire traitant des difficultés spécifiques personnelles sur "le manque de vacances" (question 11) et des difficultés spécifiques de l'organisation sur "les jours de congé hebdomadaire et les temps de pauses quotidiennes" (question 17).

Au sujet "des difficultés spécifiques de la manutention de patients au niveau physique et technique", la répartition entre les "oui" et les "non" est présentée dans le tableau 18. Presque la totalité des soignants participants (29/30) a répondu "oui". *Même pour les personnes sans douleur les difficultés physiques et techniques de manutention de patients sont présentes.*

Les résultats détaillés de l'entretien sont présentés d'abord en tant que nombre de soignants citant chaque déterminant proposé (dans le texte) et ensuite en pourcentage de commentaires donnés par les soignants sur chaque déterminant ou "mot clé" extrait des réponses (en tableaux commentés). Plusieurs réponses ou commentaires étaient possibles à chaque question spécifique. La méthodologie (chapitre II, paragraphe 3.2), au sujet des résultats qualitatifs présentés dans les tableaux 19 à 27, consiste à regrouper les réponses par catégories de "mots clés", de les compter séparément lorsqu'ils relèvent d'une même catégorie et à chaque fois lorsqu'ils relèvent de plusieurs catégories. Par conséquent, il arrive que le total des réponses ou commentaires dépasse le nombre de soignants participants.

Tableau 18 : Répartition des 30 participants à l'entretien face aux difficultés physiques et de technique de manutention de patients, dans 3 CHSLD en A.T.

Présence de difficultés physiques et de technique de travail à la manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participant *			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Non	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**0**	**1 (25%)**	**1 (3,33%)**
Oui	18-30	0	4	0	4
	30-45	0	8	0	8
	45-60	4	10	3	17
	Total	**4 (100%)**	**22 (100%)**	**3 (75%)**	**29 (96,67%)**
	Grand total	4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)

* *A sans douleur, B avec maux de dos non exclusif, C avec douleur ailleurs qu'au dos*

Nous rappelons aussi que tout au long de l'entretien, l'intitulé initial "avec des maux de dos" a été changé en "avec ou sans douleur" pour documenter les difficultés spécifiques de la manutention de patients.

2.1 Les difficultés spécifiques de postures, mouvements et positions lors de la manutention de patients

Les difficultés physiques de la manutention de patients, avec ou sans douleur, étaient documentées en fonction des postures, des mouvements et des positions spécifiques (questions 26 à 28).

Pour documenter ces difficultés spécifiques de la manutention de patients, il a fallu
- définir la posture en tant que statique (plus de 6 secondes, selon les travaux de Monod, 1981) en opposition avec les mouvements dynamiques.
- dissocier la rotation (droite/gauche) de la torsion (flexion/rotation ou extension/rotation) pour éviter la confusion par les soignants participants.
- spécifier aussi que le dos est composé de trois zones : cervicale (cou), dorsale (milieu du dos) et lombaire (bas du dos).

Par contre, les mouvements de la manutention de patients sont des actions codifiées

par le PDSB de l'ASSTSAS et connus des soignants participants.

2.1.1 **Les difficultés de posture** (question 28 de l'entretien)

A la question 28 sur les "difficultés spécifiques dans la posture à effectuer et/ou à tenir lors de la manutention de patients, avec ou sans douleur", les soignants participant à l'entretien avaient à se prononcer au sujet des flexions du tronc (sagittale et latérale), des rotations (droite et gauche), des torsions et des autres difficultés de posture (asymétrie, stabilité, équilibre ...). Dans les réponses, *les difficultés de posture concernaient 79% des participants ayant des difficultés physiques à la manutention de patients (23/29)*. Les sept soignants, sans difficultés spécifiques de posture lors de la manutention de patients, sont répartis entre le groupe C (3/4), le groupe B (2/22) et le groupe A (2/4). Par conséquent, *les difficultés de posture touchent sont très présentes chez les soignants ayant des maux de dos* (groupe B).

En réponse à la question 28 de l'entretien, les 23 soignants ayant des difficultés de posture lors de la manutention de patients et ayant répondu "oui" ont fait 34 commentaires présentés au tableau 19. Un total de 12 soignants sur 23 ont ciblé les *flexions sagittales du dos* parmi les postures les plus difficiles et les *torsions du dos* ont été mentionné par 10 d'entre eux. Parmi l'ensemble des postures citées, les participants du groupe B (maux de dos) sont particulièrement concernés (29/34 commentaires). Ils sont même les seuls à avoir fait des commentaires sur les difficultés de flexion du dos (sagittale et latérale), alors que les difficultés de torsion ont été citées par tous les groupes. En regardant la répartition des commentaires, sur les postures difficiles en manutention de patients, par les différentes générations, il ne semple pas y avoir de particularité.

Au sujet des 10 commentaires sur "la torsion du dos", certains soignants l'ont *reliée aux espaces restreints*, notamment *"dans les salles de toilette où c'est difficile de placer et de maintenir le patient en position assise"*. D'autres commentaires visaient plutôt le *concept d'Humanitude* (chapitre III.1) avec les torsions du cou nécessaires :
- pour assurer *"la surveillance de la mobilité du lève-personne sur rail"*, *"avec parfois une cambrure pénible de la zone lombaire"* (extension) (6)
- *"pour regarder dans les yeux les patients assis"*, sans avoir à s'accroupir. Il s'agit de manque de souplesse de ceux qui ne peuvent se tenir accroupis avec les talons au sol (4).

Au sujet des 4 commentaires sur "l'équilibre", il s'agit d'équilibre sur les orteils qui est vécu comme une difficulté physique spécifique aux soignants les plus petits en taille (4/23). Ils ont tous besoin de *se hausser sur la pointe des pieds* pour :
- se mettre au niveau des collègues de taille moyenne avec lesquels ils font équipe
- dominer les patients à manutentionner en position debout
- attraper du matériel rangé en hauteur

Tableau 19 : Les difficultés de postures (statique) en manutention de patients citées par 23/30 soignants participant à l'entretien

Q28. Postures contraignantes de la manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Asymétrie de la posture	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	1	0	2
	Total	**1**	**2**	**0**	**3**
Équilibre	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	2	1	3
	Total	**0**	**3**	**1**	**4**
Extension du cou	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1**	**0**	**1**
Flexion latérale du dos	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**2**	**0**	**2**
Flexion sagittale du dos	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	3	0	3
	45-60	0	6	0	3
	Total	**0**	**12**	**0**	**12**
Rotation du dos	18-29	0	1	0	1
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**2**	**0**	**2**
Torsion du dos	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	2	0	2
	45-60	2	3	1	6
	Total	**2**	**7**	**1**	**10**
Commentaires	Grand total	3	29	2	34

2.1.2 **Les difficultés de mouvement** (question 26 de l'entretien)

A la question 26 sur les "difficultés spécifiques dans les mouvements lors de la manutention de patients, avec ou sans douleur", les soignants participant à l'entretien avaient à se prononcer sur les actions de lever/coucher, retenir/pivoter, tirer/pousser, porter/transférer et "autres" mouvements difficiles. Dans les réponses, *les difficultés de mouvement concernaient 83% des participants* ayant des difficultés physiques de manutention de patients (24/29). Les cinq soignants sans difficulté spécifique de mouvements lors de la manutention de patients, sont répartis d'une façon disparate entre le groupe A (1/4), le groupe B (2/22) et le groupe C (2/4). Il semble que *les difficultés de mouvements à la manutention de patients touchent particulièrement ceux qui ont des maux de dos* (groupe B).

En réponse à la question 26 de l'entretien, les 24 soignants ayant des difficultés de mouvements lors de la manutention de patients ont fait 38 commentaires, présentés

au tableau 20. Parmi les actions dites les plus difficiles, *transférer* a fait l'objet de 29% de commentaires (11/38), *pousser/tirer* de 18% de commentaires (7/38) et *pivoter* de 16% de commentaires (6/38).

Sachant que chaque soignant n'a donné qu'un seul commentaire pour certaines actions, nous savons que parmi l'ensemble des mouvements cités lors de l'entretien, *l'action de "transférer" est difficile pour plus du tiers des participants (11/30), celle de "pousser/tirer (7/30) pour presque le quart d'entre eux et celle de "pivoter" (6/30) pour un cinquième d'entre eux.*

Nous avons obtenu davantage de commentaires sur le "lever" que sur le "coucher", confirmant l'impression générale exprimée par les soignants en entretien, comme quoi *les difficultés de manutention pour lever un patient sont plus importantes que celles pour le coucher.* Les *soignants du groupe B* (maux de dos) sont les seuls à faire des commentaires sur les actions de "lever", "pivoter", "soulever/porter" et "retenir/supporter/soutenir", *mouvements qui sollicitent théoriquement plus le dos.* En regardant la répartition des commentaires, sur les mouvements difficiles en manutention de patients, par les différentes générations, il semble que les participants de la génération des *baby-boomers* (45-60 ans) éprouvent particulièrement des *difficultés pour "transférer" et pour "lever".*

Au sujet des commentaires sur les difficultés de mouvements, la manutention manuelle a été différenciée de la manutention mécanisée. En effet, en manutention manuelle, l'action de *"remonter un patient dans son lit* (le tirer et le glisser) *est plus difficile depuis la généralisation des matelas anti-escarres*", "trop mous", *"surtout avec un patient qui résiste"* (3/3 commentaires). De même l'action de *"pousser un patient au fond du fauteuil est plus difficile que de le tirer"*, *"surtout seul"* (7/7 commentaires). Et aussi, l'action de *"faire pivoter un patient se complique avec une nouvelle collègue, faute de synchronisation"* (1/6 commentaires). En manutention mécanisée, les difficultés de mouvements sont aussi présentes (4/11 commentaires) : *"même avec un lève-personne le transfert du lit au fauteuil est difficile"*, *"surtout lorsqu'il se fait seul".*

"Il faudrait 4 mains pour le faire seul en toute sécurité : bloquer avec un genou, appuyer sur la commande, centrer le patient, tirer ou pousser les fesses au fond de l'assise".

Tableau 20 : Les difficultés de mouvement dans les actions de manutention de patients citées par 24/30 soignants participant à l'entretien

Q26 Mouvements difficiles en manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Coucher	45-60	1	0	0	1
	Total	**1**	**0**	**0**	**1**
Lever	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	3	0	3
	Total	**0**	**4**	**0**	**4**
Pivoter	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	0	2	0	2
	Total	**0**	**6**	**0**	**6**
Porter/Soulever	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**2**	**0**	**2**
Pousser/tirer	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	1	2	0	3
	Total	**1**	**6**	**0**	**7**
Prendre/tenir	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**0**	**1**	**1**
Retenir/supporter/ soutenir	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**3**	**0**	**3**
Remonter/retourner dans le lit	18-29	0	1	0	1
	45-60	0	0	2	2
	Total	**0**	**1**	**2**	**3**
Transférer	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	6	1	8
	Total	**1**	**9**	**1**	**11**
Commentaires	Grand total	3	31	4	38

2.1.3 **Les difficultés de position** (question 27 de l'entretien)

À la question 27 sur les "difficultés spécifiques dans la position à prendre lors de la manutention de patients, avec ou sans douleur", les soignants participant à l'entretien avaient à se prononcer sur le fait d'être "debout, immobile ou à piétiner", "accroupi", "à genoux" et "autres" difficultés de position. Dans les réponses, *les difficultés de position concernaient 55% des participants ayant des difficultés physiques à la manutention de patients (16/29).* Les 14 soignants, sans difficultés spécifiques de

position lors de la manutention de patients, sont répartis entre le groupe C (2/4), le groupe B (8/22) et le groupe A (4/4). *Tous les participants sans douleur (groupe A) n'ont aucune difficulté de position.*

Tableau 21 : Les difficultés de positions en manutention de patients citées par 16/30 soignants participant à l'entretien

Q27. Positions contraignantes en manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
À genoux	45-60	0	3	0	3
	Total	**0**	**3**	**0**	**3**
Accroupie	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	3	0	3
	45-60	0	5	2	7
	Total	**0**	**10**	**2**	**12**
Assis longtemps	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**2**	**0**	**2**
Besoin de bouger	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1**	**0**	**1**
Debout à piétiner	45-60	0	1	1	2
	Total	**0**	**1**	**1**	**2**
Debout immobile	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	3	0	3
	Total	**0**	**6**	**0**	**6**
Commentaires	Grand total	0	23	3	26

En réponse à la question 27 de l'entretien, les 16 soignants ayant des difficultés de position lors de la manutention de patients ont fait 26 commentaires, présentés au tableau 21. Parmi les positions dites les plus difficiles, *"être accroupi"* a fait l'objet de *46% de commentaires* (12/26) et *"être debout*, immobile ou à piétiner" de *31% de commentaires* (8/26). Parmi l'ensemble des soignants participant à l'entretien, nous avons noté que *les difficultés physiques à "être accroupi" touche 40% d'entre eux (12/30) et celles à "être debout" en incommode 27% d'entre eux (8/30)*. Au sujet des commentaires sur les difficultés physiques à être debout, la position "immobile" (6/8) est plus citée par les soignants participants à l'entretien que le fait "de piétiner" (2/8).

"A force de se mettre à genoux, les pantalons personnels sont usés à cet endroit."

Comme la position accroupie et la position debout immobile se sont values un seul commentaire par soignant, nous pouvons dire que :
- parmi les soignants du groupe B (maux de dos), 10/22 trouvent la position "accroupie" difficile physiquement, 6/22 la position "debout immobile" et 3/22 la position "à genoux".

- parmi les soignants participants de la génération Y (18-29 ans), 2/4 trouvent la position "accroupie" difficile physiquement, alors que parmi les soignants participants de la génération des baby-boomers, 5/22 sont de cet avis.
- parmi les soignants participants de la génération Y (18-29 ans), 2/4 soignants trouvent la position "debout immobile" difficile physiquement, alors que parmi les soignants participants de la génération des baby-boomers, peu d'entre eux (3/22) sont de cet avis. Nous comprenons le commentaire répété des plus âgés qui dit que "*c'est une question d'habitude et de souplesse*".

2.2 Les difficultés liées à l'effort lors de la manutention de patients

Les difficultés physiques de la manutention de patients, avec ou sans douleur, étaient documentées en fonction de l'effort à fournir et de l'intensité de l'effort (questions 29 et 30), évaluée avec l'échelle de Borg présentée au chapitre I.

Pour documenter ces difficultés spécifiques de la manutention de patients, il a fallu préciser le sens du mot "répétitivité" d'un effort : plus de 2h en continue ou plus de 4h par jour en discontinu (OSHA, annexe B). Par contre la notion de "rapidité" et de "lenteur" d'un mouvement lié à un effort a été laissée à l'appréciation des soignants participants.

2.2.1 Les difficultés à fournir un effort (question 29 de l'entretien)

A la question 29 sur les "difficultés spécifiques liées à l'effort lors de la manutention de patients, avec ou sans douleur", les soignants participant à l'entretien avaient à se prononcer au sujet des efforts à fournir, "en position ou en posture contraignante", "en mouvements lents ou rapides", "d'une façon répétée ou qui dure", "sans pause" et "autres" (efforts imprévus, efforts excentriques ...). Dans les réponses, *les difficultés dues à l'effort à fournir concernaient 93% des participants ayant des difficultés physiques à la manutention de patients (27/29)* – contre 83% pour les difficultés de mouvements, 73% pour les difficultés de posture et 55% pour les difficultés de positions, comme décrits dans les sections précédentes. Les trois soignants, sans difficultés spécifiques à fournir un effort en manutention de patients, sont répartis entre le groupe C (2/4), le groupe B (1/22) et le groupe A (0/4). L*es difficultés physiques liées à l'effort à fournir ne sont pas rapportées par les participants ayant de la douleur.*

En réponses à la question 29 de l'entretien, les 27 soignants ayant des difficultés physiques à fournir un effort lors de la manutention de patients ont fait 70 commentaires, présentés au tableau 22, ce qui est bien davantage que pour les autres difficultés (34 postures, 38 mouvements, 26 positions). Parmi les efforts physiques dits les plus difficiles pour la manutention de patients :
- *les efforts "imprévus" ont eu 21% des commentaires* (15/70) et "excentriques" 11% des commentaires (8/70)
- *les efforts "en postures contraignantes" ont eu 17% des commentaires* (12/70) et "en positions contraignantes" 9% des commentaires (6/70)

- les efforts associés *"à la vitesse ou à la lenteur des mouvements" ont eu 14% des commentaires* (10/70) et "à la répétitivité ou la durée" 11% de commentaires (8/70). En dissociant la notion de vitesse et celle de lenteur, nous observons que les commentaires sont répartis entre les difficultés de l'effort en mouvements rapides (7/10) et en mouvements lents (6/10), avec plusieurs réponses possibles par soignant.

Dans le tableau 22, trois mots clés ont été extraits des commentaires et ajoutés à la liste des difficultés à fournir un effort en manutention de patients : "faux mouvements", "en préhension" et "en mouvement de torsion". La catégorie "effort en mouvement de torsion" a été isolée de celle "effort en posture contraignante" parce qu'une soignante se plaignait de la torsion associée à l'effort, non pas en posture (statique) mais en mouvement (dynamique).

Parmi l'ensemble des difficultés à fournir un effort ayant reçu un commentaire par soignant, *les efforts imprévus concernaient la moitié des soignants participants à l'entretien (15/30), les efforts en posture contraignante les deux cinquième (12/30) et les efforts liés à la vitesse ou à la lenteur le tiers (10/30).*

Les commentaires spécifiques sur l'effort "en mouvement de torsion" (1/1) et ceux sur l'effort " en posture contraignante" de flexion du dos (4/12) se rejoignaient au sujet des difficultés *"pour coucher un patient"*, *"tenir les patients sur le siège des toilettes"*, *"nettoyer la bouche"* ou *"le dentier"* des patients *"sans se faire mordre".*

Les commentaires spécifiques sur "l'effort imprévu" visaient les patients (chute, non coopération, résistance, violence) et ceux sur "l'effort excentrique" la manutention à deux ou trois soignants et le fait de tenir ou d'attacher certains patients dans leur lit ou sur le siège des toilettes (protocoles).

Tableau 22 : Les difficultés, liées à l'effort de manutention de patients citées par 30/30 soignants participant à l'entretien

Q29. Caractéristiques de l'effort en manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes des soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
De façon répétée et/ou qui dure	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	5	0	5
	Total	**0**	**8**	**0**	**8**
Effort excentrique	18-29	0	4	0	4
	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	4	0	4
	Total	**0**	**10**	**0**	**10**
Effort imprévu	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	2	0	2
	45-60	3	8	0	11
	Total	**3**	**12**	**0**	**15**
En position contraignante	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	3	0	4
	Total	**1**	**5**	**0**	**6**
En posture contraignante	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	3	5	0	8
	Total	**3**	**9**	**0**	**12**
En préhension	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**0**	**1**	**1**
Lors de faux mouvements	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**1**	**0**	**1**
En mouvement de torsion	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1**	**0**	**1**
Avec mouvement lent	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	3	0	4
	Total	**1**	**6**	**0**	**7**
Avec mouvement rapide	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	3	1	4
	Total	**0**	**5**	**1**	**6**
Sans pause	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	1	0	2
	Total	**1**	**2**	**0**	**3**
Commentaires	Grand total	9	59	2	70

En comparant les commentaires (60 pour 22 soignants) du groupe B avec ceux des autres groupes (13 pour 8 soignants), il semble que *les difficultés physiques liées à l'effort sont plus générales et diversifiées chez les participants ayant des maux de dos* que les autres. *Les difficultés liées à l'effort excentrique et à l'effort répété ne sont cités que par les soignants participants du groupe B (avec maux de dos).*

Comme les soignants n'ont fait qu'un commentaire au sujet de certains types d'efforts liés à la manutention de patients, nous pouvons dire que :
- les difficultés spécifiques les plus rapportées par le groupe B sont celles liées aux *efforts imprévus* (12/22) et *excentriques* (10/22), aux efforts *en posture contraignante* (9/22) ou aux efforts *répétés et/ou qui durent* (8/22).
- pour la génération Y (18-29 ans), ce sont les difficultés liées à l'effort excentrique (4/4) qui dominent celles liées aux efforts lents (2/4) ou imprévus (2/4)
- pour la génération X (30-44 ans) ce sont les difficultés par effort en posture contraignante (3/8), par effort excentriques (2/8), imprévus (2/8) et avec des mouvements rapides (2/8) qui sont cités.
- pour les baby-boomer (45-60 ans), ce sont les efforts imprévus (11/18) et les efforts liés à une posture contraignante (8/18) ou les efforts répétés et/ou qui durent (5/18) qui sont cités.

Parmi l'ensemble des types d'efforts, l'effort imprévu et l'effort en posture contraignante semblent particulièrement difficiles pour les baby-boomer.

2.2.2 Les difficultés liées à l'intensité de l'effort (question 30 de l'entretien)

A la question 30 sur les "difficultés spécifiques liées à l'intensité de l'effort lors de la manutention de patients, avec ou sans douleur", les soignants participant à l'entretien avaient à déterminer si l'effort était intense à cause des soignants ou à cause des patients. Face à eux-mêmes, ils devaient cibler si leur "fatigue", leur "faiblesse musculaire" et/ou leur "capacité physique limitée" pouvaient en être responsables. Face aux patients, ils devaient aussi se prononcer sur plusieurs déterminants : poids, rigidité, réactions du patient, non-coopération, état de conscience, instabilité, difficulté de la prise ou à se coller contre le patient. Enfin, une évaluation de l'intensité de l'effort au travail était demandée sur l'échelle de Borg (0 à 10), en moyenne et en maxima.

Dans les réponses à la question 30, *les difficultés liées à l'intensité de l'effort concernaient 97% des participants ayant des difficultés physiques à la manutention de patients (28/29). La totalité des répondants à cette question trouve que l'intensité de l'effort est liée aux patients et parmi eux 17 considèrent que l'intensité de l'effort est aussi en lien aux soignants.*

Tableau 23 : Difficultés physiques de la manutention de patients liées à l'intensité de l'effort de 28/30 soignants participants à l'entretien

Q30. Intensité de l'effort en manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Oui, lié aux patients	18-29	0	4	0	4
	30-44	0	8	0	8
	45-60	4	10	2	16
	Total	**4**	**22**	**2**	**28**
Oui, lié au soignant	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	5	0	5
	45-60	1	9	1	11
	Total	**1**	**15**	**1**	**17**

Les commentaires à la question 30 au sujet des déterminants de l'intensité de l'effort en manutention de patients sont présentés au tableau 24, "face aux soignants" et "face aux patients". Les réponses des soignants dans la rubrique *"face aux soignants"* (20/109 commentaires) visent la *fatigue* (9/20 commentaires), la *faiblesse musculaire* (5/20 commentaires) et le *manque de capacité* (4/20 commentaires). Le commentaire suivant a été mis dans la catégorie "autre" :

"Les patients demandant le plus d'efforts sont toujours manutentionnés par les mêmes soignants, ce n'est pas juste".

Les réponses des soignants dans la rubrique *"face aux patients"* (89/109 commentaires) sont particulièrement nombreuses et visent principalement leur *rigidité* (19/89 commentaires), leurs *réactions imprévues et agressives* (17/89 commentaires), leur *non-coopération* (16/89 commentaires) et leur *poids excessif* (13/89 commentaires). Par rapport au libellé original de l'entretien, le mot "agressives" (réactions) a été ajouté suite aux commentaires des soignants et le mot "excessif" (poids) sous-entendu par la chercheuse et compris par les soignants. Les autres déterminants cités sont "état de conscience" (7/89 commentaires) et difficultés à la prise (5/89 commentaires). Dans "autres" il s'agissait de *"façon de faire"* et de *"manque de préparation".* Aucun soignant n'a relevé les difficultés à "se coller contre" les patients pour faire de la manutention.

Tableau 24 : Les déterminants de l'intensité de l'effort pour les 28/30 soignants participants à l'entretien

Q30.Intensité de l'effort et ses déterminants, en manutention de patients						
	28/30 soignants en entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants *			Total
			A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Lié au patient	État de conscience	18-29	0	2	0	2
		30-44	0	1	0	1
		45-60	1	3	0	4
		Total	**1**	**6**	**0**	**7**
	Non-coopération	18-29	0	3	0	3
		30-44	0	5	0	5
		45-60	2	6	0	8
		Total	**2**	**14**	**0**	**16**
	Poids	18-29	0	2	0	2
		30-44	0	4	0	4
		45-60	2	3	2	7
		Total	**2**	**9**	**2**	**13**
	Prise	18-29	0	1	0	1
		30-44	0	1	0	1
		45-60	2	0	1	3
		Total	**2**	**2**	**1**	**5**
	Réactions imprévisibles et agressives	18-29	0	2	0	2
		30-44	0	4	0	4
		45-60	2	7	2	11
		Total	**2**	**13**	**2**	**17**
	Rigidité	18-29	0	3	0	3
		30-44	0	5	0	5
		45-60	2	7	2	11
		Total	**2**	**15**	**2**	**19**
	Instabilité	18-29	0	1	0	1
		30-44	0	2	0	2
		45-60	2	3	0	5
		Total	**2**	**6**	**0**	**8**
	Autres	30-44	0	3	0	3
		45-60	1	0	0	1
		Total	**1**	**3**	**0**	**4**

Lié au soignant	Capacités physiques limitées	30-44	0	2	0	2
		45-60	0	3	0	3
		Total	**0**	**5**	**0**	**5**
	Faiblesse musculaire	30-44	0	2	0	2
		45-60	0	2	1	3
		Total	**0**	**4**	**1**	**5**
	Fatigue	18-29	0	1	0	1
		30-44	0	1	0	1
		45-60	1	6	0	7
		Total	**1**	**8**	**0**	**9**
	Autre	30-44	0	1	0	1
		Total	**0**	**1**	**0**	**1**
Commentaires		Grand total	15	86	8	109

* *groupe A sans douleur, groupe B avec maux de dos non exclusifs, groupe C avec douleur ailleurs qu'au dos*

Au regard des générations, les commentaires sont proportionnellement répartis : 15 pour les 4 soignants de la génération Y (18-29 ans), 31 pour les 8 soignants de la génération X (30-44 ans), 63 pour les 18 soignants de la génération des "baby-boomers" (45-60 ans). *Toutes les générations se plaignent de "la rigidité" et "du poids excessif" des patients, de la "non-coopération" et des "réactions imprévisibles et agressives".* La "fatigue" est particulièrement citée par la génération des baby-boomer (7/8 commentaires).

Pour les soignants sans douleur (groupe A), les difficultés de manutention de patients liées à l'intensité de l'effort sont principalement "face aux patients" (80% des commentaires). *Pour les soignants avec maux de dos (groupe B), les difficultés de manutention de patients liées à l'intensité de l'effort sont principalement "face aux patients" (68/86 commentaires) de par leur rigidité (15/68 commentaires), leur non-coopération (14/68 commentaires) et leurs réactions agressives et imprévisibles (13/68 commentaires). Elles le sont aussi "face aux soignants" (18/86 commentaires) de par leur fatigue (8/18 commentaires), les capacités physiques limitées (5/18 commentaires) et la faiblesse musculaire (4/18 commentaires).*

L'intensité moyenne et maximale de l'effort au travail est évaluée sur l'échelle de Borg (0 à 10), en entretien un jour de repos. Les résultats sont présentés dans le tableau 25, par génération et par groupe de recherche. La moyenne de l'effort moyen est de 4,55/10 (2 à 7,5/10) et la moyenne de l'effort maximum est de 7,37/10 (4 à 10/10). Il est dit dans la littérature que l'effort acceptable au travail ne devrait pas atteindre, en moyenne 4/10 et au maximum 7/10 (Borg, 1982; Grandjean, 1983). Nous constatons que *la moyenne de l'intensité de l'effort moyen et maximum au travail dépasse l'acceptable théorique pour la génération Y et pour le groupe B.* Ces résultats confirme l'affirmation de plusieurs soignants en entretien, au sujet de la perception de *"la douleur dite plus intense chez les plus jeunes, faute d'habitude"* à faire de la manutention de patients. Ces résultats confirment la revue de littérature (chapitre I, statistiques Canada) comme quoi *l'effort est perçu plus intense par les soignants ayant des maux de dos.*

Tableau 25 : L'intensité de l'effort (moyen et max) évaluée par les 30 soignants participants à l'entretien

Effort moyen et maximum évalué sur l'échelle de Borg (entretien, question 30)

Générations	Effort moyen /10			Effort max/10		
	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max
18-29 (4 soignants)	4,38	3	6	8,5	7	10
30-44 (8 soignants)	3,69	2,5	5	6,5	4	8
45-60 (18 soignants)	3,44	2	7,5	6,12	4	9

Effort moyen et maximum par groupe selon l'échelle de Borg (entretien, question 30)

Groupes	Effort moyen /10			Effort max/10		
	Moyenne	Min	Max	Moyenne	Min	Max
A (4 soignants)	2,63	2	3	5,25	4	7
B (22 soignants)	3,89	2,5	7,5	6,91	4	10
C (4 soignants)	3,17	2,5	4	5,67	5	7

2.3 **Les difficultés liées à la répétitivité** (question 31 de l'entretien)

Les difficultés physiques, avec ou sans douleur, étaient documentées en fonction de la répétitivité de la manutention de patients (questions 31 de entretien). Pour documenter ces difficultés spécifiques de la manutention de patients, il a fallu définir la répétitivité en termes de fréquence (nombre de cycles par minute) et de durée (temps de maintien de la posture ou de soutien de l'effort). Les soignants devaient associer ces difficultés physiques de la répétitivité, au "mouvement", à la "posture" et/ou à "l'effort" de la manutention de patients.

Dans les réponses, *les difficultés liées à la répétitivité concernaient 83% des participants ayant des difficultés physiques à la manutention de patients (24/29), un tiers en termes de durée (7/24) et deux tiers en termes de fréquence (17/24).*

En réponse à la question 31 de l'entretien, les 24 soignants ayant des difficultés physiques liées à la répétitivité de la manutention de patients ont fait 39 commentaires, présentés au tableau 26.

Tableau 26 :Les difficultés physiques de manutention de patients liées à la répétitivité, pour les 24/30 soignants participant à l'entretien

Q31. Répétitivité de la manutention de patients					
Entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Durée de l'effort	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**2**	**0**	**2**
Durée de la posture	18-29	0	2	0	2
	45-60	0	3	0	3
	Total	**0**	**5**	**0**	**5**
Durée du mouvement	30-44	0	1		1
	45-60	0	3	1	4
	Total	**0**	**4**	**1**	**5**
Fréquence de l'effort	30-44	0	6	0	6
	45-60	1	2	0	3
	Total	**1**	**8**	**0**	**9**
Fréquence de la posture	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**2**	**0**	**2**
Fréquence du mouvement	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	4	0	4
	45-60	3	6	0	9
	Total	**3**	**12**	**0**	**15**
Vitesse d'exécution	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1**	**0**	**1**
Commentaires	Grand total	4	34	1	39

Les résultats mettent en évidence spécifiquement *les difficultés de fréquence des mouvements (15/39) puis ceux de fréquence de l'effort (9/39) au travail.* La fréquence des mouvements des soignants ne sont pas seulement inhérente à la manutention de patients, mais aussi à la *''fréquence des gestes''* nécessaires *''pour donner à manger à quatre patients à la fois''* et à celle pour *''monter le niveau des lits manuels''.* La fréquence des mouvements des auxiliaires sont aussi la *''fréquence des gestes pour effeuiller les pharma-cartes''*, *''pour éjecter les médicaments des loges des pharma-cartes''* et *''pour écraser les médicaments avec un pilon''* ou *''un petit appareil''.* Au sujet des résultats sur la durée, les préposés ajoutent qu'elle est *''nécessaire pour l'utilisation des vieux lève-personnes''* et qu'elle est *''obligée pour maintenir un patient qui se débat lors d'un soin''.* Par conséquent, la durée de la manutention de patients dépendait de la *qualité des équipements* et du *comportement des patients*, déterminants supplémentaires pour approfondir la question sur les difficultés physiques liées à la répétitivité de la manutention de patients.

Nous pouvons dire que les participants ayant des maux de dos (groupe B) ont fait plusieurs commentaires de différents types au sujet de la répétitivité (34 pour 22 soignants), en particulier au sujet de la fréquence du mouvement. Ceux du groupe A (sans douleur) retiennent, eux aussi, surtout les difficultés liées à la fréquence du mouvement (3/4 commentaires), alors que dans le groupe C une seule personne mentionne les difficultés liées à la fréquence du mouvement.

En comparant les générations de soignants (tableau 26) dans le groupe B (maux de dos), nous remarquons que les difficultés physiques liées à la "fréquence de l'effort" affecte particulièrement la génération X (30-44 ans) (6/14 commentaires) et que celles liées à la "fréquence des mouvements" touche particulièrement la génération des "baby-boomer" (45-60 ans) (6/15 commentaires). Quant aux soignants de la génération Y (18-29 ans), il semble que ce soit "la durée de la posture" (2/5 commentaires) et "la fréquence du mouvement" (2/5 commentaires) qui les concernent.

2.4 Les difficultés liées au manque de repos (entretien)

Dans l'entretien, le repos peut être évalué à partir des réponses au sujet du "manque de vacances" traité dans le partie documentant les difficultés personnelles (question 11) et du "manque de repos" exprimé en jours de congé hebdomadaire et en temps de pauses quotidiennes, traité dans la partie documentant les difficultés d'organisation (question 17). Par l'investigation préliminaire (support de contexte de travail rempli par les cadres), nous savons que les conventions collectives règlementent les pauses quotidiennes : deux pauses d'un quart d'heure sont réparties dans la plage horaire et une demi-heure ajoutée pour le repas, voir trois quarts d'heure en cumulant avec une pause.

Les difficultés physiques de la manutention de patients liées au manque de vacances sont citées par 27% des soignants participants (8/30) et celles liées au manque de repos par 20% des soignants participants (6/30), ce ne sont pas les mêmes. En regroupant ces deux paramètres, il s'agit de *47% des soignants participants qui disent avoir des difficultés physiques parce qu'ils manquent de repos (14/30).*

Presque tous les soignants participants (29/30) avouent ne pas respecter les pauses quotidiennes en quantité et en qualité pour des raisons personnelles (donner un bain en privé pour gagner plus d'argent, aller à la banque ou à l'épicerie, amener un enfant à une activité sportive, passer ses coups de téléphone personnels, aller s'occuper d'un frère ou d'un parent handicapés) ou professionnelles (manque de temps, manque de personnel). De plus, la plupart des soignants ne font pas le lien entre difficultés physiques et manque de repos (23/29).

2.5 La synthèse des difficultés physiques de la manutention de patients

La répartition des difficultés physiques de manutention de patients, entre les soignants participant à l'entretien, est représentée par la figure 15, en suivant le

modèle PERR (chapitre 1). Les difficultés physiques liées à l'Effort sont globalement citées par 90% des participants (27/30), celles liées à la Posture et à la Répétitivité respectivement par 80% des participants (24/30) et enfin celles liées au manque de Repos par 47% des participants (14/30). Ces différents facteurs sont interdépendants les uns des autres et en s'associant augmentent les risques musculo-squelettiques pour les soignants, selon la littérature.

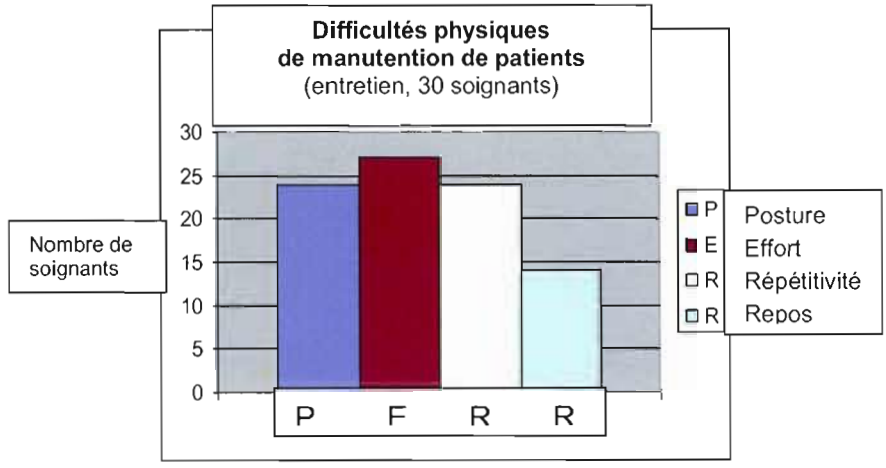


Figure 15 : Répartition des difficultés physiques liées à la manutention de patients entre les soignants participants des CHSLD en A.T., selon le modèle PERR (entretien, 30 soignants)

3 LES DIFFICULTÉS DE LA TECHNIQUE DE TRAVAIL (PDSB DE L'ASSTSAS)

Les cadres lors de l'investigation préliminaire nous ont appris que *''le PDSB est obligatoire à l'embauche''* (Principe de Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires) et qu'il est dispensé par des instructeurs du terrain formés par l'ASSTSAS. Néanmoins, les soignants citaient des collègues nouvellement embauchés n'ayant pas encore eu de formation PDSB et même le cas particulier d'une soignante ayant attendu 10 ans avant de recevoir la formation.

Dans la partie de l'entretien traitant des difficultés physiques et techniques de la manutention de patients, le PDSB a été évalué en question 32. Il s'agissait de savoir (oui/non) si la ''formation'' avait été reçue et si elle avait été ''suivie'' d'un rappel, si le soignant jugeait qu'il en avait la ''maîtrise'' et s'il ''appliquait'' cette technique (de toujours à jamais). La question fermée a été ouverte par un ''pourquoi'' pour que les soignants s'expliquent sur les difficultés de technique liées au PDSB et par ''autres'' pour qu'ils tentent de justifier son manque d'application.

3.1 La formation au PDSB, son suivi et sa maîtrise (question 32 de l'entretien)

Ces principes de déplacement du bénéficiaire qu'est le PDSB de l'ASSTSAS "codifie la technique de manutention, en respectant la santé des soignants et la sécurité des patients". Le jour de l'entretien, tous les soignants participants avait suivi cette formation, mais seulement le quart d'entre eux avaient eu un suivi (7/30) pour réactualiser leurs connaissances et leur pratique. Plus les soignants ont de l'ancienneté, plus ils ont pu bénéficier d'un suivi, nous expliquent les formateurs. En effet, deux formateurs faisaient partie de l'échantillonnage et disaient *''manquer de temps libérés pour organiser ce suivi, en plus de leur travail habituel''.*

La *non-maîtrise* du PDSB est avouée par 60% des participants (18/30), surtout ceux de la génération Y (3/4) et les baby-boomers (14/18). Les raisons exclusivement évoquées sont le *''manque de suivi''* et les *''mauvaises habitudes acquises''* avec le temps. En effet, la technique de travail est dite *''une habitude difficile à changer même avec entraînement''* (Edmond, 2003). Néanmoins, le tiers des soignants (10/30) savent *''demander aux formateurs lorsqu'un problème spécifique de manutention de patients se pose''* à eux (7/10), les reconnaissent comme *''référents indispensables''* sur le terrain (6/10), même *''sans suivi régulier et suffisant'' (4/10).* Plusieurs commentaires étaient possibles par soignant participant.

Les soignants de la génération des baby-boomers (45-60 ans) soulignent l'existence de trois nouveaux préposés, qui n'ont *''ni le cours, ni la formation requise''* (5/18 participants). Ceux de la génération Y (18-29 ans) précisent qu'une *''journée de formation est insuffisante''* (3/4 participants). Ceux de la génération X (30-44 ans) se plaignent que la technique de manutention de patients n'est *''pas acquise par certaines collègues''*, que les *''petites démonstrations de l'instructeur PDSB sont insuffisantes''* et *''qu'il faut vingt ans d'ancienneté pour que la technique devienne automatique''* (5/8).

3.2 L'utilisation du PDSB pour la manutention de patients (question 32 de l'entretien)

Les résultats sur l'utilisation du PDSB sont présentés dans le tableau 27. Les deux tiers des participants appliquent presque systématiquement le PDSB : 17% disent "toujours" (5/30) et 47% "presque toujours" (14/30). Et, 20% des participants suivent les consignes du PDSB "souvent" (6/30) et 17% "quelquefois" (5/30).

Tableau 27 : L'utilisation du PDSB pour la manutention de patients par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en entretien

Q32 Utilisation PDSB pour la manutention de patients					
En entretien	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants			Total
		A (n=4)	B (n=22)	C (n=4)	
Toujours	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	1	1	3
	Total	**1**	**3**	**1**	**5**
Presque toujours	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	3	0	3
	45-60	1	6	1	8
	Total	**1**	**12**	**1**	**14**
Souvent	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	2	2	5
	Total	**1**	**3**	**2**	**6**
Quelquefois	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	1	0	2
	Total	**1**	**4**	**0**	**5**
	Grand total	4	22	4	30

En réponse au "pourquoi", *les difficultés d'application du PDSB* ont été énumérées par des soignants participants (25/30). Elles touchent principalement *l'environnement physique* (position des lits dans la chambre ou des manettes d'ajustement des lits électriques, encombrement des lieux avec les affaires personnelles des patients) (22/25) et *l'organisation du travail* (manque de temps pour l'appliquer, manque de suivi à la formation, manque de personnel pour faire à deux) (18/25). Les commentaires des soignants confirmaient que : les préposés semblent *"se blesser moins que les infirmières"* parce qu'ils sont *"mieux formés à la technique de manutention de patients"* et qu'ils ont *"plus d'expériences en pratique"* (5/25) - les préposés *"usent certainement plus leur dos"* que les infirmières, à cause des *"difficultés physiques de la manutention de patients"* (contraintes musculo-squelettiques) (4/25).

En réponse à "autres", le PDSB est également remis en cause dans son contenu dit *"loin de la réalité du terrain"* (espace, temps, équipements), *"des patients"* (rigidité, non coopération, agressivité, réactions imprévisibles, perte d'équilibre, chute) et *"des soignants"* (douleur, incapacité). Le commentaire fréquemment entendu (17/30 participants) est que *"la façon personnelle de faire est parfois plus confortable que la façon théorique"*. Ces commentaires confirment la littérature qui nous disait que la formation est "difficile à ajuster à la réalité changeante du terrain" (Scorneau, 2001).

Bien que *les soignants ayant des maux de dos* (groupe B) *utilisent plus souvent le PDSB* (toujours ou presque toujours) (15/22) que les autres, la comparaison des

groupes n'est pas possible de par le manque de parité. De plus, nous observons qu'il y a peu de différence entre les générations au sujet de l'utilisation du PDSB.

4 LES PULSATIONS CARDIAQUES AU REPOS (questionnaire, entretien)

Les pulsations cardiaques étaient l'une des constantes au repos prises au cours de l'entretien (question 8). Au niveau médical, nous savons que le niveau des pulsations cardiaques au repos dépend de nombreux facteurs personnels et professionnels. En théorie, le pouls au repos se situe entre 60 et 80 battements par minute et sa variation est significative à partir de 10% de sa valeur au repos. Au cours de l'entretien, soit vingt minutes après son début (question 8), les pulsations cardiaques ont été relevées (manuellement et sur la montre Polar). Les résultats sont présentés au tableau 28 par tranche de 10 battements par minute.

Tableau 28 : Niveau des pulsations cardiaques au repos des 30 soignants participants des CHSLD en A.T., en entretien.

Pouls au repos (Q8, entretien)					
Battements/min	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants *			Total
		A	B	C	
50-59	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	3	4	8
	Total	**1**	**7**	**4**	**12**
60-69	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	5	0	5
	45-60	2	4	0	6
	Total	**2**	**11**	**0**	**13**
70-79	45-60	1	3	0	4
	Total	**1**	**3**	**0**	**4**
80-89	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1**	**0**	**1**
Grand total		4	22	4	30

**groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos, non exclusif), groupe C (douleurs ailleurs qu'au dos)*

Au sujet des pulsations cardiaques, dans le questionnaire sur l'état de santé général (question 17) et en entretien sur les difficultés spécifiques personnelles de manutention de patients liées à l'état de santé (question 10), une seule soignante précisait qu'elle faisait de la tachycardie (diagnostiquée). Les pulsations cardiaques au repos étaient inférieures à la normale (51 à 59 battements par minute) chez les deux cinquièmes des soignants participant à l'entretien (12/30). La seule personne qui avait une valeur charnière (59) était celle qui avait signalé sa tachycardie. Les pulsations cardiaques au repos étaient normales chez presque les trois cinquièmes des soignants participant à l'entretien (17/30) avec une prédominance de la tranche inférieure (13/17). Une seule personne avait une valeur charnière (60), sans

commentaire. Les pulsations cardiaques au repos étaient supérieures à la normale (87 battements par minute) chez une seule participante, qui a été en arrêt de travail peu de temps après l'entretien (fatigue, douleur chronique au dos). Une seule personne avait une valeur charnière (80), sans commentaire.

En comparant les résultats des soignants ayant des maux de dos (groupe B) avec ceux sans douleur (groupe A), nous pouvons dire que la répartition entre les catégories de pulsations cardiaques au repos est presqu'équivalente (tableau 28). En comparant les résultats entre les générations, nous observons que les pulsations cardiaques au repos sont inférieures à 70 battements par minute pour tous les participants de la génération Y (18-29 ans) (4/4), contrairement aux deux autres (tableau 28) : 7/8 pour la génération X (30-44 ans) et 14/18 pour les *baby-boomer.* Cela confirme *l'augmentation des pulsations cardiaques avec l'âge*, reconnue au niveau médical.

En résumé, ce chapitre confirme la littérature au sujet :

- du décalage entre la tâche théorique et l'activité pratique de manutention de patients (alinéa 1.2)
- des postures les plus difficiles que sont la flexion sagittale puis la torsion du dos (alinéa 2.2.1)
- du lever de patient plus difficile que le coucher (alinéa 2.1.2)
- l'action de "transférer" plus difficile (11/30) que celle de "pousser/tirer (7/30) (alinéa 2.1.2)
- le niveau des pulsations cardiaques est plus élevé avec l'âge (paragraphe 4).

En résumé ce chapitre nous apprend que:

- la manutention de patients est l'activité reconnue la plus difficile physiquement et "faire la toilette" aux patients est l'activité dite la plus difficile psychologiquement (alinéa 1.2)
- les difficultés physiques de la manutention de patients dues à l'effort à fournir (27/30) ou à l'intensité de l'effort (28/30) concernent plus de soignants (alinéas 2.2.1 et 2.2.2) que celles dues aux mouvements (24/30), à la posture (21/30) ou à la position (16/30) (alinéas 2.1.1 à 2.1.3).
- les difficultés physiques de la manutention de patients liées à la répétitivité concernent les soignants (24/30), plus particulièrement en fréquence (17) qu'en durée (7) (alinéa 2.4)
- les difficultés physiques de la manutention de patients sont liées au manque de repos pour presque la moitié des soignants (14/30) (alinéa 2.5)

- la torsion du dos" est une posture reliée par certains soignants aux espaces restreints et par d'autres au concept d'*Humanitude* (alinéa 2.2.1)

- l'action de "remonter un patient dans son lit est plus difficile depuis la généralisation des matelas anti-escarres" (alinéa 2.1.2)
- l'action de "pousser un patient au fond du fauteuil est plus difficile que de le tirer" (alinéa 2.1.2)
- parmi les positions dites difficiles, être accroupie concerne plus de soignants (12/30) qu'être debout (8/30) (alinéa 2.1.3)

- les efforts imprévus concernent plus de participants (15/30) que les efforts en posture contraignante (12/30) ou les efforts liés à la vitesse ou à la lenteur (10/30) (alinéa 2.2.1)
- l'intensité de l'effort est dite surtout liée aux patients (27/30 soignants) et vise leur rigidité, leurs réactions imprévues et agressives, leur non-coopération et leur poids excessif, par toutes les générations et les groupes de soignants. Lorsque l'intensité de l'effort est reliée aux soignants (14/30), elle vise leur fatigue en priorité (alinéa 2.2.2)
- la moyenne de l'intensité de l'effort moyen et maximum dépasse l'acceptable au travail pour toutes les générations de soignants en manutention de patients (paragraphe 2.2.2)

- la fréquence des mouvements est plus citée que la fréquence de l'effort, dans tous les groupes (alinéa 2.4)
- la durée de la manutention de patients est dite dépendre de la qualité des équipements et du comportement des patients (alinéa 2.4)

- les deux tiers des participants utilisent le PDSB "toujours" ou "presque toujours" (19/30) (alinéa 3.2)
- les instructeurs en PDSB disent tous manquer de temps libérés pour organiser la formation et le suivi, en plus de leur travail habituel (alinéa 3.1)
- les difficultés d'application du PDSB ont pour origines l'environnement physique et l'organisation du travail (alinéa 3.2)
- le contenu du PDSB est remis en cause parce que la façon personnelle de faire de la manutention de patients est parfois plus confortable que la façon théorique (alinéa 3.1) et parce que "loin de la réalité du terrain, des patients et des soignants" (alinéa 3.2)
- l'appartenance à un groupe de recherche ne semble pas influencer le niveau du pouls au repos (paragraphe 4)

En résumé pour la deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse qui stipulait que : *"Lors de la manutention de patients, les difficultés vécues par les soignants des CHSLD en A.T., restant au travail avec des maux de dos, sont plus nombreuses et plus importantes que les difficultés de ceux qui n'ont pas de maux de dos"* est difficile à vérifier à cause du peu d'effectif dans le groupe A (sans douleur), cependant nous pouvons relever certains résultats intéressants.

- même sans douleur (groupe A) les difficultés physiques et techniques de manutention de patients sont présentes (paragraphe 2)
- les difficultés physiques de torsion ne sont pas spécifiques aux soignants ayant des maux de dos (paragraphe 2.1.1)
- les difficultés physiques liées à l'effort à fournir ne sont pas spécifiques aux participants ayant de la douleur (alinéa 2.2.1)
- les difficultés physiques liées à la répétitivité semble plus concerner les soignants ayant de la douleur ailleurs qu'au dos (groupe C), c'est-à-dire ceux qui ont particulièrement des douleurs aux épaules (alinéa 2.4)

- les difficultés de posture touchent plus particulièrement les soignants ayant des maux de dos (groupe B) (alinéa 2.1.1)
- les difficultés de flexion du dos (sagittales et latérales) sont mentionnées seulement par les soignants ayant des maux de dos (groupe B) (alinéa 2.1.1)
- les difficultés de mouvements touchent particulièrement ceux qui ont des maux de dos (groupe B) (alinéa 2.1.2)
- les soignants du groupe B (maux de dos) sont les seuls à faire des commentaires sur les actions de "lever", "pivoter", "soulever/porter" et "retenir/supporter/soutenir", mouvements qui sollicitent théoriquement plus le dos (alinéa 2.1.2)
- les difficultés physiques liées à l'effort excentrique et à l'effort répété ne sont cités que par les soignants participants ayant des maux de dos (alinéa 2.2.1)
- les difficultés physiques spécifiques les plus commentées par ceux ayant des maux de dos sont celles liées aux efforts imprévus (12/30) et excentriques (10/30), aux efforts en posture contraignante (9/30) ou les efforts répétés et/ou qui durent (8/30) (alinéa 2.2.1)
- l'intensité de l'effort est perçu plus importante pour les soignants ayant des maux de dos (groupe B) que pour les autres (alinéa 2.2.2)
- les efforts max les plus élevés ont été rapportés par des soignants ayant des maux de dos (alinéa 2.2.2)
- lorsque l'effort intense à fournir est dit lié aux soignants, ceux qui ont des maux de dos (groupe B) ajoute les déterminants "faiblesse musculaire" et "capacité réduite" à la notion de fatigue (alinéa 2.2.2)
- les soignants ayant des maux de dos (groupe B) ajoute, aux difficultés de fréquence du mouvement et de l'effort, des difficultés liées la durée de la posture (alinéa 2.4)
- parmi les soignants ayant des maux de dos (groupe B), ceux de la génération (30-44 ans) ont des difficultés physiques liées à la "fréquence de l'effort" alors que ceux de la génération des "baby-boomers" (45-60 ans) ont plus particulièrement des difficultés liées à la "fréquence des mouvements" (alinéa 2.4)

CHAPITRE III.4

LES RÉSULTATS

La douleur des soignants au travail :

la variabilité et la sévérité des maux de dos

les conséquences de la douleur sur le travail

Dans ce chapitre est présentée la variabilité de la douleur des soignants, à travers chaque étape de la recherche, au travail et au repos. La sévérité des maux de dos est expliquée en fonction des manifestations de la douleur et les conséquences de la douleur en impacts physiques et psychologiques sur le travail. Le lien entre la douleur des soignants et les difficultés personnelles, psychosociales et de technique de manutention de patients est analysé pour supporter la deuxième hypothèse de recherche : *"Lors de la manutention de patients, les difficultés vécues par les soignants des CHSLD en A.T., restant au travail avec des maux de dos, sont plus nombreuses et plus importantes que les difficultés de ceux qui n'ont pas de maux de dos".*

Au niveau médical, la douleur s'évalue en fonction de ses manifestations anciennes et récentes (localisations, composantes, intensité et aspect désagréable, chronicité, comportements) et de ses conséquences sur le travail et la vie quotidienne (au repos). La sévérité de la douleur est une question de localisations et de composantes multiples, de fréquence et de durée (indicateurs de chronicité), de comportements face à la douleur. Elle est intéressante à connaître chez les personnes qui "restent au travail" avec de la douleur.

Selon le modèle de la douleur présenté dans la revue de la littérature (figure 3) - la composante sensori-discriminative explique l'intensité physique perçue, c'est-à-dire l'importance de la douleur – la composante émotivo-affective explique l'aspect désagréable ressenti, c'est-à-dire le côté dérangeant de la douleur. Dans le questionnaire, la variabilité de la douleur "liée aux activités professionnelles", "dans la dernière année" (questions 6 et 7) et dans la dernière semaine (questions 14 à 16) est expliquée à travers ces composantes et l'évaluation de la douleur en intensité et en aspect désagréable. La composante sensori-discriminative de la douleur (intensité) était sous-jacente aux questions 6,14 et 16 (douleurs importantes) et la composante émotivo-affective de la douleur (aspect désagréable) aux questions 7 et 15 (douleurs dérangeantes).

1 DOULEUR DANS L'ANNÉE (2006) ET SES MANIFESTATIONS

Les résultats du questionnaire sur "la douleur dans l'année" sont expliqués en fonction des localisations dominantes et de la sévérité des maux de dos, documentant les composantes et les localisations multiples (questions 6 et 7), la chronicité de la douleur par sa fréquence (questions 6) et sa durée (question 9).

1.1 La localisation de la douleur et sa répartition entre les soignants participants (question 6 du questionnaire, questions 5 et 32 de l'entretien)

Dans le questionnaire, la question 6 documentait la "présence de la douleur" par oui/non et sa localisation par une silhouette à colorier et un tableau à remplir (droite/gauche). Les résultats nous informent que 76% des soignants participants (32/42) ont répondu "oui", avec une dominance des maux de dos (28/42 participants) sur la douleur des membres supérieurs (18/42 participants). La douleur du bas du dos est citée par la moitié des participants (21/42 participants) alors que celle des épaules l'est par 38% d'entre eux (16/42 participants). Seulement 7% des participants (6/42) ont de la douleur seulement au dos. Par conséquent, les *maux de dos (zones cervicale, dorsale et lombaire)* dominent *les autres localisations de la douleur et les lombalgies concernent plus de soignants que la douleur aux épaules.*

Dans le questionnaire, la répartition de la douleur en fonction des générations ne permet pas de dégager des conclusions (trop peu de participants pour avoir des données suffisantes à étudier par les statistiques). Les quatre participantes de la génération Y (18 à 29 ans) ont de la douleur, des dix participants de la génération X

(30 à 44 ans) une seule n'a pas de douleur et des 28 participants des baby-boomer et sénior (45 ans et plus) 9 d'entre eux sont sans douleur.

La répartition des soignants ayant répondu au questionnaire est illustrée par la figure 16 en fonction des groupes : A sans douleur, B avec maux de dos (non exclusif) et C avec seulement des douleurs ailleurs qu'au dos. *Les maux de dos concernaient les deux tiers des soignants participant au questionnaire (28/42) dont les trois quarts d'entre eux ont une lombalgie (21/28).* Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de Smedley (1995), qui notait que 60% des soignants ont mal au dos, et à ceux des nombreux auteurs (voir revue de la littérature, chapitre I, alinéa 1.2.1) pour lesquels les lombalgies touchent 47 à 63% des soignants hospitaliers. Également en 1995, les statistiques régionales de la CSST sur les accidents au dos dans les CHSLD ciblaient la zone lombaire dans 50% des cas. En 2004, ces mêmes statistiques portaient l'atteinte lombaire à 60% des accidents déclarés au dos (figure 4, chapitre I).

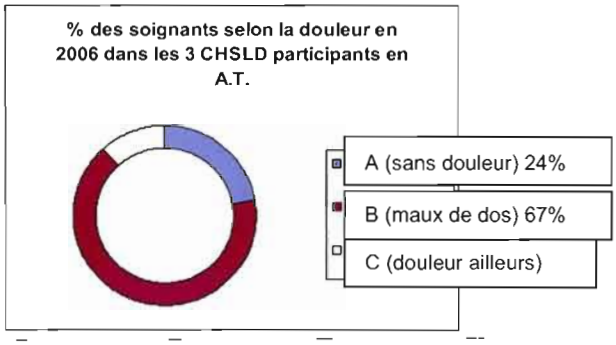


Figure 16 : Répartition de la douleur dans l'année 2006 des 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (questionnaire) en fonction des groupes de recherche

Parmi les soignants participant au questionnaire, les maux de dos sont présents chez la moitié des infirmières (3/6), presque les deux tiers des auxiliaires (7/12) et plus des deux tiers des préposées (17/24). Dans notre échantillon, il semble donc que les préposés soient *ceux qui éprouvent le plus de maux de dos*. Ces résultats du questionnaire sur la prédominance des maux de dos chez les préposés (figure 17) sont soutenus par ceux du chapitre III.1 qui nous informaient que la manutention de patients était en priorité confiée aux préposés et par les statistiques sur les accidents impliquant des blessures au dos chez les soignants des CHSLD en A.T. présentées au chapitre I (figure 5). Ces résultats du questionnaire ont été expliqués, par les commentaires des soignants à la question 32 de l'entretien (chapitre III.3, alinéa 3.2), être en lien avec la formation au PDSB et la durée quotidienne de la pratique, avec les contraintes physiques de la manutention de patients et l'usure des structures musculo-squelettiques avec le temps.

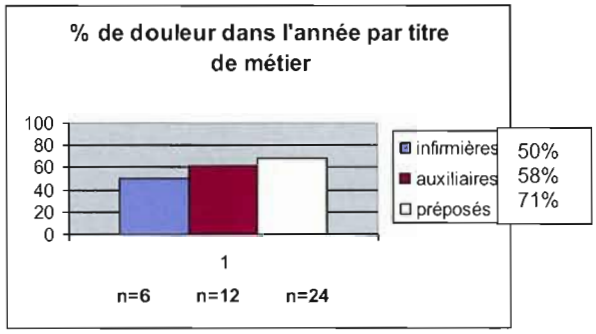


Figure 17 : Panorama des maux de dos par titre de métier des 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (2006, questionnaire)

Pour compléter ces résultats du questionnaire sur "l'importance des maux de dos", particulièrement chez les préposés pratiquant principalement l'activité de manutention de patients, nous avons recherché *le lien* éventuel *entre la douleur et "les difficultés spécifiques de la manutention de patients"* (question 5, entretien). Les résultats soulignent la reconnaissance de ce lien par la moitié des soignants participants au moment de l'entretien *(15/30).* De plus, *il se trouve que ce sont les mêmes soignants qui remettent en cause l'utilisation du PDSB et son contenu* dans leurs commentaires à la question 32 de l'entretien sur "les difficultés techniques de manutention de patients" par les soignants. En effet, sept d'entre eux ne sont pas convaincu de l'utilité du PDSB (7/11 soignants ayant répondu utiliser "souvent" ou "quelque fois" le PDSB) et huit d'entre eux disent que le contenu du PDSB est *"éloigné de la réalité des soignants"* au travail, à cause de la présence de la douleur et du manque de capacités fonctionnelles (8/15 soignants du groupe B ayant répondu utiliser "toujours" ou "presque toujours" le PDSB).

1.2 La sévérité de la douleur

A partir des réponses au questionnaire, la sévérité de la douleur pouvait être évaluée en fonction de la multiplicité de ses localisations et de ses composantes (en intensité et en aspect désagréable), de son évolution vers la chronicité (fréquence et durée). Nous savons qu'évaluer la chronicité de la douleur permet de prédire le *"rester ou non au travail"* (Loisel, 1997) et que la fréquence agit sur la composante sensori-discriminative (physique), donc sur l'intensité de la douleur, et la durée agit sur la composante émotivo-affective, donc sur l'aspect désagréable de la douleur (Marchand, 1998).

Les réponses à la question 6 du questionnaire permettait de localiser "la douleur importante dans l'année" (intensité) et aussi d'évaluer la fréquence de cette douleur, répartissant les réponses entre "jamais" et "tout le temps". Ensuite les réponses à la question 7 du questionnaire ciblant "la douleur la plus dérangeante dans l'année" (aspect désagréable), désignaient la latéralisation de la douleur (droit/gauche). Alors, les réponses à la question 9 du questionnaire, au sujet de "la douleur la plus dérangeante dans l'année" (aspect désagréable), situaient l'ancienneté de cette

douleur par sa durée, en répartissant les réponses entre "moins de trois mois" (douleur aiguë) et "plus de deux ans" (chronicité ancienne).

Pour évaluer la sévérité de la douleur, il faut d'abord approfondir les résultats de la question 6 du questionnaire sur la localisation des "douleurs importantes dans l'année". Comme chaque soignant participant a *ciblé plusieurs zones de "douleurs importantes dans l'année" (intensité), les résultats situent la zone lombaire à 46% de l'ensemble des localisations de la douleur dans le dos (21/46), la zone cervicale à 35% (16/46) et la zone dorsale à 19% (9/46).* Ces résultats ne tenaient pas compte des zones multiples de douleur au dos et des douleurs ailleurs qu'au dos.

1.2.1 **Les localisations multiples de la douleur** (questionnaire, comité de suivi)

Dans le questionnaire (question 6), les localisations multiples de la "douleur dans l'année" sont mises en évidence chez 57% des soignants ayant des maux de dos (16/28) : 3/5 au CHSLD *a*, 9/13 au CHSLD *b* et 4/10 au CHSLD *c*. Au comité de suivi de la recherche, les cadres commentaient ces résultats en précisant que *"les statistiques d'accidents déclarés ne reflètent pas l'ensemble des accidents au dos"* et les soignants disaient qu'elles représentaient *"encore moins l'ensemble des maux de dos"*. Une responsable de santé sécurité au travail précisait que la CSST, par les déclarations d'accident, ne recherchait pas systématiquement les localisations multiples des maux de dos.

Les résultats sur la localisation multiple des maux de dos sont présentés globalement par CHSLD en figure 18, puis dissociées en douleur cervicale (6/16 soignants), dorsale (4/16 soignants), lombaire (8/16 soignants). Les douleurs multiples au dos étaient à dominance lombaire dans les 3 CHSLD, également cervicale au CHSLD a.

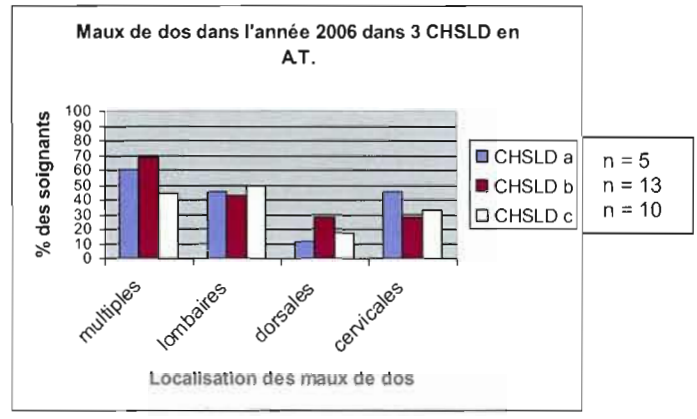


Figure 18 : Localisation multiple (16/28 soignants) des maux de dos dans l'année (28/42 participants) de 3 CHSLD en A.T. en 2006 (questionnaire)

Le comité de suivi de la recherche commentait ces résultats avec l'aide de la

chercheuse et concluait que - pour les CHSLD b et c où les douleurs lombaires dominent, il faut chercher en priorité les causes dans les postures contraignantes du dos (flexion, torsion) - pour le CHSLD a où les douleurs lombaires et cervicales dominent, les choses sont plus complexes. A ces considérations sur les postures s'ajoutait l'évaluation de l'effort et de la répétitivité, comme nous l'avons vu au chapitre III.3.

1.2.2 **Les composantes multiples de la douleur** (questionnaire)

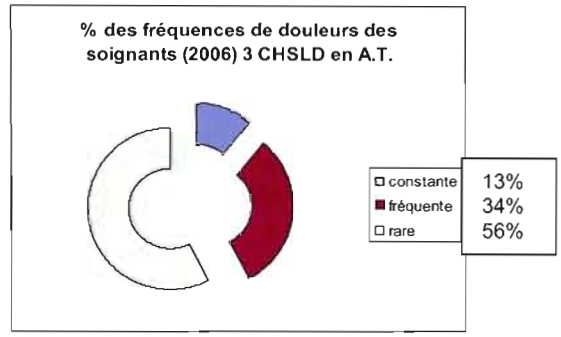
Les composantes multiples de la douleur se regardent en rapprochant les réponses aux questions 6 (douleur importante, intensité) et 7 (douleur dérangeante, aspect désagréable) du questionnaire. Nous constatons que *70% des soignants (20/28) ayant eu des maux de dos (intensité) dans l'année* notaient aussi la présence d'un aspect désagréable à cette douleur, quelle que soit la zone atteinte.

Lorsque la *multiplicité des composantes* (intensité et aspect désagréable) de la douleur est présente chez les soignants, nous savons au niveau médical qu'elle ajoute de la sévérité aux maux de dos.

1.2.3 **La fréquence de la douleur** (questionnaire, comité de suivi)

La fréquence de la douleur importante dans l'année (intensité) était recherchée en question 6 du questionnaire. Entre "jamais" et "tout le temps" (constant), il y avait les propositions "de temps en temps" (rare) et "assez souvent" (fréquent) dont l'appréciation pouvait variée selon les soignants participants. Les mots entre guillemets sont ceux du questionnaire et les mots entre parenthèses sont ceux généralement utilisés pour l'évaluation de la fréquence de la douleur (Navez, 2000). Les résultats seront présentés en figure 19 avec les mots usuels.

La "douleur importante dans l'année" touchait une partie des soignants participants (32/42), elle était constante chez 13% d'entre eux (4/32) donc chronique. Une douleur fréquente dans l'année est une douleur évoluant vers la chronicité avec le temps, elle concernait 34% (11/32) des soignants ayant de la "douleur importante dans l'année". Une douleur rare dans l'année est une douleur aiguë que l'on retrouvait chez 56% (18/32) des soignants ayant de la "douleur importante dans l'année". La "douleur importante dans l'année" était chronique à une localisation et aiguë à une autre chez une soignante participante.



Une soignante participante avait une douleur rare à une localisation et une douleur constante à une autre

Figure 19 : Fréquence des douleurs en 2006 (toutes localisations confondues) de 32/42 soignants participants en A.T. au questionnaire

En regroupant ces résultats, au sujet de "la douleur importante dans l'année" constante ou fréquente, nous pouvons dire que la *chronicité* de la douleur est présente pour 47% des participants ayant de la douleur (15/32), celle *des maux de dos pour la moitié des participants ayant des maux de dos (14/28),* avec une répartition équivalent des localisations dans le dos. Une seule soignante participante avait seulement de la douleur fréquente aux pieds.

Les commentaires du comité de suivi de la recherche au sujet de ces résultats sur la fréquence de la douleur tournaient autour de "la présence ou non au travail" des soignants ayant de la douleur. En effet, *"plus la douleur est constante, moins les soignants sont présents au travail"* et *"plus la douleur est rare, plus les participants restent travailler"*. Dans la littérature, nous savons que la fréquence de la douleur renseigne sur le "rester ou non au travail" avec de la douleur, particulièrement avec des maux de dos (Loisel, 2001).

1.2.4 **La durée de la douleur** (questionnaire, comité de suivi)

L'ancienneté de "la douleur importante dans l'année" était évaluée en fonction de sa durée, par la question 9 du questionnaire. Il s'agissait d'une douleur de "moins de 3 mois" (aiguë), "de 3 à 6 mois" (subaiguë), de 6 mois à 1 an (chronique récent), "de 1 à 2 ans" (chronique) ou "plus de 2 ans" (chronique ancien). Les mots entre guillemets sont ceux du questionnaire et les mots entre parenthèses sont ceux généralement utilisés habituellement pour l'évaluation de la durée de la douleur. Plus récemment dans la littérature, le mot subaigu a été remplacé par le groupe de mot "en voie de chronicité". Au niveau médical nous savons que la douleur est dite aiguë seulement dans les trois premières semaines après un traumatisme, lorsqu'elle est associée à un phénomène inflammatoire (Navez, 2000). Les résultats au sujet de la durée de la douleur étaient sortis avant l'information sur la modification, par conséquent la figure 20 les présente avec les mots habituels.

Parmi les soignants participants au questionnaire et ayant de "la douleur importante dans l'année" (32/42), l'ancienneté est évaluée à "moins de 3 mois" pour 3,1%

d'entre eux (1/32), de "3 à 6 mois" pour 15,6% d'entre eux (5/32), entre "6 mois à un an" pour 21,9% d'entre eux (7/32), entre "un et deux ans" pour 25% d'entre eux (8/32) et à "deux ans et plus" pour 34,4% d'entre eux (11/32). Au niveau médical, nous savons que la sévérité de la douleur est liée à la chronicité exprimée en durée de la douleur (plus de 6 mois d'ancienneté). Cette *ancienneté de la douleur touche 81,2% des soignants ayant de "la douleur dans l'année" (26/32), 93% des participants ayant des maux de dos (26/28).* La figure 18 présente les résultats sur la douleur dans sa durée, pour les soignants ayant eu de "la douleur dans l'année" avant le questionnaire. Elle illustre *une progression dans le temps du pourcentage de soignants participants concernés par la douleur chronique dans la dernière année avant le questionnaire.*

Cette dernière remarque a été commentée par le comité de suivi de la recherche, qui soulignait *"l'usure des structures"* musculo-squelettiques des soignants *"avec le temps"*. De plus, les maux de dos les plus anciens ont été dits les plus sévères (ce qui n'est pas prouvé au niveau médical), ils concernent presque les deux tiers des soignants ayant de la douleur chronique dans l'année (7/11), soit le quart des soignants ayant eu des maux de dos dans l'année (7/28). Les avis étaient partagés au sujet de ces personnes qui sont *"restés au travail"* malgré leur douleur chronique, alors que d'autres se sont arrêtés de travailler.

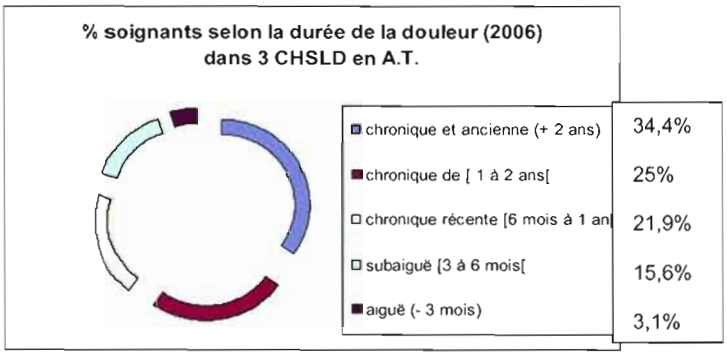


Figure 20 : Durée des douleurs (toutes localisations confondues) de 32/42 soignants participants en A.T. (2006, questionnaire)

En rassemblant les résultats du questionnaire (questions 6, 7 et 9) pour les soignants participants ayant eu des maux de dos dans l'année (28/42), nous pouvons dire que leur sévérité est une question de : - localisations multiple (16/28 soit 57%) - composantes multiple (20/28 soit 70%) - chronicité, en fréquence (14/28 soit 50%) et en durée (26/28 soit 93%). *Dans l'ordre d'importance, la sévérité des maux de dos "dans l'année" des soignants participants des CHSLD en A.T. est donc une question de durée de la douleur, de composantes multiples de la douleur, de localisations multiple et de fréquence de la douleur.*

Le comité de suivi de la recherche concluait sur ces résultats en expliquant que *"dans la région, le rester au travail avec des maux de dos sévères, est une habitude"*,

''principalement chez les soignants les plus âgés'', *''à cause du contexte historique et politique''* particuliers. Par conséquent, les réponses à la question 10 du questionnaire au sujet de l'absence du travail, ''à cause de la douleur la plus dérangeante'', ne peuvent être retenue pour évaluer la sévérité de la douleur. En effet, nous avons eu quatre soignants participants au questionnaire qui ont déclaré s'être arrêtés de travailler (plus de 6 mois) à cause de la douleur dans l'année, alors que presque la moitié de la population des soignants ont été au moins une fois en arrêt de travail dans l'année, pour des raisons diverses (chapitre III.2). Les réponses aux questions 11 au sujet du ''changement d'emploi ou d'activités dans l'année'' et à la question 12 au sujet ''de la consultation d'un médecin et du traitement suivi'' ne peuvent pas non plus être pris en compte pour évaluer la sévérité de la douleur. En effet, ces déterminants ne sont pas reconnus par la médecine (Navez, 2000) et consulter un médecin n'est pas une habitude chez les soignants *''qui préfèrent se soigner eux-mêmes''* ou *''endurer, comme les hommes d'ici''*. La dernière remarque disait que la pénurie de médecins en région au Québec est *''plus criante que dans les grandes villes''* et *''l'accès à des traitements spécialisés plus difficile''*.

2 DOULEUR DE LA DERNIÈRE SEMAINE (2006) ET SES MANIFESTATIONS

Les résultats du questionnaire sur ''la douleur de la dernière semaine'' sont présentés en termes de localisations multiples (question 14), de composantes multiples (questions 14 et 15) et de chronicité selon la fréquence (questions 14) et la durée quotidiennes (question 15) pour évaluer la sévérité de la douleur présente. Comme nous l'avons vu, la composante sensori-discriminative de la douleur (intensité) était sous-jacente à la question 14 (douleurs importantes) et la composante émotivo-affective de la douleur (aspect désagréable) à la question 15 (douleurs dérangeantes). L'intensité de cette douleur du moment est évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA figure 8 du chapitre II) à la question 16 du questionnaire, selon le ressenti des soignants participants. Elle ne tient pas compte de l'aspect désagréable de la douleur.

2.1 **Les localisations multiples de la douleur du moment** (questionnaire à la question 14, comité de suivi)

Les réponses à la question 14 permettaient de cibler la localisation de la douleur de ''la dernière semaine'' avant le questionnaire, c'est-à-dire la douleur du moment. Cette douleur concernait 45% des participants (19/42) pour 48 localisations citées, répartie entre le dos (22/48) dont le bas du dos (7/22), et les membres supérieurs (14/48) dont les épaules (8/14). Ces résultats ne distinguent pas encore les localisations multiples des maux de dos des localisations simples.

Parmi les soignants ayant de la douleur ''dans la dernière semaine'' (19/42), presque les trois quart avaient mal au dos (14/19) - soit deux fois moins que dans l'année (28/42). En dissociant ces maux de dos du moment en fonction de leurs localisations et des CHSLD, la figure 21 met en évidence la dominance des localisations multiples

sur les localisations simples des maux de dos. *Les localisations multiples des maux de dos touchent 35,7% (5/14) des soignants ayant des maux de dos dans "la dernière semaine"*, réparties entre les CHSLD a (1/2), b (2/4) et c (2/8) – soit trois fois moins de personnes que dans l'année (16/28). Les localisations simples des maux de dos (lombaire, dorsale, cervicale) touchent 64,3% (9/14) des soignants ayant des maux de dos "dans la dernière semaine" – soit un quart moins de personnes que dans l'année (12/28).

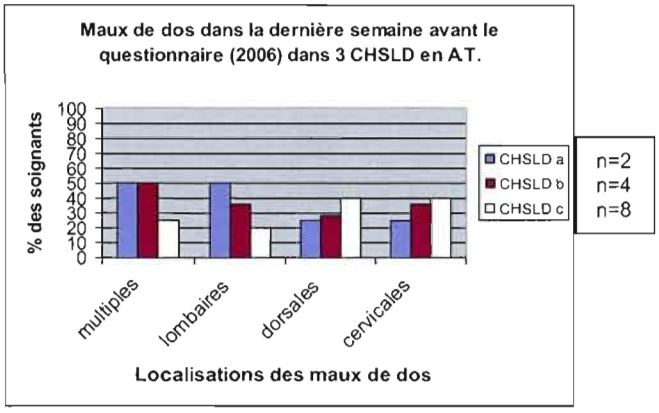


Figure 21 : Localisation des maux de dos des 14/42 soignants participants, dans la dernière semaine (2006) avant le questionnaire, pour 3 CHSLD en A.T.

Ces résultats de la douleur "de la dernière semaine" comparés à ceux de la douleur "dans l'année" ont été commentés par le comité de suivi de la recherche avec l'aide de la chercheure. *"Il semble que les choses vont mieux en ce moment qu'en général dans l'année"* disaient les uns, sans savoir que la douleur est variable dans l'instant et qu'elle ne permet pas de tirer ce genre de conclusion. *"Avec un même nombre de participants dans deux CHSLD (17) la douleur du moment concerne le double de soignants dans le CHSLD c (8) que dans le CHSLD b (4)"*, *"ce n'est pas étonnant vu le conflit ouvert du moment"* suite à la deuxième vague de changements (contexte politique) disaient les autres, qui avaient besoin de se faire rappeler les différentes composantes de la douleur pour élargir leurs réflexions sur la sévérité de la douleur du moment en fonction des localisations multiples.

2.2 Les composantes multiples de la douleur et la limite acceptable de l'intensité de la douleur au travail (questions 14 à 16 du questionnaire, question 8 de l'entretien)

La composante sensori-discriminative de la douleur (intensité) est celle évaluée par la question 14 qui document la douleur la plus "importante" et par la question 16 qui situe l'intensité de la douleur physique. La composante émotivo-affective (aspect désagréable est celle évaluée par la question 15 qui document la douleur la plus "dérangeante". En rapprochant les réponses aux questions 14 et 15, nous constatons que *92,9% des soignants (13/14) ayant eu des maux de dos (intensité)*

dans "la dernière semaine" notaient aussi la présence d'un aspect désagréable à cette douleur. Lorsque la *multiplicité des composantes* de la douleur est présente chez les soignants, nous savons au niveau médical qu'elle ajoute de la sévérité aux maux de dos.

Les réponses à la question 16 du questionnaire situent l'intensité de la douleur minimum, en moyenne et au maximum, dans la dernière semaine. Comme nous l'avons vu dans le chapitre II, la limite acceptable dans le travail ne doit pas atteindre 4/10 en moyenne et 7/10 au maximum (Navez, 2000). Malgré l'insertion dans le questionnaire de l'échelle visuelle analogique (EVA, gradué de 0 à 10), outils connu des infirmières, peu de soignants ont évalué l'intensité de leur douleur (8/19) dont l'intensité de leurs maux de dos (6/14). La moyenne de la cote moyenne de la douleur était à 4/10 et de la cote maximale à 7/10, dépassant tout juste la limite de l'acceptable au travail. L'intensité de la douleur de "la dernière semaine" est inacceptable au travail, individuellement, pour 5/6 des soignants ayant des maux de dos et ayant évalués leur douleur (5/14 ayant eu des maux de dos la dernière semaine).

L'absence de réponse de huit soignants à la question 16 du questionnaire a été expliquée par six d'entre eux participant à l'entretien (question 8). "La douleur *varie trop dans la semaine et dans la journée", "on ne savait pas comment faire" ou "on ne connaissait pas cette échelle"* puisque préposé. L'un des participants spécifiait qu'il était impossible de répondre à cette question en présence de plusieurs localisations de la douleur "la plus dérangeante dans la dernière semaine", avec des intensités variables selon la localisation et le moment.

Dans la littérature il est dit que *"l'intensité de la douleur prédit bien les arrêts de travail"* (Tate, 1999). Comme nous l'avons vu, quatre soignants participants ont reconnu avoir eu un arrêt de travail dans l'année, de plus de 6 mois (question 10 du questionnaire). Ils évaluent à la question 16 du questionnaire leur douleur maximale au-delà de la limite acceptable, soit entre 7 et 10/10.

2.3 La fréquence de la douleur (question 14 du questionnaire, comité de suivi)

La fréquence de la douleur "de la dernière semaine" (question 14) a été présentée et traitée de la même façon que celle de l'année (alinéa 1.2.3). Il s'agit de la fréquence de "la douleur la plus importante" de la dernière semaine, de la douleur dans sa composante sensori-discriminative, c'est-à-dire de la douleur physique. Les réponses à cette question concernaient les 19/42 soignants ayant de la douleur en ce moment, dont 14/19 avaient des maux de dos. Pour évaluer la sévérité des maux de dos dans "la dernière semaine" ce sont les résultats sur la fréquence de la douleur (constante ou fréquente) qui nous intéressent et qui sont présentés à la figure 22.

Nous avons déjà vu que sur les 48 localisations citées, 22 concernaient le dos. Les résultats sur la fréquence des maux de dos pour évaluer la sévérité des maux de dos du moment peuvent donc être énoncés ainsi : douleur *constante* dans 23% des

localisations dans le dos (5/22) qui sont multiples à une exception près (4/5) – douleur *fréquente* dans 64% des localisations dans le dos (14/22), dont la majorité est en localisation multiple (8/14) - douleur *rare dans 13% des* localisations dans le dos (3/22), seulement des localisations simples. La sévérité des maux de dos liée à leur *fréquence* (constant et fréquent) "dans la dernière semaine" touche 87% des localisations de la douleur dans le dos (19/22) correspondant à *71% des participants ayant des maux de dos la dernière semaine (10/14).*

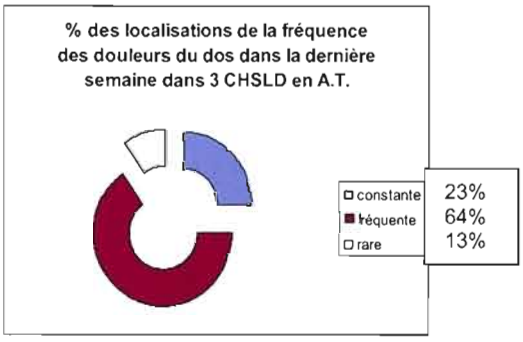


Figure 22: Fréquence des maux de dos (intensité) de 14/42 soignants participants, dans la dernière semaine (2006) avant le questionnaire, pour 3 CHSLD en A.T. (22/48 localisations)

En comparant les figures 19 et 22, nous remarquons que la douleur était plutôt "rare" dans l'année, alors qu'elle est surtout "fréquente" en ce moment. Ces résultats ont été commentés par le comité de suivi de la recherche, qui attribuait la sévérité en fréquence des maux de dos présent au contexte de travail particulièrement difficile en ce moment. La chercheuse expliquait aussi au comité qu'en douleur le fait de focaliser l'attention dessus peut augmenter la perception de la douleur (Marchand, 1998), notamment dans sa fréquence.

2.4 La durée quotidienne de la douleur (questionnaire, question 15)

Dans le questionnaire, la question 15 permettait d'évaluer la douleur de la dernière semaine, dans sa durée quotidienne. Il s'agissait de "la douleur la plus dérangeante", la composante émotivo-affective de la douleur, c'est-à-dire son aspect désagréable. Pour évaluer la sévérité des maux de dos "dans la dernière semaine" la durée nous intéresse lorsque la douleur est "présente continuellement", "apparaît après deux heures de travail continu et persiste ensuite" et voire même "apparaît après deux de travail continu et diminue après une période de repos".

Les résultats au sujet de la durée quotidienne de la douleur devaient être donnés pour les 19/42 soignants participants au questionnaire et ayant ressenti de la douleur "la dernière semaine". Seuls les personnes ayant de la douleur dans le dos "la dernière semaine" (14/19) ont répondu à la question 15, sans explication des autres. Sur ces 14 soignants participants ayant des maux de dos en ce moment, la *sévérité de la douleur dans sa durée concerne 57,1% d'entre eux (8/14), voire 64,3% d'entre*

eux (9/14).

La figure 23 présente les résultats sur les 22/48 localisations de la douleur dans le dos dans "la dernière semaine". La durée des maux de dos est "continuelle" dans 41% des localisations (9/22), *apparaît au bout de 2 h et persiste* dans 32% des localisations (7/22), *apparaît au bout de 2 h et est soulagée par un repos* dans 4% des localisations (1/22), *apparaît en fin de journée* dans 23% des localisations (5/22). La sévérité des maux de dos est donc présente dans 73% des localisations (16/22) et voire même 77,5% des localisations (17/22).

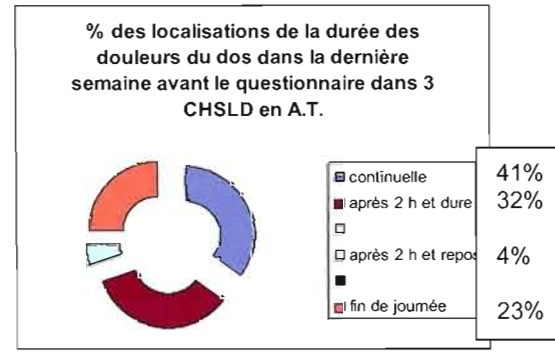


Figure 23 : Durée des maux de dos de 14/42 soignants participants, dans la dernière semaine (2006) avant le questionnaire, pour 3 CHSLD en A.T. (22/48 localisations)

En rassemblant les résultats du questionnaire (questions 14, 15 et 16) pour les soignants participants ayant eu des maux de dos dans la dernière semaine (14/42), nous pouvons dire que leur sévérité est une question de : - localisations multiples (5/14 soit 35,7%) - composantes multiples (13/14 soit 92,9%) - chronicité, en fréquence (10/14 soit 71%) et en durée (9/14 soit 64,3%). *Dans l'ordre d'importance, la sévérité des maux de dos dans "la dernière semaine" des soignants participants des CHSLD en A.T. est donc une question de composantes multiples de la douleur, de fréquence de la douleur, de durée quotidienne de la douleur et de localisation multiple.* L'ordre de ces déterminants est différent de ceux qui soutenaient la sévérité de la douleur dans l'année.

En comparant les résultats du questionnaire pour les soignants ayant des maux de dos "dans l'année" et de ceux en ayant "dans la dernière semaine", nous constatons qu'en ce moment les soignants concernés sont deux fois moins nombreux (28/42 contre 14/42). *La sévérité des maux de dos dans "la dernière semaine" semblent être plus importante que celle dans l'ensemble de "la dernière année" en composantes multiple (92,9% contre 70%) et en fréquence (71% contre 50%). Alors qu'elle ne l'est pas en localisations multiples (35,7% contre 57%)* et que la durée évaluée sur des critères différents ne peut être comparée.

3 DOULEURS AU REPOS ET SES MANIFESTATIONS

Les douleurs des soignants des CHSLD en A.T. ont été recherchées à partir de la question 8 de l'entretien, un jour de repos. Elles étaient localisées à ce moment là, puis évaluées en intensité (physique) et en aspect désagréable (émotionnel) par l'échelle visuelle analogique (EVA, figure 8, chapitre II). Les réponses à cette question 8 de l'entretien nous permettaient d'estimer la sévérité de la douleur au repos, en fonction de deux facteurs : les localisations et les composantes multiples de la douleur. Dans le questionnaire, la chronicité "dans l'année" et "dans la dernière semaine", troisième facteur d'évaluation de la sévérité de la douleur au repos, a été traitée aux paragraphes ci-dessus.

La présence de *la douleur au repos* était soulignée par *60% des soignants participants (18/30), dont les deux tiers avaient mal au dos (11/18).* En rapprochant ces résultats de ceux de "la douleur dans l'année", nous constatons que neuf participants ayant eu des douleurs dans la dernière année n'en avaient pas au moment de l'entretien (a-03-04, b-03-05-08-13-15 et c-00-67) et qu'un participant n'ayant pas eu de douleur dans la dernière année en avait au moment de l'entretien (c-40 blessé à l'épaule). En rapprochant ces résultats de ceux de la douleur "dans la dernière semaine" avant le questionnaire (19/42), dont les trois quarts avaient mal au dos (14/19), nous pouvons dire que *cette douleur au travail est plus importante que la douleur au repos, notamment les maux de dos.* De plus, nous constatons que quatre soignants participants qui avaient de la douleur "dans la dernière semaine" avant le questionnaire (b-03-05-15 et c-00), n'en avaient plus en entretien, et qu'un soignant qui n'avait pas de douleur "la dernière semaine" en avait lors de l'entretien (c-40). Par leurs commentaires en question 8 de l'entretien, les soignants nous confirment *la variabilité de la douleur à chaque moment* (en localisation, en composante, en intensité et en aspect désagréable) *et selon l'activité* (travail ou repos, debout ou assis).

3.1 La localisation de la douleur au repos (entretien, question 8)

La localisation de la douleur au repos a été demandée aux soignants participant à l'entretien, pour la question 8. Parmi les personnes ressentant de la douleur à ce moment là (18/30), *la localisation au dos était exclusive pour presque les deux tiers d'entre eux (11/18), à ce moment là.* Les autres localisations citées, également exclusives, étaient les membres supérieurs (4/18) dont les épaules (3), les membres inférieurs (2/18) et le bassin (1/18). Il y avait une seule localisation de la douleur par soignant à cet instant.

Les localisations multiples des maux de dos touchaient plus du quart des soignants ayant de la douleur le jour de l'entretien *(3/11).* Les localisations simples des maux de dos étaient des lombalgies pour plus de la moitié d'entre eux (6/11) et des cervicalgies par les autres (2/11). La répartition des soignants ayant des maux de dos ce jour là était variable selon les CHSLD participants (4/8 CHSLD a, 4/17 CHSLD b et 3/5 CHSLD c).

3.2 Les composantes de la douleur au repos et la limite acceptable de la douleur en intensité et en aspect désagréable (entretien, question 8)

Les composantes de la douleur au repos, au moment de l'entretien, ont été déduites des réponses à la question 8, au sujet de l'évaluation de la douleur avec l'EVA (0 à 10), en intensité et en aspect désagréable. Dans le questionnaire, l'évaluation de la douleur "importante, de la dernière semaine" (question 16) n'avait été faite qu'en intensité physique. L'entretien apporte donc un élément de plus avec l'évaluation de l'aspect désagréable de la douleur sur cette même échelle, comme cela est fait dans la littérature (Marchand, 1998).

Les composantes de la douleur sont sensori-discriminative pour les soignants ayant évalués leur douleur en intensité (physique) et émotivo-affective pour ceux l'ayant évaluée en aspect désagréable (émotionnel), comme nous l'avons déjà vu au chapitre I (figure 3). Parmi les soignants ayant de la douleur au repos, au moment de l'entretien (18/30), l'intensité de ceux-ci était évaluée par 17 d'entre eux et l'aspect désagréable par 14 d'entre eux. Trois personnes ont évalué l'intensité sans l'aspect désagréable et une personne a évalué l'aspect désagréable sans l'intensité. Parmi les soignants participants à l'entretien et ayant des maux de dos au repos (11/30), l'intensité et l'aspect désagréable ont été évalués à la fois. Par conséquent *les composantes multiples des maux de dos* sont présentes chez tous les soignants participant à l'entretien et ayant des maux de dos à ce moment-là *(11/11).*

L'intensité de la douleur au repos, au moment de l'entretien, est située en moyenne à 3/10 (0 à 8,5/10) et l'aspect désagréable en moyenne à 4/10 (0 à 10). *La limite acceptable de la douleur au travail* ne doit pas atteindre 4/10 en moyenne (Navez, 2000), *limite atteinte en intensité par la douleur au travail "la dernière semaine" avant le questionnaire*, comme nous l'avons vu à l'alinéa 2.2 de ce chapitre. En gardant cette limite pour évaluer le niveau de la moyenne de la douleur *au repos*, nous pouvons dire que la douleur est acceptable en intensité et *limite en aspect désagréable* à ce moment là. Nous remarquons que *les chiffres les plus élevés pour l'intensité et pour l'aspect désagréable de la douleur au repos sont ceux attribués aux maux de dos (10/18), à une exception près pour une douleur au pied.*

L'intensité de la douleur au repos (question 8, entretien) a été comparée à l'intensité de la douleur au travail de "la dernière semaine" (question 16, questionnaire) pour chaque soignant participant à l'entretien, à la localisation de la douleur à ce moment là (17/30). *Une cohérence était observée puisque l'intensité présente se situait dans l'intervalle ciblé pour "la dernière semaine",* même pour trois participants ayant eu plusieurs mois entre le questionnaire et l'entretien. Une exception concernait une soignante qui s'est aggravée en 40 minutes, entre le questionnaire et l'entretien qui se suivaient dans une même rencontre. Elle a dit avoir particulièrement mal au dos à l'instant (b-17, questionnaire 4/10, entretien 6/10), sans donner d'explications.

En rassemblant les résultats sur la douleur des soignants au repos (18/30) expliqués en alinéas 3.1 et 3.2 ci-dessus, nous pouvons tenter *d'évaluer la sévérité des maux*

de dos présents (11/18) le jour de l'entretien. Les localisations multiples des maux de dos à cet instant sont faibles (3/11, soit 27,3%) alors que les composantes multiples des maux de dos sont importantes (11/11, soit 100%) chez les soignants ayant des maux de dos au moment de l'entretien. La chronicité des maux de dos a été évaluée en fréquence (10/14, soit 71%) et en durée (9/14, soit 64,3%) dans "la dernière semaine" avant le questionnaire, et non pas au moment de l'entretien. Comme l'entretien suivait directement le questionnaire, dans une même rencontre, pour 25/30 personnes, nous pensons que cette évaluation de la chronicité reste vraie au moment de l'entretien. *Par conséquent, il semble que la sévérité des maux de dos au repos est plus une question de composantes multiples et de chronicité, que de localisation multiple.*

4 CONSÉQUENCES DE LA DOULEUR AU TRAVAIL

Nous avons vu au chapitre III.3 que les soignants participant à l'entretien établissaient un lien entre leur activité de travail et la douleur (question 5). Nous rappelons que, parmi les soignants participant à l'entretien et ayant de la douleur à ce moment-là (18/30), 83,3% d'entre eux (15/18) reliaient leur douleur à la manutention de patients. Ils avaient tous des maux de dos.

Les conséquences de la douleur sont déclinées en impacts physiques qui limitent certaines activités de travail et en impacts psycho-comportementaux qui affectent les soignants au travail. Elles sont présentées à travers les réponses aux questions 18 et 19 du questionnaire et 6 à 8 de l'entretien. Les conséquences de la douleur ressortent également des difficultés personnelles et psychosociales à la manutention de patients documentées en entretien (questions 12 dans "autres" et 36 dans "expliquer").

4.1 Les impacts de la douleur, en général, sur le travail (questions 18 et 19 du questionnaire, question 8 de l'entretien)

L'existence des impacts physiques de la douleur sur les activités de travail des soignants, en réponse "oui" à la question 18 du questionnaire, a été traitée à l'alinéa 3.2 du chapitre III.2. "*En général, pensez-vous que la douleur ressentie vous limite dans certaines activités professionnelles?*" Nous rappelons que cet *impact physique de la douleur* sur le travail a été reconnu par un huitième *(4/32) des soignants participants ayant eu de la douleur dans l'année*. Parmi les activités de travail des soignants énumérées à la question 18, une seule personne les a toutes cochées, se sentant limitée "en général" dans son travail par sa douleur. Les quatre soignants participants, reconnaissant cet impact physique de la douleur sur leur travail, ont tous cités *la manutention de patients*, comme activité de travail *limitée physiquement par la douleur*. Ils ont *tous des maux de dos*, ce qui équivaut à 14,3% (4/28) des soignants participants ayant eu des maux de dos dans l'année.

L'existence des impacts psycho-comportementaux de la douleur est réelle pour tous

les soignants participants ayant répondu à la question 19 du questionnaire. *"En général, croyez-vous que la douleur ressentie affecte, votre comportement, votre moral, la qualité de votre travail, votre humeur et vos relations?"* Ces impacts psycho-comportementaux de la douleur affectent les soignants, même hors du travail, selon le formulé de la question. *Parmi les 28/42 soignants ayant eu des maux de dos dans l'année, 28% d'entre eux (9/28) ont cherché à déterminer l'impact psycho-comportemental de leur douleur sur* le "comportement" (1), "l'humeur" (2), "le moral" (1), "les relations" (1) et *"la qualité du travail" (5)*. L'un d'eux a ajouté l'impact sur son "énergie", un autre l'impact à la fois sur "la qualité du travail" et sur "l'humeur". C'est l'impact sur la qualité du travail qui a été le plus cité.

Les quatre personnes ayant répondu à la question 18 ont répondu à la question 19. Par conséquent, il y a cinq personnes qui n'ont répondu qu'à la question 19 au sujet de l'impact psycho-comportemental de la douleur sur eux. Cela va dans le sens des études qui, dans la littérature, démontraient que "toutes les douleurs physiques (intensité, physique) ne sont pas dérangeantes (aspect désagréable, émotionnel), et que toutes les douleurs dérangeantes ont un aspect physique" (Marchand, 1998).

En entretien, au moment où la douleur du moment a été évaluée (question 8), la chercheuse est revenu sur les "non" à la question 18 du questionnaire et sur les réponses manquantes. Les commentaires sur les "non" disaient qu'il était :

"impossible de se poser cette question", c'est-à-dire de *"se sentir limité dans ses activités de travail tout en restant au travail avec de la douleur".*

"impossible de tenir compte de l'importance de ses maux de dos, tout en faisant de la manutention de patients", *"si on est là c'est pour travailler".*

"impossible de faire confiance à la recherche et de dire réellement notre ressenti".

En effet, un antécédent fâcheux où les règles éthiques d'un chercheur ont été insuffisantes a porté préjudice à des soignants de CHSLD en A.T.

4.2 Les impacts de la douleur, en ce moment, sur le travail (entretien, questions 6 à 8)

Au moment de l'entretien (jour de repos, position assise), plus du tiers des soignants participants (11/30) ressentaient de la douleur, exclusivement au dos (question 8). Pour eux, les autres localisations corporelles de la douleur étaient alors absentes, à ce moment là.

La réponse "oui" à la question 6 (10/11) reconnaissait l'existence d'impacts physiques à la douleur sur les activités de travail des soignants ayant des maux de dos au moment de l'entretien. *"Est-ce que vos douleurs, en ce moment, vous limitent au niveau physique?"* Cette question ouvrait à commentaires pour la moitié des soignants ayant répondu "oui" (5/10) : *"pour faire le ménage"* (2), *"en manutention*

de patients" (1), *"pour la toilette des patients"* (1), *''à la marche et dans les escaliers"* (1). Une soignante participante ayant fait deux commentaires.

La réponse "oui" à la question 7 (10/11) reconnaissait l'existence d'impacts émotionnels à la douleur sur les soignants ayant des maux de dos au moment de l'entretien. *Est-ce que vos douleurs, en ce moment, vous atteignent au niveau émotionnel?* Cette question ouvrait à commentaires pour plus des trois quarts des soignants ayant répondu "oui" (9/10) : *"non soulagée par le traitement d'antidépresseurs"* (2), *"fatiguée"* (1), *"pas bien dans ma peau"* (1), *" humeurs massacrantes"* (1), *" relations difficiles avec les autres"* (1), *' orgueil"* (1), *"estime de soi"* (1) et *''un peu"* (1). Une soignante participante ayant fait deux commentaires.

Par conséquent, les impacts à la douleur sont autant physiques qu'émotionnels parmi les soignants ayant des maux de dos à l'entretien, bien que les commentaires émotionnels soient plus nombreux que les physiques.

4.3 L'augmentation de la douleur au travail : une difficulté physique des soignants et une difficulté psychosociale par l'environnement (entretien, question 12 et fin 36)

Les difficultés de la manutention de patients ont été documentées dans l'entretien qui était semi-structuré (questions ouvertes et fermées) pour les soignants participants, avec ou sans douleur. La douleur a été citée par les soignants en réponse à la question 12 en réponse à "autres" difficultés personnelles et à la fin de la question 36 en réponse à "expliquez" les difficultés psycho-sociales.

La douleur était vue comme un déterminant des "difficultés physiques des soignants à la manutention de patients" par 40% des participants à l'entretien (12/30), en réponse à la question 12. Il s'agissait *''d'augmentation de la douleur par le travail"* pour ces soignants qui avaient des maux de dos (12/30), à une exception près (mal aux pieds). Cette augmentation de la douleur entre le repos et le travail n'a pas été chiffrée par les soignants participants. Nous pouvons seulement dire que *les maux de dos ajoutent des difficultés physiques à la manutention de patients et semblent augmenter avec le travail.*

La douleur était vue comme un déterminant des "difficultés d'environnement psychosocial des soignants à la manutention de patients" par 16,7% des participants à l'entretien (5/30), en réponse à la fin de la question 36. Les soignants expliquaient les dangers de *''la banalisation de sa propre douleur, dans un métier où la douleur est omniprésente chez les patients"* (3) et la tendance *"à nier sa douleur ou à l'ignorer"* (2), *"au point de ne pas se soigner"* (1). Ces commentaires soulignent le *''comportement d'immobilisme face à la douleur"* présenté au chapitre I (figure 4), comportement qui concerne *17% des participants à l'entretien* (5/30), dont un ayant donné deux réponses.

Ces résultats vont dans le même sens que les recherches sur la douleur, qui

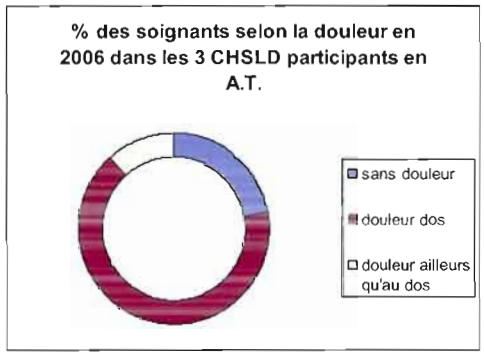
démontrent que "la mémoire de la douleur ajoute de la douleur à la douleur", d'où un repli sur soi inconscient, préjudiciable à la communication et aux relations (Navez, 2000). En effet, la mémoire de la douleur se construit lorsque la douleur n'est pas prise en soins, traitée médicalement (Marchand, 1998), c'est-à-dire en présence du "comportement d'immobilisme face à la douleur".

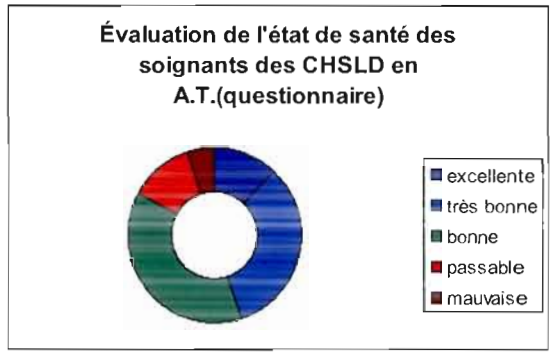
5 LES DIFFICULTÉS PERSONNELLES AJOUTENT DE LA DOULEUR À LA DOULEUR

Pour compléter le paragraphe précédent, nous présentons les difficultés personnelles à la manutention de patients qui "ajoutent de la douleur à la douleur" : état de santé, croyances sur la douleur, qualité d'être et de faire de la manutention de patients par les soignants. Ces difficultés personnelles liées à la douleur ont été abordées dès l'investigation préliminaire (croyance sur la douleur) puis recherchées dans le questionnaire (état de santé) et en entretien (état de santé, qualité d'être et de faire).

5.1 **Surévaluation de l'état de santé en général** (question 17 du questionnaire et question 10 de l'entretien)

L'état de santé "en général" a été notifié dans le questionnaire (question 17) étant "excellent" (5/42), "très bon" (14/42), "bon" (16/42), "passable" (4/42) et "mauvais" (2/42). Une soignante enceinte n'a pas répondu à la question. *La douleur est en médecine un symptôme de l'état de santé "en général", quelle que soient son intensité et sa fréquence. La douleur était présente "dans l'année" pour 32/42 soignants participants au questionnaire* (question 6). Pour ces deux raisons, il est étonnant de trouver *seulement 6/42 soignants insatisfaits de leur état de santé (passable ou mauvais).* Dans le questionnaire, nous remarquons que neuf soignants ayant de la douleur "dans l'année" et même "la dernière semaine" avant le questionnaire, considèrent leur santé "très bonne". De même, deux soignants ayant des douleurs "constantes" se disent en "bonne" santé. Les six soignants qui ont une santé dite "mauvaise ou passable" l'attribue à des douleurs physiques (3) ou des souffrances mentales (2) diagnostiquées. Les figures 24 rapprochent les résultats de la douleur "dans l'année" et de l'état de santé "en général" du questionnaire





Figures 24 : Comparaison entre la douleur et l'état de santé de 42 soignants dans les CHSLD en A.T. (questionnaire)

L'état de santé lié à la manutention de patients a été approfondi à la question 10 de l'entretien. *Parmi les soignants participants ayant répondu à cette question (21/30) presque la moitié d'entre eux (10/21) citait l'augmentation de la douleur dans les difficultés personnelles à la manutention de patients.* En rapprochant ces résultats de ceux du questionnaire sur les problèmes de "santé en général" (6/42), nous constatons que deux des soignants du questionnaire n'ont pas participé à l'entretien, ce qui porte *au moins à 15/42 personnes ayant surévalué leur état de santé dans le questionnaire.* En écoutant les soignants participant à l'entretien, nous comprenons en partie la différence des résultats : la réalité sur l'état de santé n'a pas été notée sur le questionnaire (6 ayant des maux de dos), non compréhension précise de la question (3), l'état de santé s'est aggravé en quelques mois entre le questionnaire et l'entretien (2).

Néanmoins, nous pouvons dire que *l'état de santé "en général" a été surévalué par les soignants* dans le questionnaire, faute de tenir compte de leur douleur (6/42 ayant une santé mauvaise ou passable), contrairement à l'état de santé spécifique "lié à la manutention de patients" par les soignants (10/30, ayant des difficultés personnelles à cause d'une augmentation de la douleur).

5.2 Les croyances sur la douleur et les générations au travail (investigation préliminaire et entretien)

Lors de l'investigation préliminaire, les croyances au sujet de la douleur ont été abordées en fonction des générations de soignants au travail, avec des professeurs à l'UQAT (sociologue, psychologue) en accord avec l'auteur du livre "travailler sans y laisser sa peau". Ce dernier rappelait en conférence les comportements face à la douleur (figure 4, chapitre I) et les reliaient aux croyances personnelles sur la douleur, variables selon les générations au travail (Edmond, 2003). Il disait que *"les séniors ont plutôt un comportement d'immobilisme et les baby-boomer de fuite, pouvant ajouter de la douleur à la douleur", "la génération X a plutôt un comportement de lutte, parfois de fuite, et la génération Y a un comportement généralement de lutte".*

En entretien, les soignants participants ayant de la douleur à ce moment-là (18/30) ont témoigné de leur croyance sur la douleur, spontanément en marge du support semi-structuré. Les quatre points suivants rassemblent la teneur de leurs croyances (12 femmes se sont exprimées à ce sujet, 4 femmes et 2 hommes n'ont rien dit) :
- ignorance de la douleur et non soulagement recherché pour *"gagner son ciel"* (6 baby-boomers) = comportement d'immobilisme
- refus de la douleur et recherche de soulagement à *"connotation magique"* (2 baby-boomers et 1 soignante de la génération X) = comportement de fuite
- perte de temps à rechercher *"le sens de la douleur"*, avant de la soulager (1 soignante de la génération Y et 1 soignante de la génération X) = comportement de fuite et de lutte
- automédication ou prise de drogues pour soulager la douleur, *"la seule solution"* (1 soignante de la génération Y) = comportement de lutte

Ces témoignages confirment les théories sur les croyances face à la douleur selon les générations.

5.3 Surestimation de la qualité d'être et de faire au travail (entretien, questions 13 et 34)

Dès l'investigation préliminaire, nous avons l'information auprès des cadres que "l'objectif qualité", qui prévalait depuis quelques années, n'était plus prioritaire dans les CHSLD suite aux fusions (1995, 2003). A cela les soignants approchés en cours à l'université répondaient que *"la qualité ne rimant pas avec la quantité"*, il serait *"illusoire d'y croire dans le contexte actuel"* (pénurie financière et humaine).

En entretien, à la fin de la section sur les difficultés personnelles de la manutention de patients la question 13 demandait : *"Êtes-vous satisfait de votre qualité d'être au travail?"* Et à la fin de la section sur les difficultés d'environnement psycho-social de la manutention de patients la question 34 demandait : *"Êtes-vous satisfait de la qualité technique de votre travail?"* Malgré que les deux tiers des soignants participant à l'entretien (20/30) ont dit "oui" au sujet des difficultés à la manutention de patients liées à leurs caractéristiques personnelles, 26/30 estiment que leur qualité d'être est bonne. Malgré que 26/30 soignants participant à l'entretien ont dit "oui" au sujet des difficultés techniques du travail, 25/30 estiment que leur qualité de faire au travail est bonne. Étant satisfait de leur qualité d'être (personnel) et de faire (technique de travail), ils disent *"penser moins à leur douleur"* (intensité et aspect désagréable) et avoir un comportement *"optimiste"* face à la douleur. Il est "alors *plus facile de rester au travail, malgré des maux de dos"*, pensent-elles. Pourtant cette *surestimation de la qualité d'être au travail concerne plus de la moitié (16/30) des soignants participants à l'entretien et cette surestimation de la qualité technique du travail concerne plus des deux tiers (21/30) des soignants participants à l'entretien.* En effet, dans la langue française, difficulté ne peut rimer avec satisfaction.

Par conséquent, il semble que les soignants peuvent *"ajouter de la douleur à la douleur" en surestimant leur état de santé (15/42 dans le questionnaire), en ayant des comportements face à la douleur s'appuyant sur des croyances spécifiques à leur génération (12/30 en entretien), en surestimant leur qualité d'être (16/30 en entretien) et de faire (21/30 en entretien) au travail.*

En résumé, ce chapitre confirme que

pour la douleur dans "la dernière année" avant le questionnaire :

- la dominance des maux de dos (28/42) sur la douleur des membres supérieurs (18/42) et même du bas du dos (21/42) sur les épaules (16/42). Alors que 7% des participants (6/42) ont de la douleur seulement au dos (alinéa 1.1)
- la dominance de la zone lombaire sur l'ensemble des zones atteintes dans le dos (21/46), et non de la zone cervicale (16/46) ou dorsale (9/46) (alinéa 1.2)

- la présence des maux de dos surtout chez les préposés (17/24) qui font le plus de manutentions de patients et qui sont mieux formés au PDSB, que les infirmières (3/6) et les auxiliaires (7/12) (alinéa 1.1)
- la variabilité de la douleur à chaque moment (en localisation, en composante, en intensité et en aspect désagréable) et selon l'activité (travail ou repos, debout ou assis) (paragraphes 1 à 3)

- plus la douleur est constante, moins les soignants sont présents au travail et plus la douleur est rare, plus les participants restent travailler (alinéa 1.2.3)
- dans la région, le rester au travail avec des maux de dos sévères, est une habitude, principalement chez les soignants les plus âgés (alinéa 1.2.4)
- la pénurie de médecins en région est plus criante que dans les grandes villes et l'accès à des traitements spécialisé plus difficile (paragraphe 1.2.4)

pour la douleur au moment de l'entretien :

- toutes les douleurs physiques (intensité) ne sont pas dérangeantes (aspect désagréable), et que toutes les douleurs dérangeantes ont un aspect physique (alinéa 4.1)
- "la mémoire de la douleur ajoute de la douleur à la douleur", d'où un repli sur soi inconscient, préjudiciable à la communication et aux relations. En effet, la mémoire la douleur se construit lorsque la douleur n'est pas prise en soins ou traitée médicalement, c'est-à-dire en présence du "comportement d'immobilisme face à la douleur" (alinéa 4.3)
- les croyances sur la douleur induisent un comportement face à la douleur variable selon les générations au travail. En effet, les séniors ont plutôt un comportement d'immobilisme et les baby-boomer de fuite, pouvant "ajouter de la douleur à la douleur", la génération X a plutôt un comportement de lutte, parfois de fuite, et la génération Y a un comportement généralement de lutte" (alinéa 5.2).

En résumé ce chapitre nous apprend que :

- parmi les soignants ayant eu de la douleur dans "la dernière année" avant le questionnaire (32/42), les maux de dos (28/32) sont évalués sévères pour 57% d'entre eux en localisations multiple (16/28), pour 70% d'entre eux en composantes multiple (20/28), en chronicité pour 50% d'entre eux en fréquence (14/28) et pour 93% d'entre eux en durée (26/28). De plus, le nombre de cas de douleur chronique dominent celui de douleurs aiguës (paragraphe 1)
- parmi les soignants ayant eu de la douleur "la dernière semaine" avant le questionnaire (19/42), les maux de dos (14/19) sont évalués sévères pour 35,7% d'entre eux en localisations multiple (5/14), 92,9% d'entre eux en composantes multiple (13/14), en chronicité pour 71% d'entre eux en fréquence (10/14) et pour 64,3% en durée (9/14). De plus, l'intensité de la douleur est alors, en moyenne, à la limite de l'acceptable au travail, en moyenne (4/10) et en maxima (7/10) (paragraphe 2)

- par conséquent, les soignants concernés par les maux de dos "la dernière semaine" de travail (14/30) sont moins nombreux que ceux dans l'année (28/42), alors que la sévérité des maux de dos en ce moment semble être plus importante que celle dans l'année en composantes multiples et en fréquence (pas en localisation multiple).

- parmi les soignants ayant eu de la douleur "au repos" au moment de l'entretien (18/30), les maux de dos (11/18) sont évalués sévères pour 27% d'entre eux en localisations multiples (3/11), pour 100% d'entre eux en composantes multiples (11/11). De plus, l'aspect désagréable de la douleur au repos (4/10) est à la limite de l'acceptable accepté au travail, contrairement à l'intensité (3/10). L'évaluation de la douleur au repos, en l'intensité et en aspect désagréable, est plus élevée (10/18) chez les 10/11 soignants ayant des maux de dos à une exception près pour une douleur au pied (chapitre 3)
- par conséquent, la sévérité des maux de dos des soignants au repos lors de l'entretien semble plus une question de composantes multiples que de localisation multiple, comme celle de "la dernière semaine" avant le questionnaire.

- les chiffres les plus élevés pour l'intensité et pour l'aspect désagréable de la douleur au repos sont ceux attribués aux maux de dos (alinéa 3.2)

En résumé pour la deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse qui stipulait que : *"Lors de la manutention de patients, les difficultés vécues par les soignants des CHSLD en A.T., restant au travail avec des maux de dos, sont plus nombreuses et plus importantes que les difficultés de ceux qui n'ont pas de maux de dos"* est difficile à vérifier à cause du peu d'effectif dans le groupe A (sans douleur). Cependant, nous pouvons mettre en évidence certains résultats intéressants.

- la banalisation de la douleur des soignants, dans un métier où la douleur soit omniprésente ajoute de la douleur à la douleur (alinéa 3.3)
- la surestimation de leur état de santé (15/42 dans le questionnaire), les croyances sur la douleur spécifiques à leur génération induisent des comportements particuliers face à la douleur (12/30 en entretien), la surestimation de leur qualité d'être (16/30 en entretien) et de faire (21/30 en entretien) au travail puissent "ajouter de la douleur à la douleur" (paragraphe 5).

- parmi les soignants participants ayant de la douleur au repos (18/30), le lien entre la douleur et la manutention de patients est reconnu par 83,3% d'entre eux (15/18) et ils avaient tous des maux de dos (entretien, alinéa 1.1)
- parmi les 11 soignants ayant répondu utilisé le PDSB "souvent" ou "quelquefois", sept d'entre eux remettent en cause son utilisation dans le contexte et l'environnement et huit d'entre eux son contenu dit *"éloigné de la réalité"* à cause de la douleur et du manque de capacités physiques (entretien, alinéa 1.1)

- la fréquence et la durée des maux de dos "dans l'année" étaient supérieures à celles des autres douleurs (questionnaire, alinéas 1.2.3 et 1.2.4)
- dans le travail, la douleur "en général" limite au niveau physique 14,3% des soignants ayant des maux de dos (4/28) et surtout affecte au niveau psychosocial 28% des soignants ayant des maux de dos (9/28) (questionnaire, alinéas 4.1 et 4.2).
- pour la manutention de patients, l'impact physique et psycho-comportemental de la douleur "du moment" sur le travail est reconnu par 91% des soignants ayant des maux de dos (10/11) (entretien, alinéa 4.2)
- l'augmentation de la douleur au travail est une "difficulté personnelle" à la manutention de patients qui concernent les soignants ayant des maux de dos (12/30) (entretien, alinéa 4.3)
- la douleur crée une "difficulté d'environnement psychosocial" au travail pour les soignants (5/30), surtout à cause de *"la banalisation de sa propre douleur, dans un métier où la douleur est omniprésente chez les patients"* (3), en conséquence d'un *"comportement d'immobilisme face à la douleur"* (5) (entretien, alinéa 4.3)
- faute de tenir compte de leur douleur, 26/42 participants ont surévalué leur *état de santé "en général"*, dans le questionnaire. C'est lors de l'estimation de l'état de santé spécifique "lié à la manutention de patients" que les soignants (10/30), en entretien, ont reconnu l'existence de difficultés personnelles liées à une augmentation de leurs maux de dos (alinéa 5.1). Ils ont alors pris conscience que leur état de santé, en présence de douleur, ne pouvait pas être "bon".

CHAPITRE III.5

LES RÉSULTATS

La souffrance des soignants au travail

Les difficultés spécifiques liées au stress

Dans ce chapitre est présentée la souffrance des soignants des CHSLD en A.T., particulièrement en termes de stress (causes, manifestations et conséquences). Ces résultats sont rapprochés de la troisième hypothèse qui stipule que : *''Les difficultés psychosociales vécues par les soignants des CHSLD en A.T. sont aussi importantes pour eux que les difficultés musculo-squelettiques, lors de la manutention de patients par les soignants restant au travail avec des maux de dos''.*

La souffrance est une perception psychologique, qui s'exprime en priorité sous forme de stress dans le monde du travail (Edmond, 2003). Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature (chapitre I), le stress au travail est défini par "une condition psychologique issue de la perception d'un déséquilibre entre ce qui est exigé d'un individu et sa capacité de répondre aux exigences du travail" (Fleury, 2002). En physiologie de la douleur, nous savons que la souffrance (psychologique) accompagne la douleur (physique) (chapitre I, alinéa 1.4.1) lorsqu'elle se prolonge dans le temps (chronicité) (Navez, 2000) et que la souffrance peut engendrer de la douleur lorsque le mal être n'a pas trouvé de mode d'expression satisfaisant (Marchand, 1998). Les arrêts de travail pour maladie et/ou accident comportent une part de souffrance et une part de douleur, variable selon l'histoire personnelle et professionnelle de chaque soignant (Edmond, 2003).

1 LES PRINCIPALES CAUSES DE LA SOUFFRANCE

L'approche de la souffrance au travail se limite souvent, en santé au travail, à l'évaluation du stress. Le modèle de Karasek, présenté dans la revue de la littérature, est l'un des plus utilisés pour évaluer le stress au travail et le plus adapté, de par ses paramètres, au milieu particulier des CHSLD en A.T. Il constituait la deuxième partie du questionnaire (annexe B) et permettait de documenter la latitude décisionnelle et les exigences de la tâche pour évaluer la tension au travail, à rapprocher du soutien psychosocial pour évaluer les risques de stress au travail. Les résultats de cette partie du questionnaire (propositions 20 à 45) sont présentés paramètre par paramètre, en suivant la méthode expliquée dans le chapitre III.2 (alinéa 6.3.1), et commentés par les comités de suivi de la recherche. Dans l'entretien (questions 18 et 36), ces causes de souffrances ont été expliquées et d'autres ont été dégagées.

1.1 **Le manque de latitude décisionnelle** (questionnaire)

Les propositions 20 à 28 du questionnaire documentent la latitude décisionnelle, par "fortement en désaccord" en a, par "désaccord" en b, par "accord" en c, par "fortement en accord" en d et "non applicable" en e. Une faible latitude décisionnelle est cotée globalement en accord (c et d) dans les propositions 20 à 23, soutenues par les mots "exige", "dois" et "toujours les mêmes". Une faible latitude décisionnelle est cotée globalement en désaccord (a et b) dans les propositions 24 à 28 soutenues par les mots "liberté", "autonome", "opportunité", "influence" et "développer".

Tout titre de métier confondu, 56% des réponses des soignants aux propositions 20 à 28 du questionnaire soutiennent une faible latitude décisionnelle (tableau 29). La faible latitude décisionnelle, au regard des scores individuels, concerne 25/42 participants ayant répondu dans ce sens à plus de la moitié des neuf propositions ($\geq$ 5/9). Les résultats des propositions 20 à 23 sur l'apprentissage, la formation, la créativité et la routine montrent une faible latitude décisionnelle dans 86% des réponses. Par contre ceux des propositions 24 à 28 sur la latitude de décider et la prise réelle de décision, sur l'opportunité de faire différentes choses et la façon

personnelle de les faire, sur le développement d'habileté soulignent une forte latitude décisionnelle dans 68% des réponses (faible latitude décisionnelle pour 32% des réponses).

En comparant les résultats entre CHSLD, nous remarquons que le CHSLD c (50% des réponses) manque moins de latitude décisionnelle que le CHSLD b (59% des réponses), comparable en échantillon, alors que le CHSLD a (61% des réponses) et le CHSLD b (59% des réponses) en ont un niveau équivalent, comparable en population (tableaux 3 à 8 au chapitre III.1).

Tableau 29 : Les résultats sur la latitude décisionnelle dans les 3 CHSLD participants en A.T. (questionnaire, n=42)

Latitude décisionnelle Propositions numéro *	**CHSLD a** (n=8)	**CHSLD b** (n=17)	**CHSLD c** (n=17)	Total faible latitude n =42 participants	Résultats faible latitude décisionnelle
20	5c, 3d	11c, 6d	9c, 7d, 1e	25c et 16d (41 soignants)	41/42
21	2b, 3c, 2d, 1 e	11c, 4d, 2b	9c, 6d, 2e	23c et 12d (35 soignants)	35/42
22	2b, 4c, 1d, 1 e	12c, 4d, 1b, 1e	9c, 5d, 3e	25c et 10d (35 soignants)	35/42
23	1a, 2b, 5c, 1d	2b, 8c, 6d, 1e	3b, 8c, 5d, 1e	21c et 12d (33 soignants)	33/42
Faible latitude (sous-total) cotée c/d au n° 20/23	17c et 7d sur 32 réponses	42c et 20d sur 68 réponses	35c et 23d sur 68 réponses	94c et 50d sur 168 réponses	144/168 = **86% des réponses**
24	5b, 3c	4b, 12c, 1d	1a, 7b, 4c, 3d, 2e	1a et 16b (17 soignants)	17/42
25	6b, 3c	1a, 4b, 8c, 2d, 2e	4b, 9c, 2d, 2e	1a et 14 b (15 soignants)	15/42
26	2b, 5c, 1d	8b, 8c, 1d, 1e	2b, 11c, 3d, 1e	0a et 12b (12 soignants)	12/42
27	1a, 4b, 2c, 1d	2a, 7b, 7c, 1e	2a, 1b, 10c, 3d, 1e	5a et 12b (17 soignants)	17/42
28	2b, 6d	2b, 11c, 2d, 2e	2b, 11c, 2d, 2e	0a et 6b (6 soignants)	6/42
Faible latitude (sous-total) cotée a/b au n° 24/28	1a et 19b sur 40 réponses	3a et 25b sur 85 réponses	3a et 16b sur 85 réponses	7a et 60b sur 210 réponses	67/210 = **32% des réponses**
Total faible latitude décisionnelle	1a+19b+17c+7d=44 sur 72 réponses	3a+25b+42c+20d=90 sur 153 réponses	3a+16b+35c+23d=77 sur 153 réponses	7a+60b+94c+50d=211 sur 378 réponses	211/378 = **56% des réponses**
Résultats faible latitude décisionnelle	44/72 = **61% des réponses**	90/153 = **59% des réponses**	77/153 = **50% des réponses**	211/378 = **56% des réponses**	25/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En comparant les résultats entre les soignants, présentés au tableau 30, nous remarquons que la faible latitude décisionnelle des préposés (56% des réponses) et celle des auxiliaires (57% des réponses) se valent, alors que les infirmières semblent avoir plus de latitude décisionnelle (50% des réponses).

Tableau 30 : Les résultats sur la latitude décisionnelle pour les 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en fonction de leur titre d'emploi (questionnaire)

Latitude décisionnelle **Propositions numéro ***	**Infirmières** (n=6)	**Auxiliaires** (n=13)	**Préposés** (n=23)	Total faible latitude n =42 participants	Résultats faible latitude décisionnelle
20	3c, 3d	6c, 7d	16c, 6d, 1e	25c et 16d (41 soignants)	41/42
21	3c, 3d	7c, 6d	13c, 3d, 4b, 3e	23c et 12d (35 soignants)	35/42
22	6c	9c, 4d	10c, 6d, 3b, 4e	25c et 10d (35 soignants)	35/42
23	1b, 2c, 2d, 1e	3b, 7c, 2d, 1e	12c, 8d, 2b, 1a	21c et 12d (33 soignants)	33/42
Faible latitude (sous-total) cotée c/d au **n° 20/23**	14c et 8d sur 24 réponses	29c et 19d sur 52 réponses	51c et 23d sur 92 réponses	94c et 50d sur 168 réponses	144/168 = **86% des réponses**
24	2b, 2c, 1d, 1e	6b, 6c, 1d	1a, 8b, 11c, 2d, 1e	1a et 16b (17 soignants)	17/42
25	2b, 2c, 2d	3b, 9c, 1e	1a, 9b, 8c, 2d, 3e	1a et 14 b (15 soignants)	15/42
26	6c	4b, 7c, 1d, 1e	8b, 10c, 4d, 1e	0a et 12b (12 soignants)	12/42
27	5c, 1b	3a, 1b, 7c, 1d, 1e	2a, 10b, 8c, 2d, 1e	5a et 12b (17 soignants)	17/42
28	6c	2b, 9c, 2d	4b, 13c, 2d, 4e	0a et 6b (6 soignants)	6/42
Faible latitude (sous-total) cotée a/b au **n° 24/28**	5b sur 30 réponses	3a et 16b sur 65 réponses	4a et 39b sur 115 réponses	7a et 60b sur 210 réponses	67/210 = **32% des réponses**
Total faible latitude décisionnelle	5b+14c+8d=27 sur 54 réponses	3a+16b+29c+19d=67 sur 117 réponses	4a+39b+51c+23d=117 sur 207 réponses	7a+60b+94c+50d=211 sur 378 réponses	211/378 = **56% des réponses**
Résultats faible latitude décisionnelle	27/54 = **50% des réponses**	67/117 = **57% des réponses**	117/207 = **56% des réponses**	211/378 = **56% des réponses**	25/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des reponses lettrées a, b, c, d, e

En rapprochant les tableaux 29 et 30, pour comparer la latitude décisionnelle à la fois dans les CHSLD et en fonction des titres d'emploi, nous obtenons le tableau 31 qui donne les résultats succinctement en pourcentage de réponses sur la faible latitude décisionnelle. Nous pouvons dire que :

- les préposés du CHSLD c ont une meilleure latitude décisionnelle que ceux du CHSLD a, à échantillonnage équivalent (44% de réponses contre 60% de réponses pour le manque de latitude). Par contre, à population équivalente entre le CHSLD a et le CHSLD b, la latitude décisionnelle des préposés est équivalente (60% de réponses contre 61% de réponse pour le manque de latitude).

- les infirmières semblent avoir, en général, une meilleure latitude décisionnelle que les autres soignants (50% des réponses). Mais, les résultats nous portent à penser que dans le CHSLD c elles semblent avoir une plus faible latitude décisionnelle que les préposés (53% de réponses contre 44% de réponses sur le manque de latitude) et une latitude décisionnelle équivalente avec les auxiliaires (53% des réponses contre 52% des réponses sur le manque de latitude).

- les auxiliaires semblent avoir, en général, une latitude décisionnelle équivalente à celle des préposés (57% des réponses contre 56% des réponses sur le manque de latitude), ce qui se vérifie aussi dans le CHSLD b (62% des réponses contre 61% des réponses sur le manque de latitude).

Tableau 31 :Les résultats sur la faible latitude décisionnelle des 42 soignants participants, selon leur titre de métier dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 20 à 28)

Faible latitude décisionnelle (9 propositions, 20 à 28 du questionnaire) * **3 CHSLD en A.T.****	**Infirmières** n=6	**Auxiliaires** n=13	**Préposées** n=23	Résultats n=42
CHSLD **a** (0 infirmière, 1 auxiliaire, 7 préposés)		1a,2b,1c,2d (6/9) 67% des réponses	17b,16c,5d (38/63) 60% des réponses	1a+19b+17c+7d 61% des réponses
CHSLD **b** (2 infirmières, 5 auxiliaires, 10 préposés)	5c,3d (8/18) 44% des réponses	1a,7b,14c,6d (28/45) 62% des réponses	2a,18b,23c,11d (55/90) 61% des réponses	3a+25b+42c+20d 59% des réponses
CHSLD **c** (4 infirmières, 7 auxiliaires, 6 préposés)	5b,9c,5d (19/36) 53% des réponses	1a,7b,14c,11d (33/63) 52% des réponses	2a,4b,12c,7d (25/54) 44% des réponses	3a+16b+35c+23d 50% des réponses
Résultats sur la faible latitude décisionnelle	5b+14c+8d 50% des réponses	3a+16b+29c+19d 57% des réponses	4a+39b+51c+23d 56% des réponses	7a,60b,94c, 50d 56% des réponses

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

**Pour lire ce tableau : CHSLD a, 1 auxiliaire répond à 9 propositions dont 6 dans le sens d'une faible latitude (6/9, soit 67% des réponses)

1.2 Les exigences physiques et psychologiques du travail

Les exigences du travail sont réparties entre les demandes physiques et les demandes psychologiques, dans le questionnaire (propositions 29 à 37). Les exigences du travail sont à la fois des demandes physiques (propositions 29, 31, 32, 36 et 37) et psychologiques (propositions 30, 33, 34 et 35). La proposition 37 est classée théoriquement dans la latitude décisionnelle, alors qu'elle est plutôt vécue comme une demande physique faible et une demande psychologique forte, par les soignants selon leurs commentaires en marge.

1.2.1 La demande physique du travail (questionnaire, comité de suivi)

Une forte demande physique est cotée en accord (c et d) par les mots "aller vite" et "très mouvementé" aux propositions 29 et 36 et cotée en désaccord (a et b) par les mots "ralenti", "pas une quantité excessive" "suffisamment de temps" aux propositions 31, 32 et 37.

Les résultats sur la demande physique du travail sont présentés au tableau 32, ils montrent que 65% des réponses soutiennent qu'elle est forte. La demande physique

élevée, au regard des scores individuels, concerne 29/42 participants ayant répondu dans ce sens à trois au moins des cinq propositions. Les résultats des propositions 29 et 36 au sujet de la vitesse d'exécution du travail et sur le fait d'avoir un travail mouvementé supportent une forte demande physique dans 76% des réponses. Les résultats des propositions 31, 32 et 37 au sujet de la quantité excessive de travail, du temps suffisant pour le faire et du fait d'être ralenti dans son travail supportent une forte demande physique dans 57% des réponses.

En comparant la demande physique du travail dans les CHSLD, nous observons une plus forte demande au CHSLD b (72% des réponses) qu'au CHSLD c (62% des réponses), à échantillon équivalent. La demande physique du travail semble la moins forte dans le CHSLD a (55% des réponses) bien que de population équivalente avec le CHSLD b (72% des réponses).

Tableau 32 : Les résultats sur la demande physique du travail comparée entre les 3 CHSLD en A.T (questionnaire, n=42)

Demande physique Propositions numéro *	**CHSLD a** (n=8)	**CHSLD b** (n=17)	**CHSLD c** (n=17)	Total forte demande n =42 participants	Résultats forte demande physique
29	1a, 2b, 2c, 2d, 1e	1a, 4b, 6c, 5d, 1e	2a, 2b, 5c, 8d	13c et 15d (28 soignants)	28/42
36	3b, 5d	1b, 11c, 5d	2b, 7c, 8d	18c et 18d (36 soignants)	36/42
Forte demande physique (sous-total) cotée c/d	2c et 7d sur 16 réponses	17c et 10d sur 34 réponses	12c et 16d sur 34 réponses	31c et 33d sur 84 réponses	64/84 = **76% des réponses**
31	1a, 3b, 2c, 2e	1a, 8b, 6c, 1d, 1e	3a, 6b, 4c, 2d, 2e	5a et 17b (22 soignants)	22/42
32	3a, 1b, 4c	2a, 11b, 5c, 1e	2a, 9b, 4c, 2e	7a et 21b (28 soignants)	28/42
37	5b, 1d, 1c, 1e	1a, 11b, 5c, 1e	1a, 4b, 5c, 7e	2a et 20b (22 soignants)	22/42
Forte demande physique (sous-total) cotée a/b	4a et 9b sur 24 réponses	4a et 30b sur 51 réponses	6a et 19b sur 51 réponses	14a et 58b sur 126 réponses	72/126 = **57% des réponses**
Total Forte demande physique	4a+9b+2c+7d=22 sur 40 réponses	4a+30b+17c+10d=61 sur 85 réponses	6a+19b+12c+16d=53 sur 85 réponses	14a+58b+31c+33d=136 sur 210 réponses	136/210 = **65% des réponses**
Résultats forte demande physique	22/40 = **55% des réponses**	61/85 = **72% des réponses**	53/85 = **62% des réponses**	136/210 = **65% des réponses**	29/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En comparant les résultats sur la demande physique du travail entre les titres de métier au tableau 33, nous constatons que globalement les infirmières ont une forte demande physique (73% des réponses), puis les auxiliaires (67% des réponses) puis les préposés (61% des réponses). Cette différence peut-être en partie liée au nombre disparate de participants par titre d'emploi.

Tableau 33 : Les résultats sur la demande physique du travail pour les 42 soignants participants dans 3 CHSLD en A.T, selon le titre d'emploi (questionnaire, propositions 29, 31, 32, 36 et 37)

Demande physique Propositions numéro *	**Infirmières** (n=6)	**Auxiliaires** (n=13)	**Préposés** (n=23)	Total forte demande n =42 participants	Résultats forte demande physique
29	4c, 2d	3b, 5c, 4d, 1e	4a, 5b, 4c, 9d, 1e	13c et 15d (28 soignants)	28/42
36	2b, 2c, 4d, 1e	2b, 7c, 4d	4b, 9c, 10d	18c et 18d (36 soignants)	36/42
Forte demande physique (sous-total) cotée c/d	6c et 6d sur 12 réponses	12c et 8d sur 26 réponses	13c et 19d sur 46 réponses	31c et 33d sur 84 réponses	64/84 = **76% des réponses**
31	1a, 2b, 1c, 2e	2a, 5b, 5c, 1d	2a, 10b, 9c, 1d, 1e	5a et 17b (22 soignants)	22/42
32	4b, 1c, 1e	3a, 6b, 4c	4a, 11b, 5c	7a et 21b (28 soignants)	28/42
37	3b, 3e	1a, 7b, 3c, 2e	1a, 10b, 8c, 1d, 3e	2a et 20b (22 soignants)	22/42
Forte demande physique (sous-total) cotée a/b	1a et 9b sur 18 réponses	6a et 18b sur 39 réponses	7a et 31b sur 69 réponses	14a et 58b sur 126 réponses	72/126 = **57% des réponses**
Total Forte demande physique	1a+9b+6c+6d=22 sur 30 réponses	6a+18b+12c+8d=44 sur 65 réponses	7a+31b+13c+19d=70 sur 115 réponses	14a+58b+31c+33d=136 sur 210 réponses	136/210 = **65% des réponses**
Résultats forte demande physique	22/30 = **73% des réponses**	44/65 = **67% des réponses**	70/115 = **61% des réponses**	136/210 = **65% des réponses**	29/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En rapprochant les tableaux 32 et 33, pour comparer la demande physique du travail à la fois dans les CHSLD et en fonction des titres d'emploi, nous obtenons le tableau 34 qui donne les résultats condensés, en pourcentage de réponses sur la forte demande physique. Nous pouvons dire que la demande physique :

- est forte pour les auxiliaires au CHSLD c (71% des réponses) alors qu'elle est moyenne pour ceux au CHSLD b (52% des réponses), à échantillon équivalent. Le comité de suivi de la recherche au CHSLD c expliquait les résultats par le fait que les auxiliaires sont de petite taille et que le chariot de médicament est trop haut.

- est moyenne pour les préposés du CHSLD a (48% des réponses) comme ceux du CHSLD c (47% des réponses), à échantillon équivalent. Elles travaillent généralement par équipe de deux et peuvent utiliser les équipements d'aide à la manutention de patients.

Tableau 34 : Les résultats sur la forte demande physique des 42 soignants participants, selon leur titre de métier dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 29, 31, 32, 36 et 37)

La forte demande physique (propositions 29,31, 32, 36 et 37, questionnaire) * **3 CHSLD en A.T.**	**Infirmières** n=6	**Auxiliaires** n=13	**Préposés** n=23	Résultats n=42
CHSLD **a** (0 infirmière, 1 auxiliaire, 7 préposés)		1a, 2b, 1c, 1d (5/5) 100% des réponses	3a, 7b, 1c, 6d (17/35) 48% des réponses	4a+9b+2c+7d 55% des réponses
CHSLD **b** (2 infirmières, 5 auxiliaires, 10 préposés)	4b, 3c, 1d (8/10) 80% des réponses	1a, 7b, 4c, 1d (13/25) 52% des réponses	3a, 19b, 10c, 8d (40/50) 80% des réponses	4a+30b+17c+10d 72% des réponses
CHSLD **c** (4 infirmières, 7 auxiliaires, 6 préposés)	1a, 5b, 3c, 5d (14/20) 70% des réponses	4a, 9b, 7c, 6d (26/35) 71% des réponses	1a, 5b, 2c, 5d (14/30) 47% des réponses	6a+19b+12c+16d 62% des réponses
Résultats sur la forte demande physique	1a+9b+6c+6d 73% des réponses	6a+18b+12c+8d 67% des réponses	7a+31b+13c+19d 61% des réponses	14a+58b+31c+33d 65% des réponses

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

1.2.2 La demande psychologique du travail (questionnaire, comité de suivi)

Une forte demande psychologique est cotée en accord (c et d) par les mots "fort mentalement", "concentration intense", "tâche interrompue" et "ralenti par" aux propositions 30, 34, 35 et 37 et cotée en désaccord (a et b) par les mots "pas de demande contradictoire" à la proposition 33.

Les résultats sur la demande psychologique du travail sont présentés au tableau 35, ils montrent que 50 % des réponses soutiennent une forte demande psychologique. Par conséquent, *la demande psychologique est moyenne (50% des réponses) alors que la demande physique est forte (65% des réponses)*. La demande psychologique, au regard des scores individuels, concerne 23/42 participants ayant répondu dans ce sens à trois au moins des cinq propositions, soit moins que la demande physique (29/42 participants). Les résultats de la demande psychologique aux propositions 30, 34, 35 et 37 au sujet du travail mental et de la concentration, de la tâche interrompue et de l'attente après les autres supportent une demande psychologique moyenne (52% des réponses). Les résultats de la proposition 33 au sujet des demandes contradictoires supportent une demande psychologique un peu inférieure à la moyenne (43 % des réponses).

En comparant les résultats sur la demande psychologique entre les CHSLD au tableau 35, nous remarquons que la demande psychologique est plus forte dans le CHSLD c (58% des réponses) que dans le CHSLD b (46% des réponses), à

échantillon équivalent. Par contre, les résultats du CHSLD a (45% des réponses) et du CHSLD b (46% des réponses) se valent, à population équivalente.

Tableau 35 : Les résultats sur la demande psychologique du travail comparée entre les 3 CHSLD en A.T (questionnaire, n=42)

Demande pschologique Propositions numéro *	**CHSLD a** (n=8)	**CHSLD b** (n=17)	**CHSLD c** (n=17)	Total forte demande n =42 participants	Résultats forte demande psychologique
30	3b, 5d	6b, 6c, 3d, 2e	12c, 2d, 3e	18c et 10d (28 soignants)	28/42
34	1a, 3b, 2c, 2e	8b, 3c, 3d, 3e	2b, 12c, 1d, 2e	17c et 4d (21 soignants)	21/42
35	3b, 3c, 2d	6b, 7c, 3d, 1e	1a, 2b, 7c, 5d, 2e	17c et 10d (27 soignants)	27/42
37	5b, 1c, 1d, 1e	1a, 11b, 5c	1a, 4b, 5c, 7e	11c et 1d (12 soignants)	12/42
Forte demande psychologique (sous-total) cotée c/d	6c et 8d sur 32 réponses	21c et 9d sur 68 réponses	36c et 8d sur 68 réponses	63c et 25d sur 168 réponses	88/168 = **52% des réponses**
33	1a, 3b, 4c	1a, 8b, 5c, 1d, 1e	5b, 5c, 5e	2a et 16b (18 soignants)	18/42
Forte demande psychologique (sous-total) cotée a/b	1a et 3b sur 8 réponses	1a et 8b sur 17 réponses	0a et 5b sur 17 réponses	2a et 16b sur 42 réponses	18/42 = **43% des réponses**
Total Forte demande psychologique	1a+3b+6c+8d=18 sur 40 réponses	1a+8b+21c+9d=39 sur 85 réponses	0a+5b+36c+8d=49 sur 85 réponses	2a+16b+63c+25d=106 sur 210 réponses	106/210 = **50% des réponses**
Résultats forte demande psychologique	18/40 = **45% des réponses**	39/85 = **46% des réponses**	49/85 = **58% des réponses**	106/210 =**50% des réponses**	23/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En comparant les résultats sur la demande psychologique des soignants en fonction de leur titre d'emploi (tableau 36), nous remarquons que les préposés ont la demande psychologique la plus faible (45% des réponses) comparée aux auxiliaires (55% des réponses) et aux infirmières (60% des réponses).Cette différence peut être en partie liée au nombre disparate de participants par titre d'emploi.

Tableau 36 : Les résultats sur la demande psychologique du travail pour les 42 soignants participants dans 3 CHSLD en A.T, selon le titre d'emploi (questionnaire, propositions 29, 31, 32, 36 et 37)

Demande psychologique Propositions numéro *	**Infirmières** (n=6)	**Auxiliaires** (n=13)	**Préposés** (n=23)	Total forte demande n =42 participants	Résultats forte demande psychologique
30	4c, 2d	4b, 7c, 2d	4b,7c, 6d,4e	18c et 10d (28 soignants)	28/42
34	2b, 3c, 1e	2b, 7c, 3d, 1e	10b, 7c, 1d, 5e	17c et 4d (21 soignants)	21/42
35	2c, 4d	1a, 5b, 5c, 2d	6b, 10c, 4d, 3e	17c et 10d (27 soignants)	27/42
37	3b, 3e	1a, 7b,3c,2e	1a, 10b, 8c, 1d, 3e	11c et 1d (12 soignants)	12/42
Forte demande psychologique (sous-total) cotée c/d	9c et 6d sur 24 réponses	22c et 7d sur 52 réponses	32c et 12d sur 92 réponses	63c et 25d sur 168 réponses	88/168 = **52% des réponses**
33	3b, 2c, 1e	1a, 6b, 5c, 1e	1a, 7b, 9c, 1d, 5e	2a et 16b (18 soignants)	18/42
Forte demande psychologique (sous-total) cotée a/b	3b sur 6 réponses	1a et 6b sur 13 réponses	1a et 7b sur 23 réponses	2a et 16b sur 42 réponses	18/42 = **43% des réponses**
Total Forte demande psychologique	0a+3b+9c+6d=18 sur 30 réponses	1a+6b+22c+7d=36 sur 65 réponses	1a+7b+32c+12d=52 sur 115 réponses	2a+16b+63c+25d=106 sur 210 réponses	106/210 = **50% des réponses**
Résultats forte demande psychologique	18/30 = **60% des réponses**	36/65 = **55% des réponses**	52/115 = **45% des réponses**	106/210 = **50% des réponses**	23/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En rapprochant les tableaux 35 et 36, pour comparer la demande psychologique du travail à la fois dans les CHSLD et en fonction des titres d'emploi, nous obtenons le tableau 37 qui donne les résultats condensés, en pourcentage de réponses sur la forte demande psychologique. Nous pouvons dire que la demande psychologique :

- est la plus faible pour les auxiliaires du CHSLD b (36% des réponses) et les préposés du CHSLD a (40% des réponses), à échantillon presque équivalent. Le comité de suivi de la recherche du CHSLD b expliquait ce résultat par le fait que, les auxiliaires ont peu de tâches délégués et qu'elles aident à la fois les infirmières et les auxiliaires. Le comité de suivi de la recherche du CHSLD a expliquait ce résultat par le fait que les préposés sont seules présentes en permanence dans les unités et libre de s'organiser en équipe de deux.

- des préposés est plus forte dans le CHSLD c (50% des réponses) que dans le CHSLD a (40% des réponses) à échantillon presque équivalent.

- des auxiliaires est plus forte dans le CHSLD c (66% des réponses) que dans CHSLD b (36% des réponses), à échantillon presque équivalent.

- dans le CHSLD c est la plus forte pour les auxiliaires (66% des réponses) et la plus faible pour les préposés (50% des réponses), à échantillon équivalent. Le comité de

suivi de la recherche expliquait ce résultat par le fait que les auxiliaires supportent de nombreuses tâches déléguées par les infirmières, alors que les préposés bénéficient de l'introduction du concept "*d'Humanitude*", comme ceux du CHSLD b (46% des réponses).

Tableau 37 : Les résultats sur la forte demande psychologique des 42 soignants participants, selon leur titre de métier dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 30, 33, 34, 35 et 37)

Forte demande psychologique (propositions 30, 33, 34, 35 et 37, questionnaire) * **3 CHSLD en A.T.**	**Infirmières** n=6	**Auxiliaires** n=13	**Préposés** n=23	Résultats n=42
CHSLD **a** (0 infirmière, 1 auxiliaire, 7 préposés)		1b, 1c, 2d (4/5) 80% des réponses	1a, 2b, 5c, 6d (14/35) 40% des réponses	1a+3b+6c+8d 45% des réponses
CHSLD **b** (2 infirmières, 5 auxiliaires, 10 préposés)	2b, 2c, 3d (7/10) 70% des réponses	1a, 2b, 2c, 4d (9/25) 36% des réponses	4b, 17c, 2d (23/50) 46% des réponses	1a+8b+21c+9d 46% des réponses
CHSLD **c** (4 infirmières, 7 auxiliaires, 6 préposés)	1b, 7c, 3d (11/20) 55% des réponses	3b, 19c, 1d (23/35) 66% des réponses	1b, 10c, 4d (15/30) 50% des réponses	5b+36c+8d 58% des réponses
Résultats sur la forte demande psychologique	3b+9c+6d 60% des réponses	1a+6b+22c+7d 55% des réponses	1a+7b+32c+12d 45% des réponses	2a+16b+63c+25d 50% des réponses

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En comparant les exigences physiques et psychologiques du travail entre les CHSLD (tableaux 32 et 35) nous remarquons que *les exigences du travail partout et pour tous les soignants sont en général plus physiques (65% des réponses) que psychologiques (50% des réponses)*. Les résultats montrent le plus grand écart au CHSLD b où la demande physique couvre 72% des réponses contre 46% des réponses pour la demande psychologique. Ils sont presque équivalents au CHSLD c où la demande physique couvre 62% des réponses contre 58% des réponses pour la demande psychologique. En comparant les exigences physiques et psychologiques du travail en fonction des titres d'emploi des soignants (tableaux 33 et 36), nous remarquons que la demande physique (73% des réponses) et la demande psychologique (60% des réponses) des infirmières semblent supérieures à celles des auxiliaires puis des préposés. La différence d'échantillonnage entre chaque titre de métier limite néanmoins l'analyse de ces résultats. En comparant la forte demande physique et psychologique (tableaux 34 et 37), entre les CHSLD et les titres d'emploi, nous remarquons que les préposés du CHSLD c ont des réponses équivalentes (47% contre 50%), alors que le plus grand écart se trouve pour les préposés du CHSLD b (80% contre 46%), alors que le concept d'*Humanitude* a été introduit dans ces deux centres pour diminuer la demande psychologique au travail.

1.3 Le soutien psychosocial en compensation des tensions au travail (questionnaire)

Entre 1990 et 1997, le paramètre appelé "soutien psychosocial" a été ajouté par Karasek dans son questionnaire, pour rechercher une compensation au manque de latitude décisionnelle et aux exigences élevées du travail. Dans le rapport sur la santé de la population canadienne (Statistiques Canada, Santé-Canada, 2001) ce paramètre manque. Néanmoins, il a été introduit dans le questionnaire aux propositions 38 à 45 dans l'Enquête Santé-Canada (2005) et dans le questionnaire initial de cette étude. Le soutien psychosocial du superviseur, aux propositions 38 à 41, est coté en accord (c et d) par les mots "se soucie", "prête attention", "facilite" et "réussit à". Le soutien psychosocial des collègues, aux propositions 42 à 45, est coté en accord (c et d) par les mots "qualifié pour", "s'intéresse à", "amicaux" et "facilite".

Les résultats sur le soutien psychosocial (tableau 38) montrent que 80% des réponses sont en faveur d'un bon soutien psychosocial. Au regard des scores individuels, cela concerne 35/42 participants ayant répondu à cinq au moins des huit propositions. *Le soutien psychosocial des soignants par leurs supérieurs est moins élevé (74% des réponses) que par leurs collègues (86% des réponses).*

Tableau 38 : Les résultats sur le soutien psycho-social au travail comparées entre les 3 CHSLD en A.T (questionnaire, n=42)

Soutien psycho-social Propositions numéro *	**CHSLD a** (n=8)	**CHSLD b** (n=17)	**CHSLD c** (n=17)	Total fort soutien psychosocial n =42 participants	Résultats fort soutien psychosocial
38	2b, 6c	2a, 2b, 12c, 1d	3b, 12c, 1d, 1e	30c et 2d (32 soignants)	32/42
39	1b, 4c, 2d, 1e	1a, 1b, 15c	2b, 12c, 2d, 1e	31c et 4d (35 soignants)	35/42
40	6c, 2d	1a, 5b, 8c, 2d, 1e	3b, 11c, 1d, 2e	25c et 5d (30 soignants)	30/42
41	1b, 5c, 2d	2a, 6b, 6c, 2d, 1e	4b, 10c, 2d, 1e	21c et 6d (27 soignants)	27/42
Fort soutien des supérieurs (sous-total) cotée c/d	21c et 6d sur 32 réponses	41c et 5d sur 68 réponses	45c et 6d sur 68 réponses	107c et 17d sur 168 réponses	124/168 = **74% des réponses**
42	2b, 5c, 1d	4b, 9c, 4d	2b, 9c, 6d	23c et 11d (34 soignants)	34/42
43	1b, 6c, 1d	2b, 12c, 2d, 1e	2b, 10c, 2d, 3e	28c et 5d (33 soignants)	33/42
44	6c, 2d	10c, 7d	1b, 10c, 6d	26c et 15d (41 soignants)	41/42
45	6c, 2d	3b, 9c, 5d	2b, 10c, 5d	25c et 12d (37 soignants)	37/42
Fort soutien des collègues (sous-total) cotée c/d	23c et 6d sur 32 réponses	40c et 18d sur 68 réponses	39c et 19d sur 68 réponses	102c et 43d sur 168 réponses	145/168= **86% des réponses**
Total fort soutien psychosocial	44c+12d=56 sur 64 réponses	81c+23d=104 sur 136 réponses	84c+25d=109 sur 85 réponses	209c+60d=269 sur 336 réponses	269/336= **80% des réponses**
Résultats fort soutien psychosocial	56/64 = **87% des réponses**	104/136 = **76% des réponses**	109/136 = **80% des réponses**	269/336= **80% des réponses**	35/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En comparant les CHSLD ayant un échantillon équivalent de participants, nous constatons que le soutien psychosocial est presque équivalent entre le CHSLD b (76% des réponses) et le CHSLD c (80% des réponses). Par contre, le soutien psychosocial au CHSLD a ayant deux fois moins de participants est le plus élevé (87% des réponses). Au sujet du *soutien psychosocial des supérieurs, les réponses sont meilleures au CHSLD c (45c/6d) qu'au CHSLD b (41c/5d), alors qu'elles se valent au sujet du soutien psychosocial des collègues* (39c/19d contre 40c/18d), *à échantillon équivalent.*

En comparant le soutien psychosocial selon le titre d'emploi (tableau 39), nous remarquons globalement que les infirmières ont un meilleur soutien (87% des réponses) que les auxiliaires et les préposés (79% des réponses). *Le soutien psychosocial des supérieurs est équivalent pour les auxiliaires* (34c+4d=38/52=85% des réponses) *et pour les préposés* (55c+12d=67/92= 73% des réponses). *Le soutien psychosocial des collègues est équivalent pour les préposés* (57c+21d=78/92= 85% des réponses) *et pour les auxiliaires* (27c+17d=44/52= 85% des réponses). Le soutien psychosocial des auxiliaires et des préposés semble meilleur avec les collègues (85% des réponses) qu'avec les supérieurs (73% des réponses).

Tableau 39 : Les résultats sur le soutien psychosocial pour les 42 soignants participants de 3 CHSLD en A.T., en fonction de leur titre d'emploi (questionnaire)

Soutien psychosocial **Propositions numéro ***	**Infirmières** (n=6)	**Auxiliaires** (n=13)	**Préposés** (n=23)	Total fort soutien psychosocial n =42 participants	Résultats faible latitude décisionnelle
38	1b, 4c, 1d	2b, 8c, 1d, 2e	2a, 3b, 18c	30c et 2d (32 soignants)	32/42
39	6c	1b, 12c	4b, 13c, 4d, 2e	31c et 4d (35 soignants)	35/42
40	1b, 4c, 1e	2b, 8c, 2d, 1e	1a, 5b, 13c, 3d, 1e	25c et 5d (30 soignants)	30/42
41	2b, 4c	5b, 6c, 1d, 1e	1a, 5b, 11c, 5d, 1e	21c et 6d (27 soignants)	27/42
Fort soutien psychosocial (sous-total) cotée c/d	18c et 1d sur 24 réponses	34c et 4d sur 52 réponses	55c et 12d sur 92 réponses	107c et 17d sur 168 réponses	124/168 = **74% des réponses**
42	5c, 1d	2b, 6c, 5d	6b, 12c, 5d	23c et 11d (34 soignants)	34/42
43	1b, 4c, 1d	1b, 8c, 2d, 2e	5b, 16c, 2d	28c et 5d (33 soignants)	33/42
44	4c, 2d	8c, 5d	3b, 14c, 6d	26c et 15d (41 soignants)	41/42
45	5c, 1d	3b, 5c, 5d	2b, 15c, 6d	25c et 12d (37 soignants)	37/42
Fort soutien psychosocial (sous-total) cotée c/d	18c et 5d sur 24 réponses	27c et 17d sur 52 réponses	57c et 21d sur 92 réponses	102c et 43d sur 168 réponses	145/168 = **86% des réponses**
Total fort soutien psychosocial	36c+6d=42 sur 48 réponses	61c+21d=82 sur 104 réponses	112c+33d=145 sur 184 réponses	209c+60d=269 sur 336 réponses	269/336 = **80% des réponses**
Résultats fort soutien psychosocial	42/48 = **87% des réponses**	82/104 = **79% des réponses**	145/184 = **79% des réponses**	269/336= **80% des réponses**	35/42

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

En rapprochant les tableaux 38 et 39, pour comparer le soutien psychosocial au travail à la fois dans les CHSLD et en fonction des titres d'emploi, nous obtenons le tableau 40 qui donne les résultats condensés, en pourcentage de réponses sur le fort soutien psychosocial. Nous pouvons dire que le soutien psychosocial :

- est identique pour les auxiliaires et les préposés du CHSLD c (75% des réponses), à échantillon équivalent

- semble meilleur pour les préposés au CHSLD a (87% des réponses) qu'au CHSLD c (75% des réponses), à échantillon équivalent

- semble meilleur pour les auxiliaires au CHSLD b (82% des réponses) qu'au CHSLD c (75% des réponses) à échantillon presque équivalent.

- semble meilleur pour les infirmières au CHSLD c (97% des réponses) qu'au CHSLD b (69% des réponses)

Tableau 40 : Les résultats sur le bon soutien psychosocial des 42 soignants participants, selon leur titre d'emploi dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire, propositions 38 à 45)

Fort soutien psychosocial (propositions 38 à 45, questionnaire) * **3 CHSLD en A.T.**	**Infirmières** n=6	**Auxiliaires** n=13	**Préposés** n=23	Résultats n=42
CHSLD **a** (0 infirmière, 1 auxiliaire, 7 préposés)		7c (7/8) 87% des réponses	37c et 12d (49/56) 87% des réponses	44c+12d 87% des réponses
CHSLD **b** (2 infirmières, 5 auxiliaires, 10 préposés)	6c et 5d (11/16) 69% des réponses	25c et 8d (33/40) 82% des réponses	50c et 10c (60/80) 75% des réponses	81c+23d 76% des réponses
CHSLD **c** (4 infirmières, 7 auxiliaires, 6 préposés)	30c et 1d (31/32) 97% des réponses	29c et 13d (42/56) 75% des réponses	25c et 11d (36/48) 75% des réponses	84c+25d 80% des réponses
Résultats sur le fort soutien psychosocial	36c+6d 87% des réponses	61c+21d 79% des réponses	112c+33d 79% des réponses	209c+60d 80% des réponses

*La deuxième partie du questionnaire (annexe B) propose des réponses lettrées a, b, c, d, e

1.4 Les risques de stress en région A.T. à comparer avec ceux au Québec (questionnaire)

Les tensions au travail sont la résultante d'un manque de latitude décisionnelle et de fortes exigences de travail (physique et psychologique), selon le premier modèle de Karasek (1990). En rapprochant les tensions au travail du soutien psychosocial, *le risque de stress* au travail est évalué dans le deuxième modèle de Karasek (1997).

Individuellement, le risque de stress au travail de chaque participant est présent lorsque le score individuel des tensions au travail est supérieur au score individuel du soutien psychosocial. Collectivement, par cumul des scores individuels, nous avons vu que le manque de latitude décisionnelle (alinéa 1.1) concernait 25/42 participants, que la demande élevée au niveau physique (alinéa 1.2) concernait 29/42 participants et au niveau psychologique (alinéa 1.2) 23/42 participants. Les tensions au travail, en fonction des scores individuels sur les trois paramètres précités, touchent 30/42 participants, soit 71% de l'échantillon. Parmi les soignants vivant des tensions au travail selon l'un au moins des paramètres (30/42), certains reconnaissent le rôle des trois paramètres à la fois dans leur stress (7/30), c'est-à-dire le manque de latitude décisionnelle, la demande physique et psychologique élevées. Les autres reconnaissent seulement le rôle de deux des paramètres du stress (18/30) ou d'un seul paramètre (5/30). De plus, nous avons vu que le soutien psychosocial (alinéa 1.3) concernait 35/42 participants, soit 83% de l'échantillon. Par conséquent, en rapprochant le pourcentage de soignants vivant des tensions au travail (71%) de celui des soignants reconnaissant l'existence d'un bon soutien psychosocial (83%), nous constatons une compensation positive. En effet, il semble que l'absence de stress au travail, au niveau collectif, puisse être expliquée par le soutien psychosocial compensant les tensions au travail. Pourtant, au regard des scores individuels, le stress au travail concernait *13/42 participants dans les CHSLD en A.T., soit 31% de l'échantillon, malgré cette compensation collective.*

Le tableau 41 met en parallèle ces résultats des 3 CHSLD en A.T. à ceux de l'Enquête Santé-Canada (2005), en pourcentage de soignants concernés par chaque paramètre, par les tensions au travail à rapprocher du soutien psychosocial. Aucun soignant participant de proche ou de loin à cette recherche n'a répondu par téléphone à cette enquête qui représentait plus particulièrement le personnel infirmier des grands centres urbains du Québec. Néanmoins, cette comparaison est limitée du fait de la différence d'échantillonnage, méthode d'interrogation et de prise en compte de la proposition 37. *Nous remarquons que les résultats au Québec sur les tensions au travail concernent 48% du personnel infirmier et ceux sur le soutien psychosocial 36%, la compensation est donc en générale insuffisante, contrairement aux résultats de cette étude.*

Les résultats du tableau 41 sont présentés sous forme graphique en figure 25 pour rapprocher le pourcentage de participants concernés par chaque paramètre évaluant le stress, entre 3 CHSLD en A.T. et l'Enquête Santé-Canada (2005). Sur la figure de gauche, nous remarquons que l'ensemble de ces paramètres sont proportionnellement plus présents pour les soignants participants en région A.T. que pour ceux de l'Enquête Santé-Canada. C'est particulièrement la forte demande psychologique et le bon soutien psychosocial qui prévalent en région A.T., l'un pouvant compenser l'autre. Néanmoins, la latitude décisionnelle et surtout la charge élevée de travail sont vécues comme source de tensions par un pourcentage plus élevé de participants en région A.T. que globalement au Québec. En général, les demandes physiques du travail prévalent toujours sur les demandes psychologiques, particulièrement en région A.T. Sur la figure de droite, où les tensions au travail rassemblent individuellement le manque de latitude décisionnelle et les demandes

fortes du travail (physique et psychologique), nous observons encore mieux la dominance de la région A.T. par rapport à l'ensemble du Québec. Selon le modèle de Karasek (1997), nous pouvons penser que les *tensions au travail (71% des participants) sont compensées globalement par le bon soutien psychosocial (83% des participants) en région A.T., mais pas au Québec (tensions pour 48% des participants et soutien pour 36% des participants).*

Tableau 41 : Les résultats du questionnaire sur les risques de stress (Karasek, 26 propositions), entre l'Enquête Santé-Canada (2005) et 3 CHSLD en A.T. (2005/2006), en pourcentage de participants concernés.

Karasek (2ième partie du questionnaire) **% de participants concernés**	**Manque de latitude décisionnelle** (9 propositions)	**Exigences élevées du travail** (5 propositions physiques, 5 propositions psychologiques)	**Bon soutien psychosocial** (8 propositions)
au Québec (enquête 2005) 80% de répondants au téléphone, soit 4560 sujets **du personnel infirmier***, hospitalier et autres	**36%** de participants	Physique **51%** de participants Psychologique **24%** de participants	**36%** de participants
	Tensions 48% des participants		Risques stress tensions≥soutien
3 CHSLD en A.T. (2006) 10% de la population de **soignants**, soit 42 **participants**** par écrit	(25/42) **59%** de participants	Physique (29/42) **69%** de participants Psychologique (23/42) **55%**	(35/42) **83%** de participants
	Tensions (30/42) **71%** des participants		pas risque stress soutien≥tensions

* infirmières réglementées, autorisées, auxiliaires ou psychiatriques
** infirmières, auxiliaires et préposés

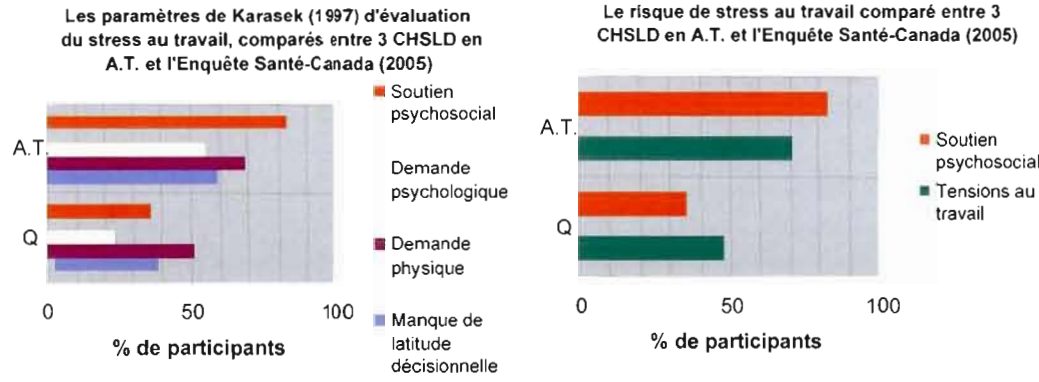


Figure 25 : Rapprochement des paramètres de Karasek pour évaluer le risque de stress au travail (questionnaire, propositions 20 à 45), entre l'Enquête Santé-Canada pour le Québec (2005) et cette étude dans 3 CHSLD en A.T. (2005/2006), en pourcentage de participants concernés

Malgré les limites de cette comparaison, il est intéressant de rapprocher les résultats des paramètres du stress calculés à partir des 26 propositions de Karasek (manque de latitude décisionnelle 56%, demande physique 65%, demande psychologique 50%, soutien psychosocial 80%) de ceux calculés à partir du pourcentage des soignants concernés par chacun (manque de latitude décisionnelle 59%, demande physique 69%, demande psychologique 55%, soutien psychosocial 83%). Nous remarquons une légère surévaluation de la deuxième méthode par rapport à la première, surtout pour la demande psychologique.

1.5 **Les risques de stress dans les groupes** (questionnaire)

Le tableau 42 met en évidence les résultats généraux des alinéas précédents, en nombre de soignants concernés par chaque paramètre évaluant le risque de stress dans le questionnaire. Il présente aussi les risques de stress évalués individuellement pour chacun des groupes de recherche (A, sans douleur – B, avec maux de dos non exclusifs – C, avec douleur ailleurs qu'au dos).

Tableau 42 : Le risque de stress au travail comparé entre les groupes de participants de 3 CHSLD en A.T. (questionnaire), en % de soignants concernés.

Risques de stress des soignants dans 3 CHSLD en A.T. (questionnaire) **Paramètres de Karasek** (26 propositions*)	**Groupe A** (sans douleur) n=10	**Groupe B** (maux de dos) n=26	**Groupe C** (douleur ailleurs) n=6	Total n=42
Manque de latitude décisionnelle (≥ 5/9 propositions)	5/10 50%	16/26 62%	4/6 66%	25/42 59%
Demande physique	5/10 50%	20/26 77%	4/6 66%	29/42 69%
Demande psychologique (≥ 3/5 propositions)	6/10 60%	15/26 58%	2/6 33%	23/42 55%
Tensions au travail ** individuellement	4/10 40%	21/26 81%	5/6 83%	30/42 71%
Soutien psychosocial (≥ 5/8 propositions)	7/10 70%	23/26 88%	5/6 83%	35/42 83%
Stress au travail *** individuellement	1/10 10%	10/26 38%	2/6 33%	13/42 31%

** La proposition 33 a été traitée avec la demande physique et la demande psychologique*
***Tensions au travail si présence au moins d'un paramètre ci-dessus, selon les scores individuels*
**** Stress au travail évalué en rapprochant les tensions du soutien psychosocial, selon les scores individuels*

La comparaison des résultats dans le tableau 42 est limitée par l'échantillonnage disparate. Néanmoins, il semble que proportionnellement le nombre de soignants vivant un manque de latitude décisionnelle soit équivalent entre les groupes (B : 62% et C : 66%) à un soignant près (A : 50%). Par contre, *la demande physique semble*

concerner proportionnellement plus de soignants ayant de la douleur (B : 77% et C : 66%) que les autres (A : 50%), particulièrement ceux ayant des maux de dos. La demande psychologique du travail concerne aussi d'une façon équivalente les groupes sans douleur (A : 60%) et avec maux de dos (B : 58%), alors que le groupe avec de la douleur ailleurs qu'au dos est moins touché (C : 33%). *Il semble donc que la douleur ne joue pas un rôle dans l'évaluation par les soignants de la demande psychologique du travail et de la latitude décisionnelle.*

Les tensions au travail sont évaluées en fonction des scores individuels au manque de latitude décisionnelle et/ou aux exigences du travail (demandes physique et/ou psychologique). Les résultats du tableau 42 comptabilisent les soignants vivant des tensions au travail, pour comparer les groupes. Ceux ayant de la douleur (B : 21/26 soit 81% et C : 5/6 soit 83%) sont proportionnellement plus nombreux que les autres (A : 4/10 soit 40%) à vivre des tensions au travail. Parmi les soignants vivant des tensions au travail selon l'un au moins des paramètres (30/42), *ceux qui reconnaissent les trois paramètres à la fois (7/30) sont uniquement des soignants ayant de la douleur, surtout des maux de dos* (B : 6/21, C : 1/5) – ceux qui en reconnaissent deux à la fois (18/30) sont proportionnellement répartis entre les groupes (B : 12/21, C : 3/5) à un soignant près (A :3/4) – ceux qui en reconnaissent un à la fois (5/30) se répartissent entre les groupes (B : 3/21, C : 1/5 et A : 1/4).

Le soutien psychosocial est assez bien réparti entre les groupes, il concerne néanmoins un peu plus les soignants ayant de la douleur (B : 88% et C : 83%) que ceux sans douleur (A : 70%), à un soignant près.

Les risques de stress au travail sont évalués pour les soignants au regard de leurs scores individuels sur les tensions au travail et le soutien psychosocial, à la recherche de compensation éventuelle. Les résultats au tableau 42 comptabilisent les soignants concernés par des risques de stress au travail, pour comparer les groupes. Ceux ayant de la douleur (B : 38% équivaut à un soignant près à C : 33%), sont proportionnellement plus nombreux que les autres (A : 10%) à avoir des risques de stress. *Il semble donc que les risques de stress soient plus importants individuellement pour les soignants ayant de la douleur que les autres, parce qu'ils cumulent plus de paramètres de tensions au travail et ceci malgré un score sur le soutien psychosocial un peu meilleur,* comme nous venons de le voir.

1.6 Les risques de stress en région A.T. commentés en contexte

Les comités de suivi de la recherche ont commenté les résultats sur les risques de stress, illustrés par la figure 25 a et b, autour des contextes historiques et politiques vécus en A.T. Les soignants participants à l'entretien en répondant à la question 36 au sujet des difficultés de la manutention de patients liées à l'environnement psychosocial, face au soutien des supérieurs et des collègues, à la latitude décisionnelle et aux exigences de travail, ont ajouté des commentaires sur les risques de stress.

1.6.1 Les risques de stress commentés dans le contexte historique (comités de suivi)

Le contexte historique n'a pas priorisé l'éducation dans une région de colonisation récente, où les besoins fondamentaux (Maslow présenté au chapitre I) étaient à satisfaire. Il fallait *"des bras et des jambes"* pour construire la région, *"la tête passait après"*. Les personnes âgées actuellement dans les CHSLD sont issues de la deuxième génération de colonisateurs et ont reçu une éducation minimale, dite insuffisante. Ces personnes ont par conséquent, *"des difficultés à comprendre leur état", "à exprimer leurs besoins", "à communiquer avec les autres"*, ce qui augmente leur non-coopération aux soins qui leur sont dispensés par les soignants, expliquent les uns. Le fait de vivre dans une petite communauté ne donne *"pas l'habitude d'attendre"* et crée *"l'exigence d'être servi rapidement"*, soulignent les autres. Les patients en CHSLD sont présentés par les soignants comme *"des clients qui montrent souvent de l'impatience et de l'incompréhension vis-à-vis des soignants débordés de travail"*. De plus, ces personnes ont *"généralement connu la violence dans leur milieu de vie"* et *"la reproduisent malgré elles"*, chuchotent les soignants dans un comité de suivi. *"On peut excuser les patients qui sont en perte cognitive"*, mais pas ceux qui *"ont encore toute leur tête"*. Ce manque d'éducation des gens est dit soutenir la demande psychologique élevée du travail des soignants dans les CHSLD en A.T.

"Le contexte historique et le profil psychologique des générations" de soignants (chapitre III.1) est avancé pour expliquer le bon soutien psychosocial en région A.T. : sens du devoir, du service et de l'entraide. Néanmoins, *"l'entraide semble diminuer au fil du temps"* d'où un stress réel *"sûrement plus élevé qu'annoncé"*, selon les commentaires entendus dans tous les comités de suivi.

1.6.2 Les risques de stress commentés dans le contexte politique (comités de suivi, en marge de la question 36 de l'entretien)

Le contexte politique des deux fusions (chapitre III.1) est directement lié à la pénurie financière et humaine et est à l'origine d'une nouvelle organisation du travail. Il *est dit responsable de l'augmentation de la demande physique du travail* des soignants dans les CHSLD en A.T., par les comités de suivi de la recherche et par les soignants participants lors de l'entretien (en marge de la question 36 sur l'environnement psychosocial). Il impose un quota patients/soignant exigeant, plus élevé que celui des grands centres urbains (11 en moyenne au lieu de 8), comme nous l'avons vu au chapitre III.2. Les soignants en entretien ajoutent que l'organisation du travail *"privilégie les coupures de personnel au détriment de la qualité des soins", "la quantité excessive de travail mine la qualité"* et *" quantité ne rime pas avec qualité"*. C'est ce qui heurte leurs valeurs et perturbe le sens qu'ils donnent au travail (chapitre III.2) et crée une insatisfaction au travail face aux exigences physiques élevées du travail.

Le contexte politique des deux fusions (chapitre III.1) a amené le *"maintien des*

personnes âgées le plus longtemps possible à domicile", avec "les aidants naturels" et le service du CLSC. La perte d'autonomie de ces personnes commence au domicile, faute de places dans des Établissements de Ressources Intermédiaires. Elles manquent alors de stimulations spécifiques (isolement) et d'interventions professionnelles. Les comités de suivi expliquent et confirment que ces personnes âgées arrivent en CHSLD déjà très dépendantes et sans l'habitude d'être stimulées, d'où *une charge physique et psychologique du travail élevée* pour les soignants des CHSLD en A.T.

Le contexte politique des deux fusions a souligné *la pénurie de professionnels en soins spécialisés* (physiothérapie, ergothérapie, art-thérapie, psychologie, chirurgie). Alors, le manque d'autonomie des personnes âgées est aggravé, ainsi que leur douleur et leur souffrance avec des conséquences comportementales, commentent les soignants en entretien en marge de la question 36. La *demande physique et psychologique du travail pour les soignants des CHSLD en A.T. est dite alors augmentée.*

1.7 Les difficultés de manutention de patients liées à l'environnement psychosocial, source de stress au travail (question 36, entretien)

Les difficultés de la manutention de patients liées à l'environnement psychosocial ont été documentées dans l'entretien, avec les mêmes paramètres que ceux de la deuxième partie du questionnaire. En effet, la question 36 interrogeait les soignants participants sur le "support des supérieurs ou des collègues", sur "la latitude décisionnelle" et "les exigences du travail" vécus dans l'environnement psychosocial du travail lors de la manutention de patients. Le tableau 43 tente de rapprocher les résultats du questionnaire et de l'entretien, bien que la comparaison soit discutable.

Tableau 43 : Rapprochement des résultats des soignants participants de 3 CHSLD en A.T. sur les causes de stress au travail (questionnaire, n=42) et sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement psychosocial (entretien, n=30).

% de soignants participants * Paramètres d'évaluation des risques de stress	Questionnaire (sur l'activité de travail en général) n= 42	Entretien (sur les difficultés à la manutention de patients) n=30
Manque de latitude décisionnelle	25/42 59%	12/30 40%
Demande physique élevée	29/42 69%	8/30 27%
Demande psychologique élevée	21/42 50%	13/30 43%
Manque de soutien psychosocial	7/42 17%	28/30 93%

** chaque soignant pouvait donner plusieurs réponses sur chaque paramètre*

Les résultats de l'entretien mettent en évidence la présence de difficultés

psychosociales à la manutention de patients chez 29/30 soignants en 109 réponses. Dans le tableau 43, nous remarquons que le manque de soutien (63/109 réponses, 28/29 soignants) concerne plus de participants que les exigences de travail élevées (27/109 réponses, 16/29 soignants) et le manque de latitude décisionnelle (19/109 réponses, 12/29 soignants). Le mot stress a été prononcé huit fois, associé à un des paramètres des difficultés psychosociales de la manutention de patients. Parmi les réponses au sujet du manque de support, les supérieurs sont visés 33 fois alors les collègues le sont 23 fois. En plus, le manque de soutien des patients est cité 4 fois et celui de leur famille 3 fois.

Les soignants participant à l'entretien qui donnaient le *plus* de réponses au sujet *des difficultés psychosociales à la manutention de patients avaient tous de la douleur au moment* de l'entretien (18/30 soignants font 87/109 réponses), *particulièrement des maux de dos* (11/18 soignants font 69/87 réponses). Dans la littérature médicale, les facteurs psychosociaux sont dits avoir plus d'impact sur les douleurs proximales (bas du dos, épaule), que sur les douleurs distales (tête et cou, mains et pieds) (Navez, 2000). Cette étude le confirme pour ceux qui ont des lombalgies (6/11 soignants ayant des maux de dos font 54/69 réponses) et des cervicalgies (2/11 soignants ayant des maux de dos font 7/69 réponses) au moment de l'entretien. De même, pour ceux qui ont des douleurs au niveau des épaules (3/7 soignants ayant de la douleur ailleurs qu'au dos font 13/18 réponses) et ceux ayant des douleurs aux mains ou aux pieds (3/7 soignants ayant des douleurs ailleurs qu'au dos font 4/18 réponses) au moment de l'entretien.

1.8 Des difficultés de manutention de patients liées à l'organisation du travail et à l'environnement psychosocial, source de souffrance au travail

En entretien, la contrainte de temps et la monotonie du travail sont mises en évidence parmi les difficultés de manutention de patients liées à l'organisation du travail (question 18). Ces deux paramètres ont été associés à la souffrance des soignants par les signes extérieurs relevés au moment : soupirs, poings serrés, traits tirés et mâchoires crispées, paroles précipités et voix fortes, tics nerveux, tremblement des doigts, sourcils froncés, teint subitement rouge, larmes au coin de l'œil. En entretien, la violence des patients était nommée dans les difficultés de manutention de patients liées à l'environnement psychosocial et associée directement à la souffrance (en marge de la question 36).

1.8.1 **La contrainte de temps** et la monotonie du travail (question 18 entretien)

Nous avons déjà vu au début de l'entretien (chapitre III.2), que la contrainte de temps est une difficulté générale au travail, citée par 60% des participants (18/30). A l'occasion de la section sur les difficultés de la manutention de patients liées à l'organisation du travail, l'entretien allait nous en apprendre davantage en ouvrant à commentaire par l'intitulé "autres" en question 18. En effet, les soignants participants

se plaignaient de la contrainte de temps imposée par l'organisation du travail (15/18) contrainte dite *''conséquence de la surcharge de travail'' ou ''indissociable de la charge de travail''*. Et certains d'entre eux (12/15) dénonçaient clairement la contrainte de temps comme étant à l'origine de leurs difficultés physiques de l'activité de manutention de patients (12/30, 40% des soignants participants à l'entretien).

Les réponses à la question 18 de l'entretien confirmaient *le lien fait par les soignants entre la contrainte de temps et la surcharge de travail, particulièrement pour la manutention de patients.* Elle allait nous permettre de mettre en évidence *la monotonie du travail liée à la répétitivité de la manutention de patients* (16/30). La monotonie est vécue comme une contrainte par les soignants les plus jeunes (5 des générations X et Y) et appréciée par les participants les plus âgés (11 de la génération des baby-boomers). La monotonie d'un travail répétitif est dite présente *''dans les plans de travail et les plans de soins'', ''les protocoles et les consignes'', ''le fait de s'occuper de patients hospitalisés en longue durée, jusqu'à leur mort''.*

La contrainte de temps et la monotonie du travail semblent être vécues par les soignants en termes de souffrance au travail. En effet, même si le mot souffrance n'a pas été dit par les soignants en entretien, leurs réponses étaient accompagnées de signes extérieurs de souffrance (14/30 participants) : tics nerveux, grimaces, soupirs, mâchoires serrées et lèvres pincées, jurons .... Les pulsations cardiaques n'ont malheureusement pas été relevées à ce moment-là pour relier la souffrance (psychologique) à des manifestations physiques.

1.8.2 La violence des patients (en marge de la question 36, entretien)

La violence est un sujet abordé du bout des lèvres par les soignants participant à l'entretien en marge de la question 36 sur les difficultés de l'environnement psychosociale à la manutention de patients. En effet, par le biais du manque de soutien et des exigences élevées du travail de manutention de patients ayant un impact sur l'environnement psychosocial, le mot violence est prononcé par 4/30 soignants participant à l'entretien. Cette violence des patients est dite *''sous-jacente au climat d'insatisfaction des patients et de leurs familles''* et aussi *''beaucoup plus importante que ce qu'on peut en dire''. ''Hématomes, griffures, côtes fêlées, pied cassé, qui dit mieux?''*

Dans l'enquête Santé-Québec, 27% du personnel infirmier reconnaît avoir été agressé physiquement par des patients (2005). Ce qui laisse supposer que la réalité de la violence physique et verbale sur le terrain dans les CHSLD en A.T. est probablement plus importante que ce qui a été avoué en entretien. Un entretien d'une soignante de la région à la radio nationale en région allait aussi dans ce sens.

2 LES MANIFESTATIONS DU STRESS AU REPOS

Les manifestations du stress ont été évaluées en entretien par le support appelé Mesure de Stress Psychologique (MSP, annexe C), un jour de repos. Elles ont été rapprochées des risques de stress au travail évalués dans le questionnaire, participant par participant.

2.1 La Mesure de Stress Psychologique (entretien, question 8)

A la question 8 de l'entretien, le stress était à évaluer en pourcentage en fonction de l'état des soignants participants au moment de l'entretien. Une autoévaluation informelle a précédé le remplissage du support MSP, une vingtaine de minutes après le début de l'entretien, en présence de la chercheuse. Les scores individuels des soignants participants, sur les 53 affirmations cotées de 1 à 8, ont été calculés comme nous l'avons vu dans la méthodologie (alinéa 6.3.2, chapitre III.2) et transformés en pourcentage de stress du moment (au repos). Les résultats de l'ensemble des soignants participant à l'entretien situent *la moyenne des scores à 28% (minimum 6% et maximum 59%)*.

Les résultats du MSP sont présentés dans le tableau 44, en pourcentage de soignants dont le score situe le niveau de stress au repos de part et d'autre de la limite des 30% (alinéa 6.3.2, chapitre III.2). Ils montrent un *niveau élevé de stress au repos (≥30%) chez 37% des soignants participants (11/30)*, qui ont presque tous des maux de dos (10/11).

Tableau 44 : Les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. et leur pourcentage de stress au repos (entretien)

Pourcentage de stress au repos					
	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants *			Total
		A	B	C	
Bas ≤30%	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	4	0	4
	45-60	3	6	4	13
	Total	**3**	**12**	**4**	**19**
Élevé ≥30%	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	4	0	4
	45-60	1	4	0	5
	Total	**1**	**10**	**0**	**11**
	Grand total	4	22	4	30

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusifs), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*

Chaque résultat individuel du stress au repos a été calculé à la fin de l'entretien par la chercheuse et comparé, en présence du soignant concerné, avec son auto-évaluation (95% de concordance). A l'annonce des résultats, quatre soignants ont fait des commentaires spontanément pour justifier leur score, ils se disaient ''*anxieux de*

nature". Sept autres expliquaient l'existence d'un *stress personnel et familial* : en retrait préventif car enceinte, un mari accidenté en arrêt de travail prolongé, un divorce tardif et compliqué, une jeune adulte handicapée à la maison, un travail de nuit et un manque de sommeil le jour avec des adolescents bruyants à la maison, un conjoint à aider au travail et 4 enfants en bas âge à la maison. De plus, quatre d'entre eux mentionnaient *"un stress d'anticipation du travail",* particulièrement la veille au soir de la reprise d'un cycle de travail, exclusivement ceux ayant eu le score le plus élevé.

En comparant les groupes de soignants participants, nous remarquons que ceux qui ont eu des maux de dos dans l'année, sont plus concernés par un niveau de stress élevé (groupe B : 10/22, 45%) que les autres. Ils avaient tous de la douleur au moment de l'entretien, à une exception près (10/11).

En comparant les générations de soignants, nous remarquons que le niveau de stress élevé concerne un quart des soignants de la génération des baby-boomer (5/18), celle qui a le plus de maux de dos (chapitre III.4). Le niveau de stress élevé concerne la moitié des participants des autres générations (Y : 2/4 et X : 4/8), avec un échantillonnage disparate limitant la comparaison.

2.2 Comparaison entre les manifestations de stress et les risques de stress (questionnaire, entretien)

Nous avons vu au paragraphe 1 de ce chapitre que le risque de stress individuel pour les soignants participant au questionnaire est de 31% de l'échantillon (13/42). Il s'agit de risques de stress au travail évalués à partir du manque de latitude décisionnelle et des exigences physiques et psychologiques du travail, non compensés par un bon soutien psychosocial. Nous venons d'évaluer les manifestations du stress du moment pour les soignants participant à l'entretien et ayant tous répondu au questionnaire. Le pourcentage manifeste de stress excessif (≥30%) au repos concerne 37% de l'échantillon de soignants en entretien (11/30).

En comparant ces résultats soignant par soignant, nous remarquons que parmi les 13 soignants ayant eu un risque de stress évalué ciblé dans le questionnaire, neuf d'entre eux ont participé à l'entretien. Sur ces neuf soignants, huit manifestaient un stress évalué par le MSP au moment de l'entretien. Deux autres participants à l'entretien, non ciblés à risque de stress au moment du questionnaire, avaient un score de stress élevé au MSP. Leurs commentaires visaient le stress personnel et familial.

2.3 Comparaison entre le "en avoir plein le dos" évalué en fonction du stress et les maux de dos (questionnaire, entretien)

Les résultats précédents permettent de comparer le "en avoir plein le dos" (douleur psychologique) en fonction des risques et des manifestations du stress, avec les maux de dos (douleur physique). Dans le questionnaire, la douleur dans l'année

concernait 32/42 participants, dont 28 ont des maux de dos (chapitre III.4) et le risque de stress au travail 13/42 participants, dont 10 ont des maux de dos (chapitre III.5). Nous pouvons donc dire que *les maux de dos concernent presque trois fois plus de soignants que le "en avoir plein le dos" évalué par le risque de stress au travail.*
Au moment de l'entretien, la douleur concernait 18/30 participants, dont 11 avaient des maux de dos (chapitre III.4) et les manifestations excessives de stress 11/30 participants, dont 9 avaient des maux de dos (chapitre III.5). Nous pouvons dire qu'au moment de l'entretien - *le "en avoir plein le dos" évalué par les manifestations excessives de stress atteint autant de soignants* (tableau 44 : 11/30) *que les* maux de dos (11/30).

3 LES CONSÉQUENCES DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Les conséquences de la souffrance au travail se regardent d'abord dans les résultats statistiques des arrêts de travail pour maladie. Lors de l'investigation préliminaire, les cadres s'inquiétaient de *"l'augmentation des arrêts pour maladie mentale"* et supposaient que certains *"arrêts pour maux de dos n'en étaient pas vraiment"*. Les soignants et les syndicats, aux mêmes moments, disaient que le *"seuil de tolérance à la douleur était dépassé"*, à cause de *"l'aggravation des conditions de travail"*. Le "en avoir plein le dos" semblait donc dominer les maux de dos dans le contexte présent du travail dans les CHSLD en A.T. Par conséquent, dans l'entretien la satisfaction au travail a été évaluée à la fin de chaque paragraphe, en suivant le modèle POETE (chapitre I).

3.1 Lien entre la souffrance et la douleur (questionnaire, entretien)

Lors du questionnaire, nous avons vu que de *la souffrance (psychologique) pouvait s'ajouter à la douleur (physique)*, lorsqu'une composante psycho-comportementale s'ajoutait à la composante sensori-discriminative, chez 26/42 des participants (chapitre III.4). Et nous venons de voir que *la douleur peut s'ajouter à la souffrance*, lorsque le manque de latitude décisionnelle et les exigences élevées du travail se combinent pour créer des tensions (22/42). Les tensions sont physiques avec les troubles musculo-squelettiques (TMS) incluant les maux de dos et psychologiques sous forme de stress, selon Karasek (1990).

Dès le début de l'entretien, les conséquences de la souffrance au travail étaient présentes dans les commentaires des soignants participants sur les difficultés générales du travail (chapitre III.2). Ensuite, sur les difficultés spécifiques de la manutention de patients le "en avoir plein le dos" étaient cité dans les paragraphes traitant des difficultés liées à l'organisation du travail et à l'environnement psychosocial, par un plus grand nombre (10/30) que les maux de dos dans le paragraphe traitant des difficultés liées à la personne (4/30). Par conséquent, *la souffrance est plus exprimée que la douleur par les soignants ayant des difficultés spécifiques de manutention de patients.*

"Je viens de prendre une année sabbatique en espérant une amélioration de l'organisation du travail en mon absence, mais rien n'a changé".
''On n'a même pas le droit de réagir au travail, pour se faire respecter par le client qui est roi maintenant".

Dans le contexte présent du travail des soignants des CHSLD en A.T., l'actualité touche régulièrement l'approche psychologique de la situation de travail (articles de journaux locaux, informations à la radio).

3.2 La souffrance et l'insatisfaction au travail (entretien)

Dans l'entretien, à la fin de chaque paragraphe sur les difficultés spécifiques de la manutention de patient, une question sur la satisfaction de la qualité était posée. Il s'agissait de la qualité d'être, de l'organisation, des équipements, de la technique de travail, de l'environnement. Le "oui" ou le "non" ouvraient alors à commentaires, et relativisaient le contenu de chaque paragraphe de l'entretien, monté sur le modèle POETE (chapitre I).

Les résultats ont été inversés pour évaluer l'insatisfaction de la qualité au travail (figure 24) qui concerne globalement 73% des participants à l'entretien (22/30) dans les CHSLD participants en A.T. Six soignants sont insatisfaits de la qualité au travail évaluée au sujet de tous les paramètres du modèle POETE. Huit soignants sont satisfaits de la qualité au travail évaluée au sujet de tous les paramètres du modèle POETE. Les 16 autres participants à l'entretien sont partiellement insatisfaits de la qualité du travail, en fonction des paramètres du modèle POETE..

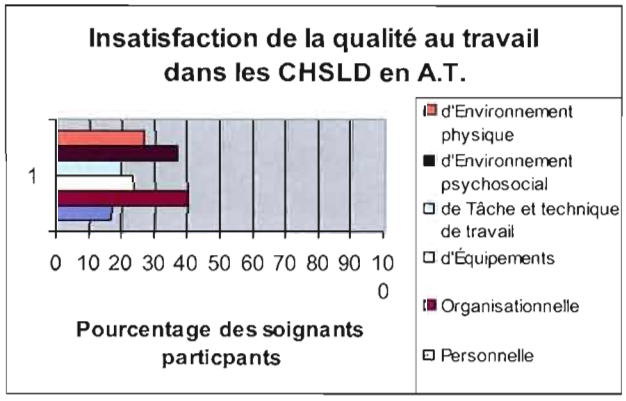


Figure 26 : Les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. et l'insatisfaction de la qualité au travail classée selon le modèle POETE (entretien)

Les commentaires des soignants sur leur insatisfaction de la qualité du travail sont présentés pour chaque section de l'entretien, montée selon le modèle POETE. L'insatisfaction de la qualité :
- d'être au travail (4/30 participants) est liée à la douleur et à la souffrance : modification des humeurs, frustrations et non reconnaissance;

- de l'organisation du travail (12/30 participants) vise surtout le manque de personnel et de temps;
- des équipements de travail (7/30 participants) porte sur les achats non concertés, sur les choix non éclairés;
- de la technique de travail (5/30 participants) met l'accent sur le PDSB souvent non applicable sur le terrain, et l'absence de prévention des soignants. C'est seulement lorsque la douleur est présente, que les soignants prennent conscience de l'importance de la prévention des efforts excessifs en position contraignante, disent-ils;
- de l'environnement physique du travail (8/30 participants) porte sur les anciens bâtiments non conçus pour la clientèle actuelle, et sur les bâtiments neufs qui n'ont pas répondus aux attentes des soignants;
- de l'environnement psycho-social (11/30 participants) au travail augmente le stress lié aux difficultés relationnelles avec les patients et leurs familles, les collègues et les supérieures.

Cette insatisfaction de la qualité au travail (22/30) est dit *''annoncer la souffrance au travail''* (16/30) et/ou *''suivre la souffrance au travail''* (14/30). *L'insatisfaction de la qualité est donc une cause et/ou une conséquence de la souffrance au travail. ''Insatisfaction de la qualité face à la quantité''. ''Insatisfaction de la qualité au travail faute de soutien''* psychosocial.

Les conséquences de cette insatisfaction de la qualité au travail annonce *''un arrêt de travail''* (7/22) ou *''un changement de métier''* (3/22), soit un comportement de fuite. Elles sont dénoncées par les soignants participants (4/22) qui nomment des collègues ayant un comportement d'immobilisme et *''qui devraient s'arrêter de travailler une fois pour toute''*, ou *''être mis dehors''* (chapitre III.4). Ces dernières n'ont pas participé à la recherche.

En résumé, ce chapitre nous confirme que

- les facteurs psychosociaux ont plus d'impact sur les douleurs proximales (bas du dos, épaule), que sur les douleurs distales (cou, mains et pieds) (alinéa 1.7)
- de la douleur s'ajoute à la souffrance, lorsqu'aux exigences élevées du travail s'ajoute un manque de latitude décisionnel à l'origine de tensions physiques et psychologiques au travail (alinéa 3.1)

En résumé ce chapitre nous porte à penser que :

- le manque de latitude décisionnelle est plus important pour les préposés et les auxiliaires que pour les infirmières (alinéa 1.1)

- les exigences du travail partout et pour tous les soignants sont en général plus physiques que psychologiques (50% des réponses) (alinéa 1.2)

- l'introduction du concept d'*Humanitude* ne semble pas avoir d'impact sur la demande psychologique du travail des soignants en CHSLD (alinéa 1.2)
- la demande physique et psychologique du travail pour les soignants des CHSLD en A.T. est dit augmentée par le contexte politique actuel (alinéa 1.6)
- le soutien psychosocial des soignants par leurs supérieurs est moins élevé que par leurs collègues (alinéa 1.3)
- le soutien psychosocial des collègues est équivalent pour les préposés et pour les auxiliaires (alinéa 1.3)

- les tensions au travail dans les CHSLD en région A.T. sont compensées globalement par le bon soutien psychosocial, contrairement aux résultats du Québec de l'Enquête Santé (2005) (alinéa 1.4)
- les risques de stress au travail en région sont absents au niveau collectif (sur l'ensemble des réponses) et non pas au niveau individuel (par score de chaque participant) (alinéa 1.4)
- le stress réel est dit plus élevé que le risque de stress évalué (alinéa 1.4)
- le risque de stress au travail est évalué à 31% (13/42) de l'échantillonnage du questionnaire alors qu'un stress élevé se manifeste au moment de l'entretien pour 37% de l'échantillonnage (11/30) (alinéa 2.1)
- ce stress du moment est dit recouvrir le stress personnel et familial et le stress d'anticipation du travail, non pas réellement le stress au travail (alinéa 2.1)

- les maux de dos concernent presque trois fois plus de soignants que le "en avoir plein le dos" évalué par le risque de stress au travail (alinéa 2.3)
- le "en avoir plein le dos" évalué par les manifestations excessives de stress atteint autant de soignants que les maux de dos (alinéa 2.3)

- la contrainte de temps et la monotonie du travail sont dites sources de stress au travail (difficultés de manutention de patients liées à l'organisation du travail) (alinéa 1.7)
- la violence des patients sur les soignants est dite source de souffrance au travail (difficultés de manutention de patients liées à l'environnement psychosocial) (alinéa 1.7)
- l'insatisfaction de la qualité au travail vise surtout l'organisation et l'environnement psychosocial du travail (alinéa 3.2)
- l'insatisfaction de la qualité est dite une cause et/ou une conséquence de la souffrance au travail (alinéa 3.2)

En résumé sur ce chapitre pour la troisième hypothèse

La troisième hypothèse qui stipulait que : "*Les difficultés psychosociales* (souffrance) *vécues par les soignants des CHSLD en A.T. sont aussi importantes pour eux que les difficultés musculo-squelettiques* (douleur), *lors de la manutention de patients par les soignants restant au travail avec des maux de dos*" est soutenue par quelques résultats.

- de la souffrance s'ajoute à de la douleur lorsque les maux de dos évoluent vers la chronicité (alinéa 3.1)
- la demande physique du travail semble concerner plus de soignants ayant de la douleur que les autres (alinéa 1.5)
- la douleur ne semble pas intervenir dans l'évaluation par les soignants de la demande psychologique du travail et de la latitude décisionnelle (alinéa 1.5)

- les soignants qui reconnaissent le manque de latitude décisionnelle et les exigences physique et psychologique du travail à la fois sont uniquement des soignants ayant de la douleur (alinéa 1.5)

- les risques de stress semblent plus importants individuellement pour les soignants ayant de la douleur que pour les autres, parce qu'ils cumulent plus de paramètres de tensions au travail et ceci malgré un score sur le soutien psychosocial un peu meilleur (alinéa 1.5)
- les soignants qui donnaient le plus de réponses au sujet des difficultés psychosociales à la manutention de patients avaient tous de la douleur au moment (alinéa 1.7)
- les soignants qui ont des maux de dos présentent un stress au repos (MSP) plus élevé que les autres (alinéa 2.1)

- la souffrance semble plus exprimée que la douleur par les soignants ayant des difficultés spécifiques de manutention de patients (alinéa 3.1).

CHAPITRE III.6

LES RÉSULTATS

Les difficultés spécifiques des soignants au travail selon leurs caractéristiques personnelles et l'organisation du travail, les équipements et l'environnement physique

Dans ce chapitre sont présentées les difficultés spécifiques des soignants au travail, selon leurs caractéristiques personnelles, l'organisation particulière du travail, les équipements et l'environnement physique. Ces derniers résultats, issus du questionnaire et de l'entretien, complètent ceux des chapitres III.3 et III.5 sur les difficultés physiques de la tâche et de la technique de manutention de patients et sur les difficultés psychosociales de l'environnement. Cette description de l'ensemble de la situation de travail des soignants des CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue permet de comprendre les difficultés vécues par les soignants qui restent au travail, selon le deuxième objectif de cette étude.

Ces derniers résultats sur les difficultés spécifiques des soignants au travail, classés en suivant le modèle POETE (chapitre I), sont principalement issus de l'entretien. Néanmoins, ils s'appuient sur des résultats plus généraux, issus de l'investigation préliminaire et du questionnaire. En entretien, chaque partie du modèle était introduite d'une façon générale "oui/non" puis approfondie dans les détails, en fonction des paramètres choisis (questions fermées) commentés (questions ouvertes). Chaque question pouvait recevoir plusieurs réponses par soignant et plusieurs commentaires. Ces résultats sont présentés sous forme de tableaux (% de réponses et de commentaires) et de figures (% de soignants concernés) globalement pour chaque variable et spécifiquement pour chaque paramètre.

1 LES DIFFICULTÉS À LA MANUTENTION DE PATIENTS LIÉES AUX CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES SOIGNANTS

En entretien, la recherche de l'existence de difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants est introduite par un oui/non (tableau 45). Les caractéristiques personnelles ont été nommées et détaillées en termes de caractéristiques physiques (poids, taille, âge, sexe, autres), état de santé physique ou psychologique (douleur, capacité, fatigue, faiblesse musculaire, stress, humeur, hérédité ou antécédents, autres) et hygiène de vie (tabac ou drogue, alcool ou café, alimentation et sommeil, sports et loisirs, vacances et autres). La figure 26 illustre globalement ces résultats spécifiques expliqués dans les alinéas suivants.

Tableau 45 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles de 30 soignants participants dans 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants (entretien)					
	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	30-44	0	1	0	1
	45-60	2	2	3	7
	Total	**2 (50%)**	**4 (18,18%)**	**3 (75%)**	**8 (26,66%)**
Oui	18-29	0	4	0	4
	30-44	0	7	0	7
	45-60	2	8	1	11
	Total	**2 (50%)**	**19 (86,36%)**	**1 (25%)**	**22 (73,33%)**
	Grand total	4	22	4	30

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), génération X (8) et baby-boomer (18)*

Dans le tableau 45, en réponse au oui/non, nous remarquons que *les deux tiers des soignants* (22/30 participants) *reconnaissent avoir des difficultés à la manutention de patients* liées à leurs caractéristiques personnelles, *particulièrement ceux ayant des maux de dos (groupe B) (19/22).* De plus, les quatre soignants de la génération Y

(18-29 ans) ont rapporté avoir des difficultés à la manutention de patients liées à leurs caractéristiques personnelles, alors que moins des deux tiers des baby-boomer (45-60 ans) le mentionne (11/18 soignants).

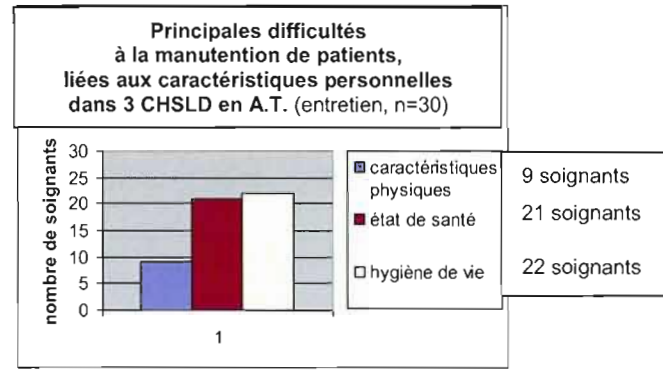


Figure 27 : Principales difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants, selon 22/30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Par la figure 27, nous comprenons que *les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques physiques (9/30)* sont visées par moins de soignants que celles reliées à *leur état de santé (21/30) et à leur hygiène de vie (22/30).*

1.1 Les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques physiques des soignants (question 9 de l'entretien)

Les résultats de l'entretien, sur les difficultés de manutention de patients *liées aux caractéristiques physiques des soignants*, sont présentés en termes de sexe, d'âge et de données anthropométriques (taille et poids) nommés explicitement. L'indice de masse corporelle (IMC), qui rapproche ces dernières, est calculé pour chaque participant et comparé à la classification de l'OMS (International Obesity Task Force).

1.1.1 Le sexe

Selon les résultats de l'investigation préliminaire (chapitre III.1), la faible représentativité des hommes dans le métier (8% du personnel infirmier au Québec) se retrouve dans la population de référence de cette étude (16% des soignants des CHSLD participant en A.T.) et dans l'échantillon des soignants reçus en entretien (7% des soignants en entretien). Selon les résultats du questionnaire (chapitres III.4 et III.5), la douleur physique et la souffrance psychologique des soignants au travail sont présentes chez les femmes comme chez les hommes. Néanmoins, par les résultats de l'entretien nous avons appris (chapitre III.2) que *les manutentions de patients les plus difficiles physiquement sont dites effectuées en priorité par les hommes, bien qu'ils fassent théoriquement le même travail que les femmes.*

À la question 9 de l'entretien, au sujet des *difficultés de manutention de patients liées au sexe,* nous remarquons que le sexe n'est mentionné par aucun participant (2 hommes et 28 femmes).

1.1.2 L'âge

Selon les résultats du questionnaire sur la douleur, nous avons vu qu'elle ne concerne pas spécifiquement une tranche d'âge chez les soignants. En effet, la douleur est répartie dans toutes les générations au travail (chapitre III.4, alinéa 1.1), et sa chronicité également possible (alinéas 1.3 et 1.4). Malgré la faiblesse de l'échantillonnage (nombre de participants et disparité des groupes d'âge), nous pouvons appuyer l'affirmation de Navez (2000) sur l'absence de lien significatif entre la douleur et l'âge, en termes de présence et de chronicité.

En entretien, à la question 9 au sujet des *difficultés de manutention de patients liées à l'âge,* l'absence de réponse des soignants confirme leur perception que l'âge n'est pas directement un facteur significatif. Néanmoins, des soignantes relient à leur âge le fait d'avoir des bouffées de chaleur et se plaignent alors qu'elles augmentent indirectement leurs difficultés à la manutention de patients, au niveau physique et psychologique (4/30).

Au cours de l'entretien, nous avons vu que les difficultés physiques à la manutention de patients sont variables selon les tranches d'âge (chapitre III.3, tableaux 22, 24 et 26). Par exemple, les baby-boomers semblent vivre plus de difficultés que les autres pour les transferts et les levers, lorsque les efforts sont imprévus ou liés à des postures contraignantes, lorsque les efforts sont répétés et durent, lorsque les mouvements sont fréquents. *Bien que les manutentions de patients les plus difficiles soient théoriquement répartis entre les soignants* (selon les cadres vus en investigation préliminaire), *il n'en est pas de même en pratique* (selon les soignants en entretien, question 9). En effet, nous apprenons au sujet des cas dits lourds, physiquement ou psychologiquement, les soignants *"les plus âgées s'en dispensent", "pour se ménager" ou "par ancienneté"* (selon 3/30 participants).

1.1.3 Les données anthropométriques (poids, taille)

Les données anthropométriques que sont la taille et le poids interviennent en ergonomie dans l'évaluation des difficultés de l'activité de travail. Elles ont été demandées au début du questionnaire et de l'entretien. En entretien, à la question 9 au sujet des *difficultés de manutention de patients liées à la taille et au poids,* elles ont été retenues par moins du tiers des soignants (9/30 participants). Dans le tableau 46, nous observons que ceux qui reconnaissent avoir des difficultés liées à leur physique (taille, poids) ont des maux de dos (groupe B), sauf une soignante qui a mal aux pieds (groupe C). Néanmoins, la faiblesse de l'échantillonnage (nombre de participants et nombre de soignants sans maux de dos) ne permet pas d'utiliser ces résultats.

Tableau 46 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées à la taille et/ou au poids, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 9, 30 réponses)

Q9. Selon les données anthropométriques (entretien)					
	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Aucune réponse	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	3	0	3
	45-60	4	8	3	15
	Total	**4 (100%)** 4 soignants	**14 (63,64%)** 14 soignants	**3 (75%)** 3 soignants	**21 (70%)** 21 soignants
Réponses	18-29	0	1	0	
	30-44	0	5	0	
	45-60	0	2	1	
	Total	0	**8 (36,36%)** 8 soignants	**1 (25%)** 1 soignant	**9 (30%)** 9 soignants
	Grand total	4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Poids (excès)	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	1	1	2
	Total	**0**	**3 (13.64%)**	**1 (25%)**	**4 (13.33%)**
Taille (petite ou grande)	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	0	1	0	1
	Total	**0**	**5 (22.73%)**	**0**	**5 (16.67%)**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos) générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

La taille moyenne des participants à l'entretien est de 1,64 m (entre 1,50 et 1,78 m) et le *poids* moyen de 74,7 kg (entre 49 et 102 kg). *L'excès de poids* est cité par 4/9 participants reconnaissant les difficultés à la manutention de patients liées aux données anthropométriques. Ces soignants relient leur excès de poids au stress et au déséquilibre alimentaire engendré par les horaires de travail (organisation du travail). La petite taille est citée par quatre participants (4/9) reconnaissant les difficultés à la manutention de patients liées aux données anthropométriques et mesurant entre 1,50 m et 1,55 m. Un seul soignant de grande taille (1,78m) relie cette donnée anthropométrique à ses difficultés à la manutention de patients. Son commentaire à la question 9 de l'entretien spécifie qu'il travaille avec des plus petits, *"en ajustant la hauteur des lits électriques pour eux"* et non pas à la position intermédiaire, comme cela est recommandé dans le PDSB.

1.1.4 L'Indice de Masse Corporelle

Dans la littérature, le poids n'est généralement pas retenu comme étant un facteur de risque de lombalgie, mais l'IMC (poids/taille²) est reconnu avoir une incidence sur les maux de dos chronique (Statistique Canada, 2006). Bien que le rapport taille/hanches soit de plus en plus utilisé au niveau médical pour évaluer la fréquence des

lombalgies en douleur chronique, l'IMC reste un déterminant régulièrement étudié en recherche. Les catégories nord américaines de l'IMC ont été appliquées aux participants de cette étude : normal à subnormal entre 18,5 et 24,9 kg/m², surcharge pondérale entre 25 et 29,9 kg/m², obésité au dessus de 30 kg/m².

Dans cette étude, le questionnaire mettait en évidence que moins du tiers des soignants (12/42 participants) présentait à la fois un IMC excessif (≥25 kg/m²) et avait souffert de lombalgies dans la dernière l'année. Ces 12 soignants ont tous participé ensuite à l'entretien (12/30 participants) : six d'entre eux, toujours en excès de poids, avaient une lombalgie au moment de l'entretien (6/12 participants) – les six autres, toujours en excès de poids, n'avaient pas mal au dos au moment de l'entretien (6/12 participants). Parmi les autres soignants ayant participé à l'entretien (18/30 participants), sept d'entre eux avaient un IMC normal (≤25 kg/m²) et à la fois des maux de dos (7/18), notamment des lombalgies simple ou multiple (5/30 participants) (chapitre III.4, alinéa 3.1). En entretien, un participant sans douleur avait un IMC excessif (≥25 kg/m²) et un participant sans douleur avait un IMC normal (≤25 kg/m²). Par conséquent, nous ne pouvons *pas dire que le poids excessif est un facteur de risque de lombalgie, par les résultats de cette étude.*

Le nombre de soignants ayant un IMC excessif (≥25 kg/m²) dans la population des 3 CHSLD participants en A.T. (71% des soignants, selon les statistiques internes) est particulièrement important comparé à celui du personnel infirmier répondant à l'Enquête Santé-Québec (52,6% des participants). L'IMC des soignants participants dans la région est compris en moyenne entre 27 et 28 (18,92 minimum et 41,28 maximum). Il dépasse 25 kg/m² pour 67% *de l'échantillonnage du questionnaire* (28/42) *et pour 73% de l'échantillonnage de l'entretien* (22/30). L'obésité franche (≥ 30 kg/m²) concerne presque le tiers des participants du questionnaire (13/42) et de l'entretien (9/30).

Nous avons vu que les difficultés de manutention de patients liées à l'excès de poids sont reconnues par quatre participants à l'entretien. Pourtant, le calcul de l'IMC révèle *que presque les trois quarts des participants à l'entretien (22/30) ont un indice de masse corporelle trop élevé.* Une idée fausse est répandue chez de nombreux soignants : *"plus l'IMC est important plus on a de la force"* pour faire de la manutention de patients, toute génération confondue.

1.2 Les difficultés à la manutention de patients, liées à l'état de santé des soignants (question 10, entretien)

Dans l'entretien, les difficultés de manutention de patients *liées aux caractéristiques de l'état de santé des soignants*, sont recherchées à la question 10 en termes de *progression de la douleur au travail,* de *capacités fonctionnelles limitées,* de *fatigue ou* de *surmenage,* de *faiblesse ou* de *contracture musculaire,* de *stress ou* d'*anxiété,* d'*humeurs,* d'*hérédité ou d'antécédents personnels ou autres.* Ces termes ont été nommés dans la question et expliqués spontanément par les soignants en réponse.

Les difficultés à la manutention de patients liées à l'*état de santé des soignants sont rapportées par plus des deux tiers des participants* (21/30 soignants, 46 réponses). Neuf soignants participant à l'entretien n'ont donné aucune réponse. Ces résultats de l'entretien (question 10) sont présentés au tableau 47, par termes ayant obtenu des réponses.

Tableau 47 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'état de santé des soignants, selon 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 10)

Q10. Selon votre état de santé (entretien)					
	Tranches d'âge	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Aucune réponse	18-30	0	1	0	1
	30-45	0	2	0	2
	45-60	1	3	2	6
	Total	**1 (20%)** 1 soignant	**6 (13,33%)** 6 soignants	**2 (40%)** 2 soignants	**9 (16,36%)** 9 soignants
Réponses	18-29	0	8	0	8
	30-44	0	13	0	13
	45-60	4	18	3	25
	Total	**4 (80%)** 3 soignants	**39 (86,66%)** 16 soignants	**3 (60%)** 2 soignants	**46 (86,66%)** 21 soignants
Grand total		5 (100%)	45 (100%)	5 (100%)	55 (100%)
Augmentation de la douleur	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	4	0	4
	45-60	1	4	0	5
	Total	**1**	**11**	**0**	**12**
Capacités fonctionnelles limitées	30-44	0	4	0	4
	45-60	0	3	0	3
	Total	**0**	**7**	**0**	**7**
Faiblesse musculaire	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	3	1	4
	Total	**0**	**5**	**1**	**6**
Fatigue	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	4	2	6
	Total	**0**	**8**	**2**	**10**
Hérédité et antécédents, accidents et maladies personnelles	18-29	0	2	0	2
	45-60	2	1	0	3
	Total	**2**	**3**	**0**	**5**
Stress	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	3	0	4
	Total	**1**	**5**	**0**	**6**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*

L'augmentation de la douleur (12/46 réponses) et la fatigue (10/46 réponses) sont citées en priorité par les soignants participants. Viennent ensuite la limitation des capacités fonctionnelles (7/46 réponses) puis le stress et la faiblesse musculaire à égalité (6/46 réponses). La douleur n'est pas prise en compte en tant que telle, comme dans le chapitre III.4, mais seulement par son augmentation au travail qui crée une difficulté spécifique à la manutention de patients. Dans les commentaires ajoutés en marge de la question 10 de l'entretien, les soignants expliquent que ces *difficultés de santé physique ont un impact surtout sur la tolérance psychologique au travail, particulièrement en manutention de patients* (13 commentaires). La santé physique se répercute donc parfois sur la santé psychologique.

L'augmentation de la douleur et *la fatigue* sont les plus souvent rapportées et *affectent plus particulièrement les soignants qui ont des maux de dos (11/12 et 8/10 réponses). Les capacités fonctionnelles limitées sont seulement citées par les soignants ayant des maux de dos (*7 réponses) et *la faiblesse musculaire par ceux ayant de la douleur, particulièrement ceux ayant des maux de dos* (5/6 réponses). Nous remarquons également que ceux qui ont des maux de dos ont particulièrement des difficultés multiples (39 réponses de 16 participants) à comparer aux autres (7 réponses pour 5 participants). Par conséquent, il semble que *les soignants ayant des maux de dos rapportent peut-être plus souvent que leur état de santé est lié à leurs difficultés à la manutention de patients que les autres participants.*

Les réponses au sujet des difficultés à la manutention de patients liées à *l'hérédité, les antécédents familiaux et personnels, les accidents ou maladies personnelles* ont été regroupées (5 réponses). Elles sont expliquées en termes de "malformation lombaire de naissance" (1/5), "fragilité familiale" du bas du dos (1/5), symptômes "invalidants" de la ménopause (2/5), séquelles d'un accident de voiture (1/5). Il est important aussi de noter que dans le tableau 46, sous la rubrique "aucune réponse" se cache des commentaires à ce sujet. En effet, 8/9 des soignants demandant de noter "aucune réponse" disent : *"on n'en parle pas"* des difficultés à la manutention de patients liées à l'hérédité, les antécédents familiaux et personnels, les accidents ou maladies personnelles par *"crainte de conséquences au travail"*. Nous comprenons alors que pour six d'entre eux (rubrique "aucune réponse"), comme pour trois de ceux de la rubrique "réponse", il s'agit d'arthrose entrainant de la douleur et vécue comme une difficulté à la manutention de patients. Nous comprenons aussi que pour quatre d'entre eux (rubrique "aucune réponse"), il s'agit de symptômes de la ménopause, banalisés (3) ou "non invalidants" (1) pour exercer la manutention de patients. Par conséquent, deux soignants de la rubrique "aucune réponse" souffrent d'arthrose et de symptômes de la ménopause, à la fois.

1.3 Les difficultés à la manutention de patients, liées à l'hygiène de vie des soignants (question 11, entretien)

Les difficultés de manutention de patients *liées aux caractéristiques de l'hygiène de vie* sont évaluées à la question 11 de l'entretien, en termes de consommation de *tabac* ou de *drogues,* d'*alcool* ou de *café,* en termes d'*alimentation* et de *sommeil,* de

sports et de *loisirs,* de *manque de vacances.* Ces éléments ont été brièvement énumérés dans la question et expliqués spontanément par les soignants en réponse. Les difficultés à la manutention de patients liées à *l'hygiène de vie* ont été ciblées par moins des trois quart des participants à l'entretien (22/30 soignants, 45/53 réponses). Elles sont détaillées dans les alinéas suivants et résumés dans le tableau 47, en ne retenant que les termes qui ont obtenu réponse. Chaque soignant pouvait donner plusieurs réponses.

1.3.1 **La pratique d'activités physiques de loisirs** (questions 3 et 6 du questionnaire, question 11 de l'entretien, comité de suivi)

Les activités physiques de loisirs faisaient déjà l'objet d'une question générale dans le questionnaire (question 3), avant d'être reliées spécifiquement aux difficultés à la manutention de patients par les soignants, lors de l'entretien. Dans le questionnaire la pratique des activités sportives sur une base de 20 à 30 minutes à chaque fois a été ciblée dans sa fréquence hebdomadaire (de zéro à quatre fois ou plus par semaine). En réponse à "la ou lesquelles", les soignants participants devaient nommer les activités sportives pratiquées. La majorité allait à leur travail en marchant sur une courte distance (37/42 participants), ce qui ne constitue pas une activité cardio-respiratoire en soi. Par ailleurs, sur un sol asphalté ce peut être *''dur pour la santé du dos".* Parmi ces marcheurs, moins de la moitié pratiquait une réelle activité sportive (14/37 participants). En rapprochant les résultats de la question 3 sur les activités physiques de ceux de la question 6 sur la douleur dans l'année, nous pouvons dire que :

- parmi ceux *''ne pratiquant pas"* de réelle activité sportive, en incluant ceux pour lesquels la marche pour aller au travail est la seule activité physique (5 + 14 = 19/42 participants), presque les trois quarts ont eu de la douleur dans l'année (14/19), dont la moitié d'entre eux en bas du dos (7/14)
- parmi ceux pratiquant *''une fois par mois une activité sportive"* (2/42 participants), l'un a eu de la douleur dans l'année en bas du dos et l'autre ailleurs qu'au dos
- parmi ceux pratiquant *''une fois par semaine une activité sportive"* (4/42 participants), deux ont eu de la douleur dans l'année en bas du dos et les deux autres ailleurs qu'au dos
- parmi ceux pratiquant *''deux fois par semaine une activité sportive"* (8/42 participants), six d'entre eux ont eu de la douleur dans l'année, dont 4/6 dans le dos (3 en bas du dos)
- parmi ceux pratiquant *''trois fois par semaine une activité sportive"* (5/42 participants), quatre d'entre eux ont eu de la douleur dans l'année, dont 3/5 au dos (2 au cou et 1 en bas du dos)
- parmi ceux pratiquant *''quatre fois ou plus par semaine une activité sportive"* (4/42), trois d'entre eux ont eu de la douleur dans l'année, dont 1/4 en bas du dos.

Par conséquent, malgré la faiblesse de l'échantillonnage, *il semble que la pratique d'une activité sportive ne garantisse pas l'absence de maux de dos.* En comité de suivi de la recherche, une soignante commentait les résultats en disant : *"Il vaut*

mieux ne pas forcer que forcer peu et mal" (pour elle, faire du sport était un effort dont elle préférait s'abstenir plutôt que de risquer de se faire mal).

En entretien, *le sport et les loisirs* ont été nommés successivement aux soignants, dans la question 11 sur *les difficultés de la manutention de patients liées à l'hygiène de vie*. Mais, dans leurs réponses les soignants associaient les activités sportives et de loisirs spontanément (10/30 participants) en lien avec leurs difficultés à la manutention de patients.
- Les uns se plaignaient d'avoir arrêté *une pratique sportive de loisirs* à cause de la douleur (6/10 participants) : *''faire son deuil de quelque chose que l'on aime est toujours difficile"* (peinture sur soie, violon, badminton, marche en montagne). Dans leurs commentaires spontanés sur la question, ces soignants reconnaissaient qu'ils étaient alors *''moins en forme pour faire de la manutention de patients"* (4/6 participants)

''A cause de mes épaules, je ne peux plus pratiquer le volley-ball"

- Les autres se félicitaient d'avoir changé d'activités sportives et de loisirs (4/10 participants) qui disaient s'en trouver mieux et être alors plus apte à faire de la manutention de patients.

''Pour mon dos et mes épaules, il vaut mieux que je nage seulement sur le dos"

Indépendamment de ces deux tendances exprimées dans les réponses à la question 11 de l'entretien, il est intéressant de comprendre les croyances de l'ensemble des soignants au sujet du lien entre le sport et la douleur. En effet, certains croient que *''pratiquer une activité physique quelle qu'elle soit, est une bonne chose pour la santé"* (8/30 participants) et d'autres disent *''qu'ils ont peur de se blesser ou d'aggraver leurs maux de dos en pratiquant une activité sportive"* (8/30 participants).

1.3.2 **Le manque de repos** (vacances, sommeil) **et la consommation (de drogues** (question 11, entretien)

En entretien, lors de la question 11 sur *les difficultés à la manutention de patients liées au manque de vacances,* les soignants participants sont revenus sur leurs réponses à la question 10 sur les difficultés à la manutention de patients liées à leur état de santé (tableau 46). En effet, *la fatigue* dont se plaignaient certains (10/30 participants) était associée *au manque de vacances* par six d'entre eux (6/10 participants) et *au déséquilibre alimentaire* par trois d'entre eux (3/10 participants). Nous apprenons alors que cette fatigue, qui crée des difficultés à la manutention de patients, est associée aussi à *une augmentation de la douleur* pour quatre participants (4/10 participants). Sur l'ensemble des soignants ayant fait le lien entre leurs difficultés à la manutention de patients et l'augmentation de la douleur (12/30 participants), quatre d'entre eux l'associaient au manque de vacances (4/12 participants) et trois d'entre eux à l'excès de café (+ de 2 tasses par jour) (3/12 participants).

En entretien, lors de la question 11 sur *les difficultés à la manutention de patients liées au manque de vacances,* les soignants ont expliqué spontanément qu'ils vivaient *un manque de repos*, c'est-à-dire un manque de vacances et/ou des problèmes de sommeil. En effet, *les troubles du sommeil* sont les plus cités (12/45 réponses) et commentés : "sommeil perturbé" par un manque de qualité ou de quantité de sommeil pour ceux qui travaillent toujours ou parfois la nuit (3/12 réponses), par ceux qui ont des jeunes enfants à la maison (4/12 réponses) ou des adolescents (5/12 réponses). L*es problèmes liés aux vacances* sont cités aussi par les soignants (8/45 réponses) qui disent tous manquer de vacances pour se reposer *"quand on en a besoin"*. Les soignants participants qui vivent à la fois des troubles de sommeil (5/12 réponses) et un manque de vacances (5/8 réponses) sont au nombre de cinq (5/22 participants ayant des difficultés liées à leur hygiène de vie).

La question 11 à l'entretien *sur les difficultés de manutention de patients liées au manque de vacances* a fait émerger une difficulté de travail liée à l'organisation du travail. En effet, les quatre participantes de la génération Y (18-29 ans) mentionnent qu'elles ont moins de vacances que leurs collègues plus âgées, faute d'ancienneté (conventions collectives). Elles ajoutent que c'est pourtant elles qui ont le plus *"besoin d'équilibre travail/famille, avec des jeunes enfants"*.

En entretien, lors de la question 11 sur *les difficultés à la manutention de patients liées aux drogues et au tabac, au café et à l'alcool,* nous avons entendu un silence. Que ce soit un manque de connaissances ou de reconnaissance de ce lien, il en demeure que la chercheuse a du répéter la question pour obtenir réponse. Les réponses alors obtenues (10/45) se répartissent entre 6/10 participants qui ont parlé du café et 4/10 participants du tabac, dont deux sont les mêmes. Ils faisaient un lien entre leur consommation et leurs difficultés à la manutention de patients, mais ne voulaient pas changer d'habitude. Ils tentaient néanmoins de se justifier en disant : *"il faut bien qu'on se tienne éveillé pour contrecarrer la fatigue", "le café c'est pour me tenir debout"* et *"la pause cigarette c'est nécessaire pour me détendre"*.

- Parmi ceux ayant mentionné l'excès de café (plus de deux tasses par jour), quatre d'entre eux (4/6 participants) savaient le lien entre cette consommation et l'augmentation de la perception de la douleur. En effet, nous savons au niveau médical que le café augmente la perception de la douleur puisqu'il bloque le CIDN (Contrôle Inhibiteur Descendant Nociceptif) (Navez, 2000 ; Marchand, 2001). D'autres participants à l'entretien buvaient régulièrement du café, sans relier leurs difficultés à la manutention de patients à cette consommation (11/30 soignants). Aucune des quatre soignants de la génération Y (18-29 ans) ne buvait de café.

- Parmi ceux ayant mentionné le tabac, l'une d'entre eux (1/4 participants) signale en fait qu'elle a arrêté récemment de fumer et qu'elle a observé la diminution de ses difficultés à la manutention de patients (moins essoufflée à l'effort). Le lien entre les difficultés à la manutention de patients et d'autres types drogues n'a pas été fait par les soignants participants.

Tableau 48 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'hygiène de vie, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 11, 53 réponses)

Q11. Selon votre hygiène de vie (entretien)					
	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total
		A (4)	B (22)	C (4)	(30)
Aucune réponse	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	3	2	6
	Total	**1 (14,29%)** 1 soignant	**5 (12,20%)** 5 soignants	**2 (40%)** 2 soignants	**8 (15,38%)** 8 soignants
Réponses	18-29	0	6	0	6
	30-44	0	17	0	17
	45-60	6	13	3	22
	Total	**6 (85,71%)** 3 soignants	**36 (87,80%)** 17 soignants	**3 (60%)** 2 soignants	**45 (84,62%)** 22 soignants
Grand total		7 (100%)	41 (100%)	5 (100%)	53 (100%)
Alimentation difficile	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45/60	0	0	1	1
	Total	**0**	**4**	**1**	**5**
Sport/loisirs	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	0	1	2
	Total	**1**	**2**	**1**	**4**
Arrêt sports/loisirs	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	3	0	3
	Total	**0**	**6**	**0**	**6**
Café	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	3	0	4
	Total	**1**	**5**	**0**	**6**
Problèmes de vacances	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	3	0	3
	45-60	1	1	0	2
	Total	**1**	**7**	**0**	**8**
Tabagisme	30-44	0	2	0	2
	45-60	2	0	0	2
	Total	**2**	**2**	**0**	**4**
Troubles du sommeil	30-44	0	4	0	4
	45-60	1	6	1	8
	Total	**1**	**10**	**1**	**12**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

1.4 Les autres difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants (entretien question 12)

Pour terminer le paragraphe sur les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles des soignants, la question 12 de l'entretien était une question ouverte par le mot "autres". Sur les 22/30 participants concernés par ce paragraphe, 13 d'entre eux (13/22 participants) y ont répondu. Ces réponses ont été regroupées en deux points et chaque soignant pouvait en faire plusieurs, comme pour les questions précédentes de ce paragraphe.

Les difficultés à la manutention de patients sont :

- Une question de *personnalité* : la crainte face à un patient *"qui crée toujours des maux de dos"* aux soignants (7/13 participants), *"l'attachement aux patients lié aux soins d'hygiène qui rapprochent"* (5/13 participants), l'insatisfaction d'avoir *"des collègues incapables de faire plusieurs choses à la fois"* (3/13 participants), *"la gêne de devoir se coller"* aux patients à manutentionner (2/13 participants) et *"le manque de patience face aux patients ralentis"* (1/13 participants).

- Une question d'*intolérance personnelle*, aux bruits faits par les patients (succion, plaintes et cris, appels) (5/13 participants), aux mauvaises odeurs (selles) (2/13 participants) et à la chaleur excessive des lieux (3/13 participants).

2 LES DIFFICULTÉS DE LA MANUTENTION DE PATIENTS, LIÉES À L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Les difficultés générales des soignants de CHSLD en A.T. liées à l'organisation du travail ont été traitées au chapitre III.2. Les deux paramètres que sont les exigences du travail et le manque de latitude décisionnelle, liés à l'organisation du travail, ont été traités dans les causes du stress au chapitre III.5 sur la souffrance.

Les autres difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail sont présentées dans ce paragraphe, en réponses aux questions 14 à 18 de l'entretien. Elles sont introduites par un oui/non (tableau 49) puis détaillées en termes de *contraintes de fréquence et de temps pour la manutention de patients, de contraintes de la grille horaire et d'autres contraintes.* Ces termes nommés brièvement demandaient à être expliqués librement par les soignants participants à l'entretien. Parmi les *25/30 participants* à l'entretien se sentant concernés par *les difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail,* les plus jeunes (génération Y, 18-29 ans, 4/4 "oui") puis les plus âgés (baby-boomer, 45-60 ans, 16/18 "oui") sont le mieux représentés.

Tableau 49 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, selon les 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Difficultés de manutention de patients liées à l'Organisation du travail
(entretien, n=30)

	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	30-44	0	3	0	3
	45-60	1	0	1	2
	Total	**1 (25%)**	**3 (13,64%)**	**1 (25%)**	**5 (16,67%)**
Oui	18-29	0	**4**	0	4
	30-44	0	5	0	5
	45-60	3	10	3	16
	Total	**3 (75%)**	**19 (86,36%)**	**3 (75%)**	**25 (83,33%)**
Grand total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

La figure 27 illustre globalement les résultats sur *les difficultés à la manutention de patients liées aux contraintes de l'organisation du travail,* résultats expliqués dans les alinéas suivants. Dans l'ordre ascendant des contraintes visées, celles de fréquences de manutention de patients (11/30 participants), celles de temps pour effectuer la manutention de patients (20/30 participants) puis celles d'horaire (19/30 participants). Néanmoins d'autres contraintes à la manutention de patients existent pour 24/30 participants.

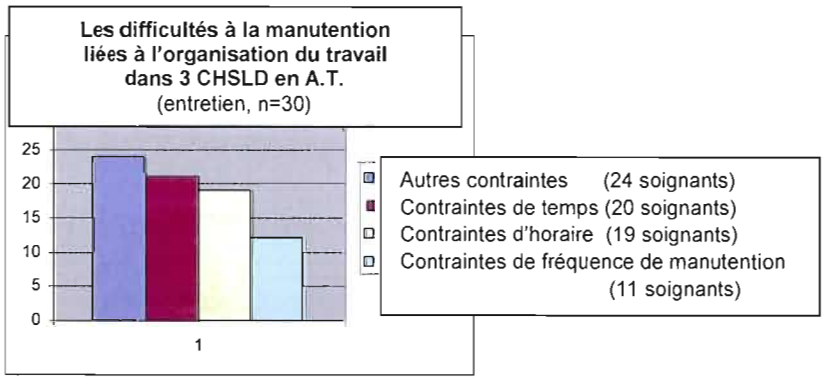


Figure 28 : Les difficultés à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, selon 25/30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Selon le commentaire de trois participants à l'entretien au sujet des difficultés de manutention de patients liées à l'organisation du travail, la contrainte de fréquence de manutention de patients est *"la conséquence de la charge physique"* de travail, alors

que la contrainte de temps est *"la cause de la charge psychologique du travail"*. Une autre soignante ajoute que : *"à la charge physique s'ajoute une charge psychologique, qu'on le veuille ou pas"*.

2.1 La contrainte de fréquence de manutention de patients (entretien question 14)

Nous avons vu au chapitre III.3 que, parmi les difficultés physiques de la manutention de patients documentées en entretien, la fréquence recevait plus de commentaires (26) que la durée (12) des postures, des mouvements et des efforts. Pour comprendre *les contraintes de fréquence de manutention de patients liées à l'organisation du travail,* la question 14 de l'entretien commençait par un oui/non et demandait ensuite d'expliquer la réponse pour ouvrir l'entretien à des informations précises sur le sujet. Plus du tiers des participants ont dit "oui" (*11/30 soignants*, 22 réponses) et les explications multiples ont été classées par thèmes (tableau 50).

Tableau 50 : Répartition des réponses sur la contrainte de fréquence de la manutention de patients liée à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 14)

Q14. Selon la contrainte de fréquence de manutention de patients, expliquée (entretien)

Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	4	0	4
	45-60	3	8	3	14
	Total	**3 (60%)** 3 soignants	**13 (40,63%)** 13 soignants	**3 (75%)** 3 soignants	**19 (46,34%)** 19 soignants
Oui	18-29	0	6	0	6
	30-44	0	7	0	7
	45-60	2	6	1	9
	Total	**2 (40%)** 1 soignant	**19 (59,37%)** 9 soignants	**1 (25%)** 1 soignant	**22 (53,66%)** 11 soignants
Grand Total		5 (100%)	32 (100%)	4 (100%)	41 (100%)
Oui, car charge physique de travail importante	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	4	0	4
	45-60	1	1	0	2
	Total	**1**	**6**	**0**	**7**
Oui, car il existe des manques de l'organisation	18-29	0	3	0	3
	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**3**	**1**	**4**
Oui, car politique d'organisation	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	3	0	3
	45-60	1	5	0	6
	Total	**1**	**10**	**0**	**11**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Le thème le plus important extrait des réponses des soignants, à la question 14 de l'entretien sur les difficultés de la fréquence à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, tourne autour de la *politique d'organisation* (11/22 commentaires). Il s'agit de la politique de *Milieu de vie* où le *"client est roi et peut choisir ses horaires de manutention"*, *''peut fragmenter sa manutention à sa guise"*, sans respecter un déroulement *''dans un ordre logique et spatial"* pour les soignants (7 commentaires). C'est aussi une question de politique d'entreprise qui règle :
- la *''division des tâches"* entre les titres de métier, d'où une *''concentration de la manutention sur les préposés"* (3 commentaires)
- la division hiérarchique des soignants qui *''travaillent chacun de leur côté, faute d'équipe mixte"* (infirmière, auxiliaire, préposé) d'où une multiplication inutile de la manutention de patient (1 commentaire). Par exemple, un même patient est manutentionné pour l'application d'une crème d'hygiène par une préposée, puis une demi-heure plus tard par une infirmière pour mettre une pommade de soin.
Ces commentaires sont unanimes au sujet des conséquences de la contrainte de fréquence de manutention de patients liées à l'organisation du travail, en termes de *perte de temps* (11 commentaires).

Un autre thème important extrait des réponses des soignants, à la question 14 de l'entretien sur les difficultés de la fréquence à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, traite de *la charge physique du travail* (7/22 commentaires). Les explications des soignants soulignent soit une notion de *pouvoir hiérarchique*, soit un *manque d'organisation du travail*. En effet, l'organisation du travail est :
- *''imposée du haut vers le bas de l'échelle"* par l'organisation du travail (3/7 commentaires)
- *''encadré par le plan de travail"* (feuille de route) des préposés et des auxiliaires, préparé par les infirmières (4/7 commentaires)
- il y a *''multiplication des actions, faute de coordination entre les soins d'hygiène et les soins médicaux"* (5/7 commentaires).
Ces commentaires sur les contraintes de fréquence de manutentions de patients, liées à l'organisation du travail, sont presque exclusivement faits par les soignants qui ont des maux de dos (6/7 commentaires).

Le dernier thème extrait des réponses des soignants, à la question 14 de l'entretien sur les difficultés de la fréquence à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, parle de *certains manques dont la responsabilité revient à l'organisation du travail* (4/22 commentaires). Il s'agit, pour deux participantes de la génération Y (18-29 ans), du *''manque de place"* (2/4 commentaires) et de l'utilisation de *''matériel obsolète"* (1/4 commentaires) pour la manutention de patients. En effet :
- *''l'étroitesse du passage entre le lit et le mur, oblige de remonter certains patients en deux manipulations successives, une à partir du côté du lit et une à partir de la tête du lit"*
- *''coucher certains patients demande deux étapes séparées par un ''change", à cause du type de toile sur le lève-personne"* (2 manutentions au lieu d'une).
Il s'agit aussi parfois de *manque de personnel* pour gérer des *''patients difficiles empêchant les soignants de faire une manutention en un seul coup"*, selon une

participante de la génération des baby-boomer (1/4 commentaires). Cela lui demande de *"revenir plusieurs fois pour arriver à bout d'installer certains patients".*

2.2 La contrainte de temps dans la manutention de patients (entretien question 15)

Les difficultés de *contrainte de temps,* pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, sont documentées par la question 15 de l'entretien. Elles sont introduites par un oui/non et expliquées ensuite librement par les soignants. Les deux tiers des participants ont répondu "oui" (*20/30 soignants*), résultats présentés en trois thèmes issus des commentaires (tableau 51). Deux participants n'ont pas ajouté de commentaire à leur "oui" et 18 participants ont fait 56 commentaires.

Tableau 51 : Répartition des réponses sur la contrainte de temps pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 15)

Q15. Selon la contrainte de temps pour la manutention de patients, expliquée (entretien)

Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	4	0	4
	45-60	2	1	2	5
	Total	**2 (28,57%)** 2 soignants	**6 (11,32%)** 6 soignants	**2 (33,33%)** 2 soignants	**10 (15,15%)** 10 soignants
Oui	18-29	0	11	0	11
	30-44	0	14	0	14
	45-60	5	22	4	31
	Total	**5 (71,43%)** 2 soignants	**47 (88,68%)** 16 soignants	**4 (66,66%)** 2 soignants	**56 (84,85%)** 20 soignants
Grand Total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Oui, car temps ajouté	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	4	0	4
	45-60	1	5	2	8
	Total	**1**	**11**	**2**	**14**
Oui, car perte de temps	18-30	0	2	0	2
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	2	0	2
	Total	**1**	**5**	**0**	**6**
Oui, car manque de temps théorique et pratique	18-29	0	7	0	7
	30-44	0	9	0	9
	45-60	3	15	2	20
	Total	**3**	**31**	**2**	**36**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Les commentaires des participants, sur les difficultés de contrainte de temps pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, sont expliqués à travers les trois thèmes choisis : "*temps ajouté* (14), *perte de temps* (6) et *manque de temps théorique et pratique* (36).

Le premier thème extrait des réponses des soignants, à la question 15 de l'entretien sur les difficultés de temps pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, souligne *le manque de temps (36/56 commentaires) théorique (22) et pratique (14) pour la manutention de patients.*

Il s'agit de manque de temps programmé par l'organisation du travail pour que les soignants puissent effectuer une manutention de patient de qualité, autant physique que relationnelle. Les réponses sont regroupées en trois points théoriques :
- Il y a une *"aberration de devoir en 8 à 15 min faire un lever de patient"* ce qui consiste à le réveiller, le mettre debout, l'emmener aux toilettes, lui laver les extrémités et les fesses, l'habiller et l'installer pour le déjeuner (14 commentaires) Nous comprenons que chaque tâche composée de multiples activités demande un temps variable selon la pathologie des patients, les unités de soins, le moment dans la journée. Par conséquent, le temps est jugé *"insuffisant pour assurer la qualité des soins d'hygiène"* et *"le relationnel avec des personnes en perte cognitive"* dans les CHSLD.
- *"Le temps est planifié trop juste pour s'assurer de la coopération des patients à la manutention", "pour tenter de communiquer avec ceux en perte cognitive et limiter ainsi les manifestations d'agressivité"* (3 commentaires).
- Faute de temps planifié à la manutention de patients suffisant, il faut *"marcher vite et faire des gestes rapides, quitte à presser les patients"* ou à ne faire *"qu'une petite toilette succincte"* (5 commentaires).

Il s'agit aussi de manque de temps pratique pour effectuer la manutention de patients, dans un contexte organisationnel où le manque de personnel et la surcharge de travail sont présents (14 commentaires). Les réponses sont regroupées en deux points pratiques :
- Le temps manque *"tout est priorité", "on ne suffit pas à la tâche", "même ne faire que le minimum déborde déjà du temps de travail"* (11 commentaires)
- *"On manque de temps pour suivre les réunions de transmission des informations d'une équipe à une autre"*, pour *"chercher de l'aide lors de manutentions difficiles"* (3 commentaires).

Le second thème extrait des réponses des soignants, à la question 15 de l'entretien sur les difficultés de temps pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, parle *de temps ajouté* (14/56 commentaires). Il s'agit de :
- les heures supplémentaires sont une "*accumulation de temps de travail presqu'obligée*" par l'employeur. Les nouveaux soignants qui n'ont pas de sécurité du travail (en remplacement) se plaignent particulièrement de la pression exercée par les personnes qui gèrent la liste de rappel ou qui établissent les emplois du temps : *"il ne reste que toi"*, vécu comme une obligation à faire des heures supplémentaires (8

commentaires)
- la surcharge de travail fait qu'il faut "toujours faire plus avec moins", qu'il y a "l'ajout de petites tâches non comptabilisées dans le temps de travail" et que "l'augmentation de la paperasse à remplir" n'est pas pris en compte. (6 commentaires)

Le troisième thème extrait des réponses des soignants, à la question 15 de l'entretien sur les difficultés de temps pour la manutention de patients liées à l'organisation du travail, présente *la perte de temps pour la manutention de patients* en rapport avec le manque de personnel ou le type de patients (6/56 commentaires),
- *"on perd du temps faute d'avoir de l'aide"*, donc *"la qualité du travail est perdue et la satisfaction au travail manque"* (5 commentaires)
- *"on perd du temps à réparer les bêtises des patients qui touchent à tout, se sauvent, tombent ou se querelles avec les autres, comme des enfants"*, donc *"on a besoin de plus de temps"* théorique programmé (1 commentaire).

2.3 **Les contraintes de la grille horaire** (investigation préliminaire, question 16 de l'entretien)

Lors de l'investigation préliminaire, la grille horaire et ses contraintes ont été expliquées par les syndicats. En effet, selon la convention collective les horaires de travail (jour/soir/nuit) et les rythmes de travail (7/7 j ou 5/2 j) à temps partiel ou à temps complet sont possibles en fonction des contrats de travail signés entre l'employeur et les soignants. De plus, l'ancienneté *"donne le droit"* disent les uns, *"le privilège"* disent les autres, de travailler de jour et de choisir les dates de leurs vacances, de travailler à temps complet et sur un poste fixe. Alors, les soignants les plus jeunes, rencontrés à l'université, *"trouvent cela injuste"* parce qu'ils considèrent en avoir le plus besoin, avec des jeunes enfants à la maison : *"besoin de sécurité d'emploi et d'une paie conséquente"* pour rembourser leur dette d'études et démarrer dans la vie de famille. La multiplicité et la complexité des contrats horaires sont annoncées alors être à l'origine de *"tensions entre les soignants"*, voire de *"casser volontairement l'ambiance de travail"*.

En entretien, les difficultés des soignants liées aux contraintes de la grille horaire ont été recherchées à la question 16 en rapport avec la manutention de patients. Elles sont introduites par un oui/non et expliquées ensuite librement par les soignants. Les réponses des soignants ont parfois débordé le cadre de la manutention de patients, pour se centrer sur le travail en général. Les deux tiers des participant à l'entretien (19/30 soignants) ont reconnu l'existence de *contraintes de la grille horaire, au niveau physique (fatigue) et psychologique (obligations)*. Ces contraintes de la grille horaire sont expliquées en termes *de temps partiel 7/7 à compléter ou non sur appel* (11/19 participants), *d'horaires irréguliers et rapprochés* (7/19 participants), *d'heures supplémentaires obligées* (7/19 participants), *de manque de repos* (6/19 participants) *et autres* (5/19 participants). Ces paramètres sont illustrés globalement par la figure 28, détaillés dans les alinéas suivants et résumés dans le tableau 51 (33 commentaires).

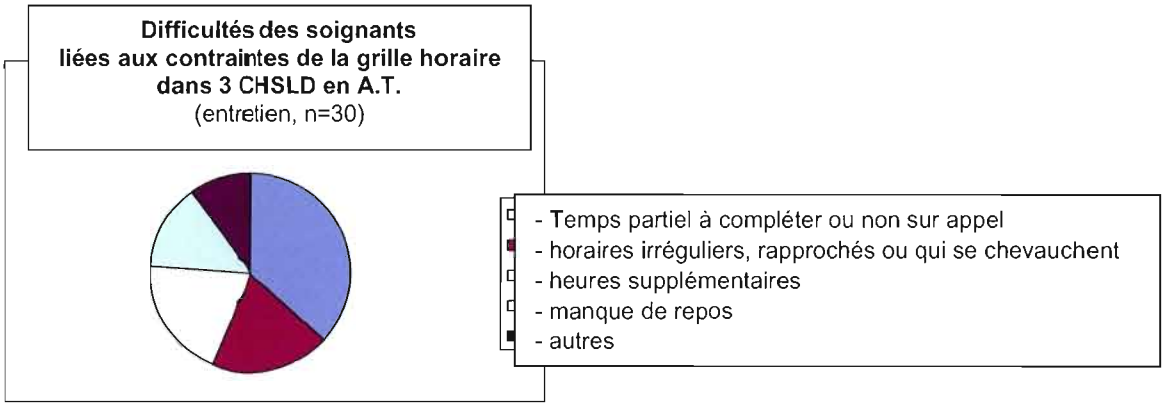


Figure 29: Les difficultés des soignants liées aux contraintes de la grille horaire, selon 19/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

2.3.1 Le temps partiel 7/7 complété ou non sur appel

Lors de l'investigation préliminaire, le temps partiel a été défini par les cadres rencontrés, comme étant généralement une alternance de sept jours de travail et de sept jours de repos. Les syndicats ont expliqué qu'il fut instauré par le gouvernement lors de la première vague de changement (chapitre III.1), pour pallier à l'absentéisme et au manque de personnel, pour favoriser une économie par moins d'embauches et plus d'utilisation des soignants embauchés. En fait, le temps de travail était devenu flexible, du partiel théorique à complet sur appel. Une liste d'appel était disponible pour pouvoir combler les manques de personnel en tout temps, c'est-à-dire pour rappeler les soignants au travail selon les besoins. Cette organisation du travail a servi les ressources humaines, mais s'est avérée insuffisante. Alors, il a fallu avoir recours à des heures supplémentaires, qui sont venues rapidement allonger les "temps complétés sur appel". Cet état des choses était dit avantageux à court terme pour les soignants au niveau financier, mais pas à long terme à cause de l'épuisement professionnel que cette organisation du travail a généré.

En entretien, parmi les participants soulignant les contraintes dans la grille horaire comme difficulté organisationnelle à la manutention de patients (19/30 participants), *le temps partiel complété ou non sur appel* est cité par plus de la moitié d'entre eux *(11/19 participants*, 11/33 commentaires). Les commentaires généraux des participants à la question 16, sur "le temps partiel complété ou non sur appel" sont que cela *"ne fait pas l'affaire de tous les soignants"*. En effet, aux sept jours de travail s'ajoutent régulièrement trois ou quatre jours supplémentaires. Les soignants expliquent qu'un accord signé entre l'employeur et eux, renouvelable tous les ans, fixe les règles de la disponibilité. Il existe un droit théorique de refus du rappel, qui est dit non appliqué compte tenu du manque de personnel. En pratique, la pression associée au rappel est telle que certains soignants ne répondent plus au téléphone pour éviter les conséquences de trois refus consécutifs (non rappel pendant trois mois et manque à gagner). En théorie, l'ordre de rappel est codifié, et son non-respect par l'employeur peut être sujet à réclamation par le soignant lésé et justifier

un salaire double pour la journée manquée. Le contrôle de la liste de rappel par les soignants et/ou les syndicats est souvent évité par un retard à l'affichage des emplois du temps à l'avance. Un favoritisme pour l'obtention du rappel, comme celui des congés, est parfois décrié par les soignants, qui ont perdu le contrôle de leur temps de travail.

Néanmoins, le cycle de travail 7/7 (7 jours de travail suivis de 7 jours de repos) est dit viable par certains (3/11 soignants), s'il n'est pas complété sur appel par du temps supplémentaire. Ces soignants disent avoir besoin de temps *''pour faire autre chose''* ou *''ne rien faire''*. Les plus jeunes d'entre eux en profitent pour occuper les 7 jours de repos à faire des études à temps partiel, ou exercer plusieurs activités professionnelles rémunératrices. L'une des participantes aide bénévolement son conjoint garagiste à la comptabilité, une autre privilégie les loisirs ou le sport une semaine sur deux, une dernière parle de temps nécessaire pour le développement personnel ou les voyages. Malgré leur demande, peu de soignants ont réellement un temps partiel (7/7) à cause du temps supplémentaire ajouté, ils tentent alors de tout conjuguer à la fois, au détriment de leur santé, pensent-ils (7/11 soignants).

De plus, cinq autres commentaires entendus en entretien, lors de la question 17 sur les difficultés des soignants liées à la grille horaire, ne sont pas reliés directement à la manutention de patients. Ils viennent seulement compléter les informations sur le temps partiel 7/7 complété ou non sur appel, en soulignant l'existence d'une *incertitude sur les jours à travailler* (temps, paie), déstabilisant les soignants les plus routiniers et compliquant la vie des plus jeunes. Cette insécurité de l'emploi par manque de poste fixe et cet allongement du cycle de travail sont dits difficiles à vivre, voire épuisants : *''surtout les deux derniers jours du cycle de 7 et c'est encore pire s'il y a un rappel''*, *''même s'il y a 4 jours de repos appréciés à la fin du cycle''*, *''l'été ou au mois de novembre* (période creuse pour les remplacements*), le cycle de travail peut atteindre 12 jours consécutifs''*.

2.3.2 Les horaires irréguliers, rapprochés ou qui se chevauchent

Lors de l'investigation préliminaire, les horaires irréguliers ont été soutenus par les cadres rencontrés, parce qu'ils favorisent l'alternance entre les horaires de jour, de soir et de nuit, entre les unités et les bâtiments, entre les titres de métier. Ils sont obligatoires pour tous ceux ayant un contrat à ''temps partiel complété sur appel'' (cycle de travail 10/3 : 10 jours de travail suivis de 3 jours de repos). Ils favorisent la gestion du personnel ''à flux tendu'' disent les cadres, mais ils *''cassent les équipes''* et *''limitent les actions syndicales''* disent les syndicats.

En entretien, parmi les participants soulignant les contraintes dans la grille horaire comme difficulté organisationnelle à la manutention de patients (19/30 participants), *les horaires irréguliers, rapprochés ou qui se chevauchent sont* cités par *7/19* d'entre eux, en réponse à la question 16 (7/33 commentaires). Les commentaires expliquent que :
- les horaires rapprochés ne respectent pas l'écart officiel de 16 h minimum entre

deux journées de travail, selon un accord signé entre la direction des hôpitaux et les soignants à l'embauche
- les horaires qui se chevauchent *''donnent l'impression de n'appartenir à aucune équipe''*, selon les soignants concernés
- les horaires irréguliers suivent la politique du *''diviser pour régner''* appliquée par les cadres, au point que certains soignants ne *''savent plus à quoi s'en tenir''*
- ces horaires satisfont les soignants les plus jeunes, qui préfèrent le changement et les défis, mêmes s'ils compliquent la vie personnelle et familiale.

Des deux autres commentaires des soignants entendus en entretien, lors de la question 16 sur les difficultés liées à la grille horaire en termes d'horaires irréguliers, rapprochés ou qui se chevauchent, l'un est indirectement à la manutention de patients et l'autre est plutôt une question de situation de travail. L'un fait état de *''fatigue par le travail de nuit périodique et par le manque de repos entre deux temps de travail''*. L'autre explique que les soignants se sentent victime des tentatives de la direction *''d'assurer la continuité pour les patients et de jongler avec le personnel disponible pour boucher les trous''*.

2.3.3 Les heures supplémentaires

Lors de l'investigation préliminaire, les heures supplémentaires ont été expliquées par les cadres rencontrés. Elles s'ajoutent au temps de travail prévu, lorsque la relève manque à l'appel, lorsqu'un soignant est accidenté ou malade subitement, lorsqu'une équipe est en sous nombre. Il semble que ce soit une solution d'urgence à une pénurie de personnel, qui se prolonge dans le temps.

En entretien, parmi les participants soulignant les contraintes dans la grille horaire comme difficulté à la manutention de patients (19/30 participants), *les heures supplémentaires* sont citées par *7/19 participants*, en réponse à la question 16 (7/33 commentaires). Ces heures supplémentaires sont du ''temps double'' soit 16 h consécutives de travail ou *''un ajout de 4 h au temps normal de 8h, lorsque l'on peut partager un horaire avec une collègue''*.

De plus, trois autres commentaires, débordant le cadre de la manutention de patients, mettent en évidence le fait que les soignants *''se sentent obligés de faire des heures supplémentaires''* de par la convention collective et leur conscience professionnelle. Ils soutiennent qu'une pression des supérieures s'exerce sur eux et *''frise le chantage''* ou *''est franchement du harcèlement''*, voire *''de la manipulation''*. Ces heures supplémentaires sont la réalité de 23% des soignants participant à l'entretien (2006) à rapprocher des 28% du personnel infirmier au Québec (statistiques Santé Québec, 2005).

2.3.4 Le manque de jours de repos

En entretien, parmi les participants soulignant les contraintes dans la grille horaire comme difficulté organisationnelle à la manutention de patients (19/30 participants) *le*

manque de repos est une réalité pour *6/19* d'entre eux. Les réponses à la question 16 (6/33 commentaires) visent deux sujets : le manque de repos des soignants nouvellement embauchés et la longueur d'un cycle de repos en fonction de celle d'un cycle de travail.

Les commentaires sur *le manque de jours repos* sont particulièrement présents chez les deux soignants nouvellement embauchés et participant à l'entretien, parce qu'ils signent un contrat de travail dit *7/7 complété sur appel*, auquel s'ajoute *des horaires irréguliers et rapprochés, des heures supplémentaires.* Les soignants les plus anciens parient alors entre eux sur *''le temps que ces nouveaux vont pouvoir tenir avant de faire un burn-out''* et *''de comprendre qu'il faut dire non au surplus de travail et à l'épuisement professionnel''* (3 commentaires).

Les difficultés des soignants liées au manque de jours de repos sont dites accentuées par la longueur du cycle de travail et avoir une incidence sur la manutention de patients (5 commentaires). Après 11 j de travail consécutif, un repos de 3 j est jugé insuffisant. Après 4 j de travail, un jour de repos est également reconnu insuffisant. L'exemple de deux jours de repos consécutifs seulement en deux semaines de travail, pendant un an et demi, s'est terminé par un ''burn-out'' pour l'un des participants.

2.3.5 Les autres difficultés d'horaires

Parmi les participants soulignant les contraintes dans la grille horaire comme difficultés à la manutention de patients (19/30 participants), deux d'entre eux ont parlé d'autres difficultés d'horaires en réponse à la question 16 de l'entretien. Il s'agit du *découpage horaire des 24 h* d'une journée hospitalière, remis en cause par une soignante qui dit *''commencer trop tôt le matin''* ou *''terminer trop tard à son goût''* en alternance. Il s'agit aussi du *découpage du temps de travail* dans la journée, contesté par une autre soignante ayant un horaire coupé imposé, avec une pause de plusieurs heures entre les deux plages horaires. De plus, cette soignante vit mal *''l'obligation de travailler une fin de semaine sur deux''* puisqu'elle est souvent seule avec ses jeunes enfants.

Le tableau 52 présente toutes les contraintes de la grille horaire, reliées directement ou non à la manutention de patients. Nous remarquons que les soignants sans douleur (groupe A) ne font pas de commentaires au sujet des difficultés liées au manque de repos et aux horaires irréguliers et rapprochés, contrairement aux autres. De plus, ''le temps partiel 7/7 complété ou non sur appel'' est commenté par toutes les générations au travail, particulièrement par les plus jeunes (18-29 ans, 2/4 participants) et les plus âgés (7/18 participants).

Tableau 52 :Répartition des réponses sur les difficultés en fonction de la grille horaire liées à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 16)

Q16. Selon la grille horaire (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	4	1	7
	Total	**2 (40%)** 2 soignants	**8 (25,81%)** 8 soignants	**1 (12,5%)** 1 soignant	**11 (25%)** 11 soignants
Oui	18-29	0	6	0	6
	30-44	0	8	0	8
	45-60	2	9	7	19
	Total	**3 (60%)** 2 soignants	**23 (74,19%)** 14 soignants	**7 (87,5%)** 3 soignants	**33 (75%)** 19 soignants
Grand total		4 (1000%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Oui, car temps partiel 7/7 complété ou non sur appel	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	2	0	2
	45-60	2	3	2	7
	Total	**2**	**7**	**2**	**11**
Oui, car horaires irréguliers et rapprochés	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	3	1	4
	Total	**0**	**6**	**1**	**7**
Oui, car heures supplémentaires obligées	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	1	2	4
	Total	**1**	**4**	**2**	**7**
Oui, car manque de repos	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	2	1	3
	Total	**0**	**5**	**1**	**6**
Oui, car (autre)	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**1**	**1**	**2**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

2.4 Les autres contraintes des soignants, liées à l'organisation du travail (investigation préliminaire, entretien question 17)

Les autres contraintes à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, ont été introduites en question 17 de l'entretien par un oui/non et expliquées ensuite librement par les soignants. Les réponses des soignants ont parfois débordé du

cadre de la manutention de patients, pour se centrer sur le travail en général. Plus des trois quarts des participants à l'entretien (24/30 soignants) ont exprimé l'existence d'autres contraintes liées à l'organisation du travail, mais non répertoriées dans le support d'entretien. Des réponses multiples des soignants ont été extraits trois thèmes connus - *manque de personnel* (24/24 participants), *répartition inégales des tâches* (14/24 participants), *ordres contradictoires* (11/24 participants) et trois thèmes nouveaux - *manque de pairage des équipes et des soignants* (10/24 participants concernés), *exigences des plans de travail et de soins* (6/24 participants concernés), *préférences non respectées* (4/24 participants). Les résultats sont présentés globalement à la figure 29, puis détaillés dans les alinéas suivants et résumés dans le tableau 53 (70 commentaires).

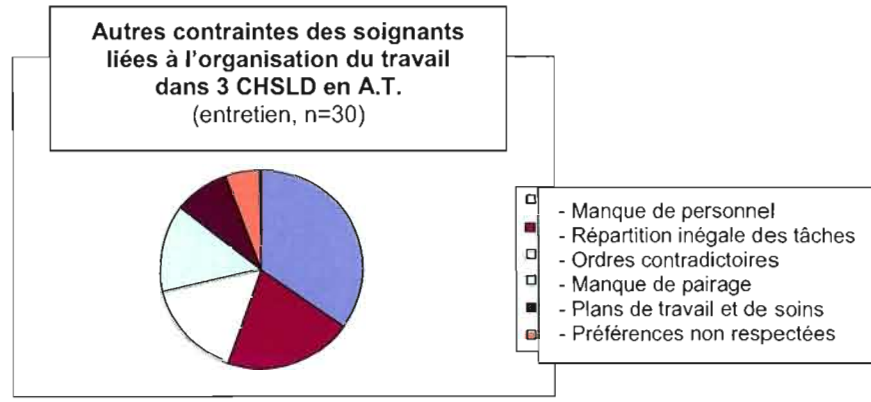


Figure 30 : Les autres contraintes des soignants liées à l'organisation du travail, selon 24/30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

2.4.1 Le manque de personnel

Lors de l'investigation préliminaire, des cadres avaient dit que *''le manque de personnel était fictif, parce que beaucoup de soignants refusaient de travailler à temps plein''*. Les soignants répondent en entretien qu'il y a *''une mauvaise répartition du personnel entre les unités et les horaires de travail et un manque d'embauches''*. En effet, certains soignants se disent *''en attente de plus de travail''* (sur la liste d'appel) ou *''pénalisés suite à trois refus consécutifs de temps supplémentaire''*. Trois soignants rencontrés dans la région A.T. ont été formés ailleurs et ne trouvent pas de CHSLD pour les embaucher ici.

En entretien, parmi les 25/30 participants reconnaissant avoir des difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, 24/25 participants citent d'autres contraintes que celles identifiées dans le support d'entretien (question 17), plus particulièrement en rapport avec *le manque de personnel* (24/70 commentaires).

Les commentaires généraux à cette question 17 de l'entretien nous expliquent d'abord (7 commentaires) que le manque de personnel est géré à court terme par la mobilité des soignants d'une unité à une autre, d'un bâtiment à un autre : *''déshabiller*

Paul pour habiller Jacques". Ce changement de personnel est dit *"perturber les patients en perte cognitive"* qui ont *"besoin de repères fixes".* Alors les difficultés de la pratique de manutention de patients sont *"aggravées par la non-coopération et l'agressivité des patients",* témoignent ces participants en entretien. De plus (8 commentaires), le manque de personnel est dit induire une *"surcharge de travail et un manque de temps"* chez les préposés, et *"l'obligation d'aider à la manutention"* pour certaines infirmières et cadres, malgré *"la douleur"* et *"le manque de pratique technique de manutention de patients".*

Les commentaires spécifiques sur les difficultés de manutention de patients liées au manque de personnel sont :
- l'insuffisance de personnel pour assurer le soutien à la pratique de manutention de patients par les cadres infirmiers et l'instructeur PDSB (3 commentaires)
- manutention à deux non systématique, parce qu'il faut *"répondre aux appels et pallier aux imprévus en plus de la tâche prescrite"* (3 commentaires)
- les absences de soignants non remplacés (maladies, accidents, vacances) (3 commentaires)

2.4.2 La répartition inégale des tâches

Parmi les 24/30 participants à l'entretien relevant l'existence d'autres contraintes à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, la répartition inégale des tâches est visée par plus de la moitié d'entre eux (14/24 soignants, 14/70 commentaires). Les commentaires *au sujet de la répartition inégale des tâches entre les soignants, les équipes et les unités de soins, en réponse* à la question 17, sont diversifiés :

- *"la quantité de travail est plus importante le jour avec les soins d'hygiène et médicaux que la nuit, et pourtant il faut s'occuper du linge en plus"* (poste de lingère supprimé) (2 commentaires)
- *"la difficulté du travail est plus grande le soir avec des patients fatigués et pénibles à manutentionner, et pourtant il y a moins de soignants que le jour"* (2 commentaires)
- *"la compression du travail est la plus intense en début et en fin de nuit avec des patients endormis, et pourtant on est seul"* (2 commentaires)
- les tâches les plus ingrates *"laver les murs beurrés de selles par un patient"*, *"ramasser les vomissures éclaboussées sur le sol"*, les activités les plus complexes *"manutentionner entre le mur et le bord du lit, avec la main gauche chez un droitier"*, et les patients les plus difficiles *"poids et raideur, violence physique et verbale"* sont souvent *"à la charge des mêmes soignants, et pourtant l'alternance est souhaitée"* (6 commentaires)
- les baby-boomer, sous prétexte qu'ils ont *"déjà donné"*, qu'ils sont *"soutenus par les syndicats"* se gardent souvent le plus facile et le plus agréable, laissant aux nouveaux le reste et les risques. Ils sont même parfois exemptés de certaines tâches, qui sont pourtant de leurs compétences et de leur savoir faire, pour *"se ménager jusqu'à la retraite".* (2 commentaires)

2.4.3 Les ordres contradictoires

Parmi les 24/30 participants à l'entretien relevant l'existence d'autres contraintes à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, les ordres contradictoires sont mis en évidence par près de la moitié d'entre eux (11/24 soignants, 11/70 commentaires). En réponse à la question 17, *les ordres contradictoires* ont fait l'objet de commentaires généraux : ils *''compliquent la manutention de patients''* (3 commentaires) et sont responsables de *''perte de temps pour s'informer à la source, s'il faut faire blanc ou noir''* par exemple (1 commentaire). Les commentaires spécifiques expliquent ensuite que :

- *''faute de transmissions claires pour assurer le suivi des patients''* d'une équipe à une autre, *''des interprétations différentes des infirmières''* aboutissent à des ordres contradictoires donnés aux préposés (2 commentaires)
- *''faute de conscience des supérieurs de la réalité pratique des auxiliaires et des vraies priorités sur le terrain''*, des ordres contradictoires créent de la confusion (2 commentaires). La priorité est-elle d'aider à la manutention de patients ou est-elle de donner les médicaments ou de répondre à un appel de patients?
- faute de latitude par rapport aux consignes du plan de soins qui prescrit la technique de manutention recommandée pour chaque patient (manuelle ou mécanisée, seul ou à deux soignants) et faute de temps pour l'actualiser régulièrement en équipe, les pratiques varient selon l'inclination du jour (2 commentaires). Faut-il obéir sans discernement ou tenter d'ajuster les capacités personnelles présentes à la dépendance du patient au moment de la manutention? Faut-il utiliser en priorité les lève-personnes pour économiser la santé des soignants (PDSB) ou en priorité des manutentions manuelles pour favoriser l'autonomie des patients (concept d'*Humanitude*)?
- faute de prise de décision concertée au sein des équipes de soignants, les priorités de soins à donner à un patient difficile varient selon l'opinion personnelle du décideur du jour (1 commentaire).

2.4.4 Le manque de pairage des soignants

Lors de l'investigation préliminaire, les cadres expliquent que la répartition des soignants en équipe de travail est faite par l'organisation du travail, en fonction du personnel disponible dans chaque unité à chaque moment. Elle est souvent ''le fruit du hasard'' et ne se réfère à aucune méthode particulière pouvant faciliter la manutention de patients.

Lors de l'investigation préliminaire, les syndicats avaient souligné le manque de pairage des soignants. Ils expliquaient que *''entre l'intérêt du patient et celui du soignant''* qui s'opposent parfois, *''le choix des unités et des supérieurs pour les patients se fait souvent au détriment des soignants''*. Ils accusaient les supérieurs *''d'avoir cassé les équipes''*, *''d'empêcher la formation d'équipe de travail en fonction des âges et des affinités, des techniques de travail et des valeurs''*.

Il n'est donc pas étonnant que le manque de pairage des soignants, en taille et en force, voire en âge et en affinité, soit ressorti des réponses à la question 17 de l'entretien. En effet, parmi les 24/30 participants à l'entretien relevant l'existence d'autres contraintes à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, le manque de pairage est exprimé par 10/24 participants (10/70 commentaires). Un commentaire général explique que le manque de pairage de taille et/ou de force induit un manque de coordination des soignants. Un manque de pairage d'âge signifie une technique de travail différente en fonction de la formation, des valeurs et des priorités personnelles. De plus, ne pas tenir compte des affinités dans le pairage ouvre à des difficultés relationnelles potentielles, avec un impact sur l'activité de manutention de patients. Ce commentaire général supporte les commentaires spécifiques au sujet du manque de pairage, qui ont été faits en fonction des conséquences sur la manutention de patients et sur les soignants.

- les soignants *''se donnant à fond''* en manutention et se plaignent des collègues les plus âgés ou blessés qui *''se ménagent''*, *''font semblant de forcer''*, *''s'économisent volontairement''* et biaisent la coordination (3 commentaires)
- *''le tempérament individualiste''* et *''le manque de bonne volonté''* des plus jeunes expliquent *''le manque de coordination''* dans la manutention de patients (3 commentaires)
- les soignants *''rodés à la pratique de la manutention''* se plaignent des nouveaux embauchés qui *''manquent de formation ou d'expériences''* pour la coordination souhaitée (2 commentaires)
- certains soignants sont jugés *''ne rien avoir à faire dans le métier''* par leur *''incapacité à fournir un effort et à se coordonner aux autres''* (1 commentaire)
- *''Il y a des soignants qui subissent leur métier, qui ne sont pas à leur place dans leur travail''* (1 commentaire).

2.4.5 Les exigences du plan de travail et du plan de soins

Lors de l'investigation préliminaire, nous avons appris par les cadres que le plan de travail (feuille de route) est un outil qui organise la tâche dans le temps, afin de pallier au manque de personnel et d'éviter les pertes de temps des soignants. Le plan de travail est théoriquement un mode d'emploi pour mettre en pratique la tâche prescrite, pour organiser la tâche en la découpant en activités. Le *''plan de travail est non négociable''* expliquait les cadres. En effet, le plan de soins (PII) détermine les activités de base nécessaires pour satisfaire les besoins fondamentaux (soins d'hygiène et soins médicaux) des patients, expliquent les cadres. Il précise les habitudes et les particularités de chacun, les demandes spécifiques et les privilèges autorisés. En fait, le plan de travail (feuille de route) des soignants sert à réaliser les objectifs du plan de soins (PII) des patients.

En entretien, parmi les 24/30 participants relevant l'existence d'autres contraintes à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, le plan de travail (feuille de route) et le plan de soins (PII) imposés aux soignants par leurs supérieurs sont cités par le quart d'entre eux (6/24 participants, 7/70 commentaires). En réponse à cette

question 17, les commentaires généraux expliquent que le plan de travail est "*exigeant*" parce qu'il règle le comment "*faire plus, en moins de temps*" et que "*sa logique n'est pas*" celle des soignants (2 commentaires). Les commentaires spécifiques des soignants sur leur feuille de route et le PII sont riches d'informations en 5 commentaires résumés :

- les plans supportent l'existence de nombreux privilèges. En effet, certains soignants ont "*le privilège d'être dispensé de certaines tâches*" (ex.: soins d'hygiène des hommes) et certains patients ont "*le privilège d'être autorisé à certaines choses*" (ex : être recouchés dans la matinée). Ces privilèges sont vécus comme des injustices par les soignants (souffrances) et sont dits augmenter les contraintes de la manutention de patients (1 commentaire)
- les plans ne sont "*pas tout à fait appliqués ou applicables*", parce que quoique certains en disent "*il n'y a pas qu'une façon juste de faire*" en fonction de la réalité du terrain perçue par les soignants (1 commentaire)
- les plans oublient "*la santé globale du patient*", qui a besoin de "*temps pour comprendre le comment coopérer à la manutention*", de "*temps pour être écouté dans ses besoins*", de "*temps pour construire une relation humaine avec les autres*", de "*temps pour la stimulation intellectuelle et le partage d'activités manuelles*". Les plans ont donc enlevé un "*sens au travail des soignants, celui de contribuer à la santé globale des patients*", selon l'expression d'un soignant (1 commentaire)
- le PII réduit les soins au minimum pour les patients, malgré "*l'absence des familles et la diminution des bénévoles*" auprès d'eux, malgré la politique de *Milieu de vie* et le concept d'*Humanitude* (1 commentaire)
- la feuille de route "*au lieu de faciliter l'activité de travail en l'organisant, la complique*" et "*fait perdre du temps*". "*On est devenu des distributeurs de pilules*", en tout temps (1 commentaire).

2.4.6 Les préférences non respectées

Parmi les 24/30 participants à l'entretien relevant l'existence d'autres contraintes à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail, les préférences étaient visées par le sixième d'entre eux (4/24 participants, 4/70 commentaires). Les commentaires au sujet des préférences des soignants non respectées par l'organisation du travail, sont expliqués à la question 17 de l'entretien. Les soignants préfèrent :

- manutentionner seul les patients en perte cognitive, qui "*se sentent menacés en présence de plusieurs soignants, surtout des* nouveaux" (1 commentaire)
- ne pas manutentionner avec une nouvelle collègue qui est à former : perte de temps et surcharge de travail, agressivité exacerbée des patients, augmentation des difficultés à la manutention (1 commentaire)
- éviter de communiquer avec certains collègues "*faute d'affinité et de concordance*", même au détriment de la manutention de patients (1 commentaire)
- manutentionner en alternant les patients difficiles avec les plus faciles. Pourtant, "les patients préfèrent la stabilité et la référence à un seul soignant pour leurs soins

d'hygiène". Cette contradiction entre la préférence des soignants et celle des patients est gérée par l'organisation du travail, qui généralement privilégie la préférence des patients (1 commentaire).

Tableau 53 : Répartition des réponses sur les autres contraintes liées à l'organisation du travail, selon 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, question 17)

Q17. Selon les autres contraintes, liées à l'organisation du travail (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	0	1	3
	Total	**2 (20%)** 2 soignants	**3 (4,92%)** 3 soignants	**1(20%)** 1 soignant	**6 (8%)** 6 soignants
Oui	18-29	0	11	0	11
	30-44	0	14	0	14
	45-60	7	33	4	45
	Total	**8 (80%)** 2 soignants	**58 (95,08%)** 19 soignants	**4 (80 %)** 3 soignants	**70 (92%)** 24 soignants
Grand total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Oui, car manque de personnel	18-29	0	4	0	4
	30-44	0	5	0	5
	45-60	3	9	3	15
	Total	**3**	**18**	**3**	**24**
Oui, car répartition inégale des tâches	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	4	0	4
	45-60	2	5	0	7
	Total	**2**	**12**	**0**	**14**
Oui, car ordres contradictoires	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	4	0	6
	Total	**2**	**9**	**0**	**11**
Oui, car manque de pairage des soignants	18-29	0	2	0	2
	45-60	1	7	0	8
	Total	**1**	**9**	**0**	**10**
Oui, car exigences des plans de travail et de soin	30-44	0	2	0	2
	45-60	0	4	0	4
	Total	**0**	**6**	**0**	**6**
Oui, car il y a des préférences	45-60	0	4	0	4
	Total	**0**	**4**	**0**	**4**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Le tableau 53 résume les autres contraintes des soignants regroupées par thèmes, chaque participant pouvant faire plusieurs commentaires sur des thèmes différents ou sur un même thème. *En observant les groupes et les générations, nous comprenons que ces autres contraintes liées à l'organisation du travail sont des difficultés équivalentes pour tous.* Elles sont souvent à l'origine de difficultés à la manutention de patients, selon les commentaires des soignants ayant participé à l'entretien.

2.5 Les autres difficultés à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail (entretien question 18)

En entretien, la question 18 ouvrait éventuellement sur d'autres difficultés à la manutention de patients, liées à l'organisation du travail. Les réponses n'ont pas été comptabilisées au début de ce paragraphe parce qu'elles semblent n'avoir aucun impact direct sur la manutention de patients, mais seulement contribuer à la souffrance des soignants au travail. Elles ont été regroupées en trois thèmes : les coupures (7 commentaires), les injustices (4 commentaires) et la répartition des patients (1 commentaire).

Le mot "*coupures*" sous-entend notamment la suppression de poste de travail suite à une réorganisation interne du personnel et l'existence de poste vacant en attente d'embauche adéquate. Par conséquent, certains postes dans la hiérarchie (cadres, infirmières et même auxiliaires parfois) ont des responsabilités et des activités de travail qui s'étendent à plusieurs unités, voire plusieurs bâtiments. Les soignants accusent donc les "coupures" d'être responsables :

- de la grosseur des équipes de soignants répartis sur plusieurs unités, difficiles à superviser par les infirmières et à gérer par les cadres. L'aspect familial des petites structures est en voie de disparition, l'entraide et le soutien des petites unités s'effilochent, le respect et la reconnaissance manquent de plus en plus. Les plus âgés (45-60 ans) regrettent "*le manque de supervision et le laisser faire des supérieurs*", regrettent "*l'anonymat et l'égoïsme des collègues*". Les soignants de la génération Y (18-29 ans) constatent le manque de confiance à leur endroit, se sentent surveillées et sont parfois accusées d'insuffisance. Les dénonciations sont pratique courante et encouragée par les supérieurs hiérarchiques, quels qu'ils soient.

"*L'ambiance, le climat de travail en souffre*".

- de la fuite des compétences et du savoir-faire des soignants qui ne pratiquent plus certaines tâches, supprimées ou déléguées à d'autres. Les tâches déléguées ne le sont pas toujours à des personnes compétentes, malgré une formation succincte (commande de matériels, prise de sang, pansements ...).

- de la planification excessive du travail qui accentue la hiérarchie des tâches et des soignants, qui ne laisse plus de marge de manœuvre pour organiser les activités en fonction de la réalité du terrain et de chacun, qui augmente le stress.

- de l'ajout de tâches aux soignants (préparer les plateaux repas, distribuer le linge, écrire des rapports) par suppression du *''petit personnel''*.

- de l'ajout de responsabilités par un plus grand nombre de patients à s'occuper, sur plusieurs unités ou sur plusieurs étages (escaliers ou ascenseurs).

Le mot *''injustice''* est prononcé pour parler de l'impartialité au sujet :
- du calcul de l'ancienneté en fonction de l'année d'embauche plutôt que du cumul des heures réellement travaillées. Les soignants travaillant à temps partiel sont donc avantagés par rapport à ceux travaillant à temps plein. Les soignants faisant de nombreuses heures supplémentaires ne sont pas avantagés par rapport à ceux n'en faisant pas.
- des primes de nuit attribuées à certaines équipes et pas à d'autres, malgré la présence au travail aux mêmes heures. Les équipes de nuit bénéficient d'une prime alors que les soignants de l'équipe du soir dont les horaires chevauchent ceux de l'équipe de nuit ne reçoivent aucune prime.
- du petit nombre et de l'attribution dite aléatoire des postes fixes. Certains soignants obtiennent un poste fixe en 4 ans et d'autres en 10 ans, dans un même CHSLD et pour le même titre de métier.
- de l'impossibilité de récupérer les jours fériés, lors de remplacement à temps partiel, pour les plus jeunes qui préfèrent un jour de repos à de l'argent. En effet, les jours fériés travaillés sont payés systématiquement, alors que certains soignants aimeraient plutôt choisir une journée de repos pour compenser.

La *répartition des patients* entre unités spécialisées par pathologie remplace malheureusement, pour certains soignants, le mélange de patients, toute pathologie confondue, dans chaque unité pour favoriser la diversité.

3 LES DIFFICULTÉS À LA MANUTENTION DE PATIENTS, LIÉES AUX ÉQUIPEMENTS

Lors de l'investigation préliminaire, nous avons appris que l'introduction progressive de lits électriques et de lève-personnes sur rails depuis 1995 est reconnue comme un progrès pour aider à la manutention de patients, *''mais cela ne fait pas tout''*.

En entretien, les difficultés à la manutention de patients, liées aux équipements, sont documentées entre les questions 20 et 24. Dans les chapitres précédents, *les équipements ont été dits jouer un rôle dans les difficultés physiques de la tâche de manutention de patients* (chapitre III.3) et dans les difficultés liées à l'environnement physique (paragraphe 4 de ce chapitre). Les difficultés spécifiques à la manutention, liées aux équipements, sont introduites par le tableau 54 (oui/non) et présentées globalement par la figure 29.

Tableau 54 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux équipements, selon les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Difficultés de manutention liées à l'équipement (entretien, n=30)					
	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	1	1	4
	Total	**2 (50%)**	**5 (22,73%)**	**1 (25%)**	**8 (26,67%)**
Oui	18-29	0	3	0	3
	30-44	0	5	0	5
	45-60	2	9	3	14
	Total	**2 (50%)**	**17 (77,27%)**	**3 (75%)**	**22 (73,33%)**
	Grand total	4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Ces difficultés à la manutention de patients liées aux équipements concernent *22/30 soignants participant à l'entretien,* qui visent *les lits électriques (15/22 participants)* et/ou *les lève-personnes (19/22 participants).* D'autres problématiques d'équipement ont été également expliquées en réponse à la question "autres" (11/22 participants). Les soignants pouvaient avoir à la fois des difficultés liées aux lits électriques et aux lève-personne. Ces résultats présentés globalement à la figure 30 sont détaillés dans les alinéas suivants.

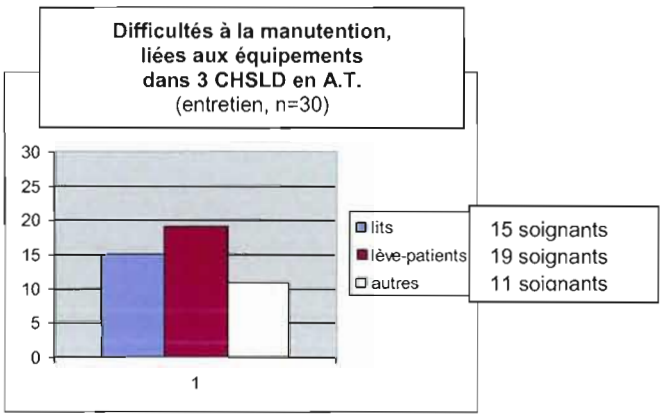


Figure 31 : Difficultés à la manutention de patients liées à l'équipement, selon 22/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

3.1 **Les lits électriques** (questions 20 à 21, entretien)

A la question 20 de l'entretien, les critères d'évaluation des lits électriques (nombre, performances, réglages, autres) ont été cités brièvement. Par les 15 soignants (23 réponses ou commentaires) qui vivaient des difficultés à la manutention de patients liées aux lits électriques, ont été retenues les difficultés liées au *nombre insuffisant* (*14/15 participants,* 14/29 réponses), à la fois aux *performances et aux réglages* (*7/15 participants*, 7/29 réponses) et "autres" qui ouvrait à commentaires (8/15 participants, 8/29 commentaires). Les soignants pouvaient donner plusieurs réponses ou commentaires, résumés dans le tableau 55.

Tableau 55 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux lits électriques, selon les 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, 30 réponses)

Q20. Lits électriques (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Pas de problème	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	2	2	1	4
	Total	**3 (42,86%)** 3 soignants	**11 (34,37%)** 11 soignants	**1 (20%)** 1 soignant	**15 (34,09%)** 15 soignants
Avec problèmes	18-29	0	4	0	4
	30-44	0	8	0	8
	45-60	4	9	4	17
	Total	**4 (57,14%)** 1 soignant	**21 (63,63%)** 11 soignants	**4 (80%)** 3 soignants	**29 (65,91%)** 15 soignants
Grand total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Nombre insuffisant	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	6	2	10
	Total	**2**	**10**	**2**	**14**
Performance et réglage	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	2	0	2
	45-60	1	2	1	4
	Total	**1**	**5**	**1**	**7**
"Autres"	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	3	0	3
	45-60	1	1	1	3
	Total	**1**	**6**	**1**	**8**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Les difficultés à la manutention de patients liées "aux performances et aux réglages" des lits électriques ont été expliquées avec les réponses. Nous apprenons que :

- il existe encore des lits à mécanisme manuel, qui demandent de la force et font du bruit. Ils sont donc *''rarement actionnés ... avec une manivelle''* (4 commentaires)
- *''le lit électrique ne monte pas assez haut pour pouvoir faire les pansements''* en position debout, comme cela est recommandée (2 commentaires)
- *'' il manque une commande électrique à distance''* (1 commentaire).

Les commentaires ''autres'' nous apprennent que :
- ''il faut se pencher ou s'accroupir au pied du lit, pour actionner la commande (4 commentaires)
- *''Mêmes si les lits électriques sont attribués aux patients les plus autonomes à leur arrivée''*, ces patients deviennent *''de plus en plus dépendants avec le temps''*. *''Le changement de lit n'est pas alors systématiquement fait''*, faute de temps (4 commentaires)

A la question 21 de l'entretien sur l'utilisation ou non des lits électriques, à partir de cinq critères nommés (toujours, presque toujours, souvent, quelquefois et jamais), les deux tiers des participants répondent : ''toujours'' (20/30 soignants) et *''presque toujours''* (6/30 soignants), soit 87% de l'échantillonnage. Les *4 autres participants à l'entretien restent à convaincre de l'utilité des lits électriques.* Ils ont répondu ''variable'' (critère non proposé), ''quelquefois'' et ''souvent''. Ils ne sont pas de la génération des baby-boomers et appartiennent au groupe B *ayant eu des maux de dos dans l'année.* Ces résultats sont présentés au tableau 56.

Les commentaires de ces quatre soignants sur le ''pourquoi'' ouvrant la question à commentaires, nous apprennent que :

- les difficultés pour utiliser les fonctions des lits électriques dépendent des modèles et des séries. En effet, c'est une question de place des manettes et d'actions qu'elles commandent. Par exemple, la manette située à la tête du lit *''ne commande que l'inclinaison de la tête et du pied de lit''* et *''il faut s'étirer le bras et se mettre en déséquilibre pour l'atteindre''*. Autre exemple, la manette située en bas du pied de lit, qui fait toutes les fonctions, nécessite *''de se pencher ou de s'accroupir''*, *''de se mettre à genoux''* pour l'utiliser, *''c'est pénible, surtout avec le mal de dos''*.

- les soignants de nuit préfèrent laisser les lits en position basse *''pour favoriser l'autonomie des patients qui se lèvent la nuit''*, et *''pour limiter la hauteur de chute éventuelle des patients sans contention''*. Ils disent aussi ne pas utiliser les fonctions des lits électriques pour les manutentions, pour *''ne pas réveiller les patients endormis et les mettre de mauvaise humeur''*.

Tableau 56 : Évaluation de l'utilisation des lits électriques par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Q21. Utilisation des lits électriques (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Toujours	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	5	0	5
	45-60	**3**	**7**	**4**	**14**
	Total	**3 (75%)**	**13 (59,09%)**	**4 (100%)**	**20 (66,67%)**
Presque toujours	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	45-60	1	3	0	4
	Total	**1 (25%)**	**5 (22,73%)**	**0**	**6 (20%)**
Souvent	18-29	0	1	0	1
	Total	**0**	**1 (4,55%)**	**0**	**1 (3,33%)**
Quelquefois	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1 (4,55%)**	**0**	**1 (3,33%)**
Variable	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**2 (9,10%)**	**0**	**2 (6,66%)**
Total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

3.2 **Les lève-personnes** (questions 22 et 23, entretien)

A la question 22 de l'entretien, les critères d'évaluation des lève-personnes (nombre, disponibilité, performance ... ou "autres") ont été cités brièvement. Les 19 soignants qui vivaient des difficultés à la manutention de patients liées aux lève-personnes ont faits 32 réponses ou commentaires. Il s'agit principalement de *manque d'espace pour s'en servir* (11/32 réponses), *du manque de latitude pour s'en servir* (6/19 soignants, 6/32 réponses) et *des problèmes de manipulations* (5/19 soignants, 5/32 commentaires) expliquées dans "autres". Les participants pouvaient donner chacun plusieurs réponses, résumées dans le tableau 56.

Avec les soignants n'ayant pas de difficultés de manutention de patients liées aux lève-personnes (11/30 participants, 11/46 réponses), nous apprenons que les lève-personnes sont en nombre suffisant dans certaines unités de soins, où les patients sont autonomes physiquement.

Dans le tableau 57, nous remarquons que parmi les difficultés d'équipement liées aux lève-personnes (19 soignants pour 32 réponses), certaines sont reliées directement au matériel et à son utilisation (installation ou équipement inadéquat, manque d'espace, manque de performance, problèmes de manipulation) et d'autres sont reliés à des facteurs organisationnels (nombre insuffisant, manque de personnel,

manque de temps et de latitude pour s'en servir). *Les difficultés d'équipement reliées directement aux lève-personnes reçoivent deux fois plus de commentaires* (22 réponses) *que celles reliées à l'organisation du travail* (10 réponses). Certains soignants ont donné plusieurs réponses dans deux catégories à la fois ou dans la même catégorie.

Les commentaires qui ont accompagné les réponses à cette question 22 de l'entretien, nous apprennent que pour les lève-personnes :

- il en manque *''à certains endroits stratégiques''* (4/19 participants). Certaines chambres ont *''un rail au plafond mais pas de moteur''*, d'autres ne sont *''pas équipés du tout alors que les patients ont tendance à perdre leur autonomie avec le temps''*.

Dans le tableau 57, ces commentaires se cachent dans ''nombre insuffisant'' et ''installation ou équipements inadéquats''.

- anciens, mobiles ou fixes, ils sont difficiles à utiliser et même dangereux (8/19 participants), difficiles à déplacer, à manœuvrer et à utiliser *''ce qui est stressant''*. Certains d'entre eux sont *''bruyants, tremblotants et même souvent en panne''*. Néanmoins, ils sont une aide *''nécessaire en cas d'urgence et d'imprévu, lorsqu'un patient chute hors de sa chambre, par exemple''*. Dans le tableau 54, ces commentaires se cachent dans ''manque de performance des équipements'' et ''problèmes de manipulation''.

- sont parfois inadéquats (3/19 participants), lorsque constitués d'une *''barre trop étroite qui plie avec le poids du patient, au risque de se rompre'', lorsqu'ils ''se dérèglent vite et que la manette tombe sur le nez du patient''*. Les modèles sont différents, selon *''le choix des équipements et la politique d'entretien de la direction''. ''Ce sont nous les utilisateurs et pourtant ils ne tiennent jamais compte de notre avis''.*
- il manque d'espace pour s'en servir, depuis que les chambres sont encombrées d'affaires personnelles (politique de ''milieu de vie'') et que *''les lits sont souvent poussés contre un mur'', ''décentrant le rail et compliquant l'accessibilité de la manette d'utilisation''* (11/19 participants). *''On ne prend pas toujours le temps de réorganiser la chambre avant chaque manutention, en sortant les fauteuils et le reste qui gênent''*:

- il manque de latitude pour s'en servir, *''depuis qu'une prescription est obligatoire et insérée dans le PII''* (6/19 participants) et manque de personnel pour s'en servir, obligeant au non respect de ce règlement (2/19 participants). Il faut en théorie *''toujours être deux pour s'en servir, alors que parfois on est seul pour le faire''*.

Tableau 57 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées aux lève-personnes), selon les 30 participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien, 43 réponses).

Q22. Lève-personnes (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Pas de problème	18-29	0	4	0	4
	30-44	0	3	0	3
	45-60	2	2	0	4
	Total	**2(40%)** 2 soignants	**9 (27,27%)** 9 soignants	**0 (0%) 0 soignant**	**11 (25,58%)** 11 soignants
Avec problèmes	18-29	0	0	0	0
	30-44	0	9	0	9
	45-60	3	13	7	23
	Total	**3 (60%)** 2 soignants	**24 (72,73%)** 13 soignants	**5 (100%)** 4 soignants	**32 (63,33%)** 19 soignants
Grand total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Nombre insuffisant		**0**	**1**	**0**	**1**
Manque de performance		**0**	**3**	**0**	**3**
Problèmes de manutention des équipements		**0**	**5**	**0**	**5**
Installation ou équipement inadéquat		**1**	**1**	**1**	**3**
Pour s'en servir					
Manque de personnel		**0**	**2**	**0**	**2**
Manque de temps		**0**	**1**	**0**	**1**
Manque de latitude		**1**	**4**	**1**	**6**
Manque d'espace		**1**	**7**	**3**	**11**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Par le tableau 57, nous comprenons que *les soignants qui ont des maux de dos (groupe B) sont les seuls à se plaindre du nombre insuffisant, du manque de performance, de problèmes de manutention des équipements, du manque de personnel et de temps pour s'en servir* (12 commentaires sur ces 5 critères).
La question 23 de l'entretien sur l'utilisation des lève-personnes, ne concerne pas les soignants dont les patients sont autonomes et ceux qui préfèrent la manutention manuelle. Le choix de la manutention manuelle est fait pour favoriser l'autonomie des patients (concept d'*Humanitude*), pour éviter de *''se blesser avec un lève-personne difficile à utiliser ou dangereux"*, pour pallier au manque de lève-personne auprès d'un patient *''qui se dégrade vite''* (5/30 participants).

Par contre, le choix d'utiliser un lève-personne est dit *''ne pas être du ressort des soignants".* En effet, comme nous l'avons vu à la question précédente, l'utilisation des lève-personnes est soumise à une prescription par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute. Cette *"prescription manque souvent, faute d'évaluation renouvelée du patient''* (physique, cognitive et comportementale), faite seulement 2 fois par an,

pour actualiser le PII. De plus, *''l'application de cette prescription dépend de la décision de l'infirmière chef''* pour l'insérer dans le plan de travail des soignants. Les soignants disent ne pas avoir la latitude de *''choisir d'utiliser un équipement''* d'aide à la manutention de patients, en fonction *''de l'état évolutif et variable du patient''* et *''de leur capacité personnelle du jour (fatigue, douleur)''*. A cela s'ajoute un ordre contradictoire qui oppose l'ASSTSAS (PDSB *''zéro soulèvement manuel, en Amérique du nord''*) et le concept d'*Humanitude* (Gineste et Marescotti, *''Vivre et mourir debout'')* soutenant l'autonomie du patient à stimuler par la manutention manuelle. Cet état de fait est dénoncé par des soignants (3/30 participants) qui expriment un *malaise individuel* et l'existence de *conflits collectifs entre les partisans de la manutention manuelle et ceux de la manutention avec un lève-personne*.

''Enlever l'autonomie d'un patient, c'est comme me couper un bras''.

Tableau 58 : L'évaluation de l'utilisation des lève-personnes par les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Q23 Utilisation lève-personne (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes des soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Non applicable	18-29	0	2	0	2
	30-44	0	1	0	1
	45-60	2	0	0	2
	Total	**1 (50%)**	**3 (13,64%)**	**0**	**5 (16,67%)**
Toujours	18-29	0	1	0	1
	30-44	0	5	0	5
	45-60	2	5	3	10
	Total	**2 (50%)**	**11 (50%)**	**3 (75%)**	**16 (53,33%)**
Presque toujours	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	5	0	5
	Total	**0**	**6 (27,27%)**	**0**	**6 (20%)**
Quelquefois	30-44	0	1	0	1
	Total	**0**	**1 (4,55%)**	**0**	**1 (3,33%)**
Jamais	45-60	0	0	1	1
	Total	**0**	**0**	**1 (25%)**	**1 (3,33%)**
Souvent	18-29	0	1	0	1
	Total	**0**	**1 (4,55%)**	**0**	**1 (3,33%)**
Sous-total des utilisateurs		2 (50%)	19 (86,36%)	4 (100%)	25 (83,33%)
	Grand total	4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Le tableau 58 répertorie les réponses des soignants à la question 23 de l'entretien. Ceux qui ont répondu *''toujours''* ont ajouté *''lorsque c'est prescrit''* (15/30). En cumulant les réponses ''toujours'' (16/30) et celles ''presque toujours'' (6/30), nous trouvons une *utilisation des lève-personnes* par presque les trois quart des soignants

participants *(22/30 participants)* *''lorsque c'est prescrit''*. Une personne ne les utilise que ''quelques fois'' et une autre ''jamais'' parce que c'est *''trop long à s'en servir''*. *Les participants ayant des maux de dos (groupe B) sont les seuls à ne pas utiliser régulièrement les lève-personnes* (quelquefois, souvent), *bien que prescrits.*

3.3 Les autres difficultés d'équipement (question 25, entretien)

D'autres équipements d'aide à la manutention ou à la contention ont été cités par le tiers des participants (11/30), seulement des soignants du groupe B (maux de dos), en réponse à la question 25 de l'entretien.

Ces 11 soignants font tous le même commentaire général (11 commentaires) au sujet du manque de remplacement et d'entretien régulier des équipements, en préventif, à cause des compressions budgétaires et humaines. Seules les réparations en urgence (palliatif) sont effectuées, au mieux, par les hommes d'entretien qui sont *''de moins en moins nombreux''*. C'est le fruit de *''la politique du court terme même si cela revient plus cher que de viser le long terme''*.

Les commentaires spécifiques sur les sièges (6 commentaires) nous apprennent que :
- la toile en filet sur les chaises et les civières de bain hydrauliques est trop étroite pour la plupart des patients en surcharge pondérale. Par conséquent, les manipulations *''difficiles se multiplient et le temps d'installation des patients s'allonge''* alors qu'il est compté.
- les chaises trouées pour installer les patients à la douche sont *''anciennes et difficiles à manœuvrer''*.
- les chaises longues dans les chambres sont *''trop basses pour y installer des patients en perte d'autonomie''* et *''la ceinture pour les attacher par l'arrière est alors difficile d'accès''*.
- certains fauteuils roulants sont peu performants, faute de pouvoir basculer vers l'arrière facilement lorsqu'un patient glisse vers l'avant.

''Ils appartiennent aux familles la plupart du temps, puisque le CHSLD ne les fournit plus aux patients''.

Les commentaires spécifiques sur les chariots (4 commentaires) précisent que :
- ceux de linge sont anciens et surchargés, difficiles à manœuvrer dans les espaces restreints
- ceux à pansements et à médicaments sont trop hauts. A cette hauteur s'ajoute dans certains CHSLD une pile de feuilles installée sur un support encore plus haut.

Les commentaires spécifiques sur les accessoires de lits (2 commentaires) nous renseignent sur :
- les barrières qui accrochent dans la literie plus large que le sommier. Les doigts des soignants se coincent parfois lors de la manutention de patients (blessures de la peau et microtraumatismes des articulations citées)

- les barres verticales ou horizontales, pour faire participer les patients à leur manutention, sont dites insuffisantes en nombre.

Les autres commentaires spécifiques (2 commentaires) touchent le manque de baignoire, au profit des douches, alors que la plupart des patients *''préfèrent les bains, sauf les anciens mineurs habitués aux douches''*. Par conséquent, les emplois du temps des soignants *''pour assurer les toilettes des patients s'étalent sur toute la journée''*.

4 LES DIFFICULTÉS À LA MANUTENTION DE PATIENTS, LIÉES À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

En entretien, les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement pour les soignants de 3 CHSLD en A.T., ont été documentées aux questions 35 (physique) et 36 (psychosocial). Les résultats sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement psychosocial ont été présentés au chapitre III.5, et concernaient 29/30 soignants (109 commentaires). Les résultats sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique, touchent 28/30 soignants participants (76 commentaires). *Par conséquent, les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique suscitent plus de commentaires des soignants que celles liées à l'environnement psychologique, à effectif équivalent.*

En entretien, dans la question 35 sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique étaient cités brièvement plusieurs thèmes (manque d'espace, espace mal agencé, espace encombré, espace glissant, décoration) et ''autres'' pour ouvrir à commentaires. Les résultats sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique sont illustrés globalement en figure 31 et présentées en détails dans les alinéas suivants résumés dans le tableau 59.

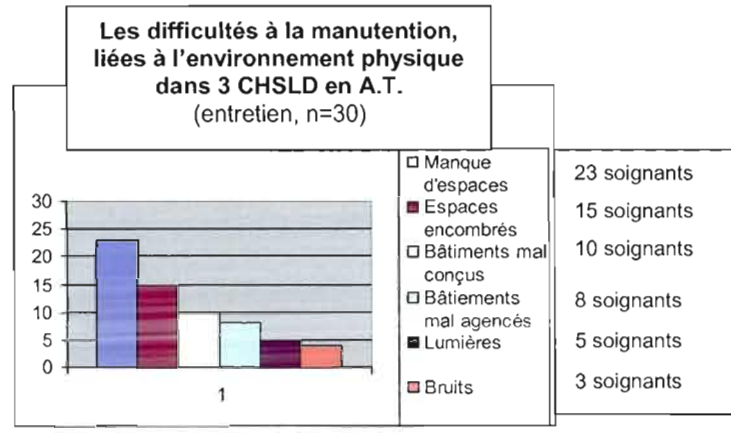


Figure 32: Difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique, selon 28/30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

La figure 32 met particulièrement en *évidence les difficultés à la manutention vécues par les soignants en termes d'espace (28/28 participants) : manque d'espace (23/28), espaces encombrés (15/28).* Les difficultés liées aux bâtiments sont citées par 12/28 participants : mal conçus (10/28), mal agencés 8/28. Dans "autres" les lumières (5/28 participants) et les bruits (3/28 participants) ont été cités comme difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique. Les soignants participants pouvaient donner plusieurs réponses à cette question 35 de l'entretien.

4.1 Le manque d'espace et l'encombrement des lieux (entretien, question 35)

Parmi les soignants concernés par les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique (28/30), le manque d'espace est cité par le plus grand nombre (23/28 participants, 23/76 commentaires) en réponse à la question 35 de l'entretien. Ce manque d'espace existe dans les chambres et les couloirs, dans les postes de soins, les salles à manger et les salons, les salles de bains et les toilettes. Il varie selon la conception des bâtiments et l'encombrement des lieux. Il est dit créer des difficultés pour circuler avec les chariots et les fauteuils roulants, d'un endroit à un autre :

"Je n'ai même pas la place de me glisser entre le mur et le siège des toilettes pour tenir et aider un patient".

"La porte du cabinet de toilette s'ouvre sur la chambre et gêne l'accès en fauteuil roulant".

Parmi les soignants concernés par les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique, l'encombrement des lieux est cité par plus de la moitié d'entre eux (15/28 participants, 15/76 commentaires). Ces 15 soignants avaient aussi cité le manque d'espace comme difficulté à la manutention de patients liée à l'environnement physique. Selon leurs commentaires généraux, l'encombrement des lieux est à la fois une question d'affaires personnelles des patients et de matériel des soignants (3 commentaires). Des commentaires spécifiques sont ajoutés et nous apprennent que :

- les patients *"ne veulent pas laisser aller leurs affaires"* et certaines familles *"ne veulent pas récupérer des affaires",* profitant ainsi du droit d'être *"comme à la maison"* prôné par la politique de *Milieu de vie* (2 commentaires);

- la présence de certaines *"familles à toute heure encombre les lieux"*, *"familles responsables du ménage des chambres et du lavage des vêtements des patients"*, *"familles accompagnant leur mourant"* (2 commentaires);

- le droit acquis par les patients en *Milieu de vie "d'amener des affaires personnelles et d'organiser leur chambre à leur goût"*, même dans les bâtiments rénovés ou agrandis, encombre les lieux *"de fauteuils et de meubles, de réfrigérateur et de distributrice d'eau, de cage à oiseaux ou à hamsters"* (4 commentaires)

- *''en poussant le lit contre le mur''* ou *''dans un coin de la chambre''*, *''le rail du lève-personne n'est plus centré''* et *''sa manette d'utilisation n'est plus accessible''*. En fait, l'encombrement des lieux a modifié l'agencement recommandé des chambres par l'ASSTSAS, créant des postures contraignantes mimées par des soignants en entretien (4 commentaires).

4.2 Les bâtiments des CHSLD, leur conception architecturale et leur agencement intérieur (entretien, question 35)

Parmi les soignants concernés par les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique (28/30), les *bâtiments* sont dits *mal conçus* architecturalement par 10/28 d'entre eux (10/76 commentaires) et *mal agencés* intérieurement par 8/28 d'entre eux (8/76 commentaires) à la question 35 de l'entretien. Les commentaires généraux nous apprennent que les bâtiments les plus anciens étaient conçus pour des personnes autonomes alors que les plus récents le sont pour des personnes en perte d'autonomie. Néanmoins, ces derniers sont construits sans concertation des utilisateurs et sans tenir compte des suggestions des soignants concertés.

Les commentaires spécifiques sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique en termes de conception architecturale sont variés. Il s'agit :

- du volume et de la configuration en hauteur de certains bâtiments, *''qui ne permettent plus la convivialité d'un petit milieu''* et *''l'ambiance agréable du travail''* et aussi de *''la vétusté de certains lieux''* (3 commentaires);

- des chambres *''trop petites''*, des portes et des couloirs *''trop étroits et à angles''* dans les anciens bâtiments. Ces contraintes physiques sont dites compliquer la manutention des fauteuils roulants et des civières, ou tout simplement le passage d'un soignant soutenant un patient, de front lors des déplacements accompagnés (7 commentaires).

Les commentaires spécifiques sur les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique en termes d'agencement intérieur des bâtiments, mettent en évidence :

- un rail du lève-personne qui est *''trop court à cause du coffret de ventilation et limite l'espace utilisable pour la manutention''* (1 commentaire);

- des calles en bois servent à bloquer les portes et gênent le passage des chariots et des fauteuils roulants au niveau des portes, font des croche-pieds parfois (1 commentaire);

- le système de clés, de verrous ou de crochets en hauteur, vécu comme une contrainte pénible et stressante et comme une perte de temps par des soignants

participants (6 commentaires). Ce système de sécurité est présent dans les unités fermées, celles où les patients sont en perte cognitive, nécessitant le blocage des portes et des placards, des réfrigérateurs et des robinets par des clés, des verrous ou des manettes. Ce système de sécurité est complété par le port de bracelets magnétiques par les patients pour alerter les soignants de leur présence au-delà des zones autorisées (alarme), nous explique-t-on.

"On est transformé en porte-clés, à longueur de journée. C'est pénible et lourd pour nous et cela augmente l'inquiétude des patients qui deviennent alors plus agressifs".

4.3 **La lumière et les bruits** (entretien, question 35)

Parmi les soignants concernés par les difficultés à la manutention de patients, liées à l'environnement physique (28/30), la *lumière est citée par 5/28 d'entre eux (5/76 commentaires) et les bruits par 3/28 d'entre eux (3/76 commentaires*), en réponse à la question 35 de l'entretien.

Les soignants expliquent au sujet de la lumière que le système d'appel des patients diffère d'un CHSLD à un autre. Soit une lumière s'allume au dessus de la porte de la chambre pour situer l'appel sonore d'un patient; soit le téléphone sonne dans l'office de soin et les couloirs pour avertir et afficher le numéro de la chambre du patient; soit la pagette, accrochée à la ceinture des soignants, vibre ou sonne pour prévenir et afficher le numéro de la chambre du patient.

Les commentaires spécifiques de cinq soignants sur les lumières expriment un regret:

- du *"manque d'intensité variable des lumières"* dans les couloirs la nuit. Par conséquent, *"les patients sont gênés pour dormir"* par la lumière et sont *"de mauvaise humeur et moins coopérants pour leur manutention, voir agressifs"* (2 commentaires);

- du manque de lumière rouge au dessus de la porte pour signaler, dans certaines unités, l'appel d'un patient + de lumière verte pour signaler la présence de soignant dans la chambre. Par conséquent, les soignants ne peuvent pas savoir si les appels ont obtenu une réponse (*"les patients attendent"*) et si une collègue recherchée pour de l'aide s'y trouve (3 commentaires).

"Les soignants s'en passent ou perdent du temps à le chercher de chambre en chambre, faute de lumière de présence".

Les commentaires spécifiques sur les bruits (3 soignants font 9 commentaires) nous apprennent que :

- le bruit des téléphones ou des pagettes avertissant les soignants de l'appel des patients *"fatigue ou agace*, et *oblige d'interrompre la tâche pour répondre"*. La sonnerie de la pagette peut être remplacée par une vibration, rarement utilisée par

les soignants parce que *''désagréable et stressante''* (3 commentaires). Les soignants évaluent entre 10 et 100 appels, entre la nuit et le jour, selon les unités et les patients, selon le jour et le temps, le moment et l'ambiance;

- au bruit des clés dans les serrures et des portes métalliques des unités de soins *''qui claquent en se fermant''*, s'ajoutent *''les bruits de la ventilation dans les bâtiments anciens et des chutes à linge ou à déchets''* dans les bâtiments neufs (4 commentaires). Ces chutes sont regroupées dans une unité pour trois unités dans un CHSLD, comme les locaux réservés à cet effet dans les autres CHSLD;

- le bruit des télévisions et des postes de radio est *''à plein volume''* pour les patients à l'audition faible, sur des chaines et des ondes différentes (2 commentaires).

''C'est une vraie cacophonie, que l'insonorisation récente des murs n'atténue même pas''.

''Le bruit, peu de soignants s'en plaignent. On est habitué à force. On ne l'entend même plus''

4.4 Les autres difficultés d'environnement physique (question 35, entretien)

Les autres difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique touchent *l'air, l'eau et la température.* Elles sont répertoriées à la question 35 de l'entretien parce qu'elle crée un *''inconfort''* ou un *''mal-être''* aux soignants ou aux patients, qui *''modifie les comportements de certains''* et complique la manutention. Ces autres difficultés liées à l'environnement physique concernent 6/30 participants (6/76 commentaires)

D'une façon spécifique, nous apprenons que :
- le manque d'isolation et de climatisation des anciens bâtiments ne permet pas une régulation de la température satisfaisante selon la saison. L'hiver, les patients ont froid et l'été, *''les soignants étouffent et les patients se déshydratent''* (2 commentaires);

- les thermostats individuels dans certaines unités des bâtiments récents sont *''manipulés par les patients qui ont toujours trop froid''* et *''par des soignants qui ont toujours trop chaud''*. La chaleur excessive est accusée d'ajouter à l'effort et à la fatigue de la manutention de patients par les soignants (2 commentaires);

- les courants d'air passent sous certaines portes ou fenêtres, gênent au niveau des ventilations des salles de bain. Les clients *''ont froid et ne coopèrent pas à leur toilette''* (1 commentaire);

- l'eau s'écoule des fenêtres quand il pleut et les vieilles douches fuient. Les soignants en sont irrités et doivent *''éponger le trop et éviter de tomber dans le mouillé''* (1 commentaire).

Tableau 59 : Répartition des réponses sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique, selon les 30 soignants participants de 3 CHSLD en A.T. (entretien)

Q35. Environnement physique (entretien)					
Réponses	Tranches d'âge **	Groupes de soignants participants *			Total (30)
		A (4)	B (22)	C (4)	
Sans problème	18-29	0	0	0	0
	30-44	0	1	0	1
	45-60	0	0	1	1
	Total	**0** 0 soignant	**1 (1,72%)** 1 soignant	**1 (10%)** 1 soignant	**2 (2,56%)** 2 soignants
Avec problèmes	18-29	0	10	0	10
	30-44	0	13	0	13
	45-60	10	28	9	53
	Total	**10 (100%)** 4 soignants	**57 (98,28%)** 21 soignants	**9 (90 %)** 3 soignants	**76 (97,44%)** 28 soignants
Grand total		4 (100%)	22 (100%)	4 (100%)	30 (100%)
Manque d'espace		**3**	**17**	**3**	**23**
Espace encombré		**1**	**12**	**2**	**15**
Bâtiments mal agencés		**2**	**7**	**1**	**10**
Bâtiments mal conçus		**2**	**5**	**1**	**8**
Lumière		**1**	**3**	**1**	**5**
Bruit		**1**	**7**	**1**	**9**
"Autres"		**0**	**6**	**0**	**6**

** groupe A (sans douleur), groupe B (maux de dos non exclusif), groupe C (douleur ailleurs qu'au dos)*
*** générations Y (4), X (8) et baby-boomer (18)*

Dans le tableau 59, qui résume l'ensemble des difficultés à la manutention de patients liées à l'environnement physique, nous remarquons que la génération X (30-44 ans) a fait en moyenne le moins de commentaires (13 commentaires pour 7 soignants) alors que la génération des baby-boomers en a fait proportionnellement le plus (53 commentaires pour 17 soignants). Le manque d'espace et les espaces encombrés (qui peuvent résulter du manque d'espace) ont fait l'objet de la moitié des commentaires sur les difficultés d'environnement physique (38/76). Les bâtiments mal agencés ou mal conçus ont, quant à eux, regroupé presque le quart des commentaires (18/76).

En résumé, ce chapitre confirme la littérature en deux points :

- le poids excessif ne semble pas un facteur de risque de lombalgie (alinéa 1.1.4)
- la pratique d'une activité physique ne garantit pas l'absence de maux de dos (alinéa 1.3.1)

En résumé sur les difficultés à la manutention de patients, nous apprenons des soignants que

au sujet des difficultés liées aux caractéristiques personnelles des soignants :

- *l'hygiène de vie* (22/30 soignants) et *l'état de santé* des soignants (21/30 soignants) sont plus cités que les caractéristiques morphologiques (9/30 soignants) (paragraphe 1, figure 25)
- l'hygiène de vie vise particulièrement *le sommeil* et *le sport* (tableau 48) et l'état de santé *l'augmentation de la douleur* et *la fatigue* (tableau 47)
- les commentaires au sujet des activités sportives ajoutent de la compréhension. Elles sont vécues négativement par les soignants (18/22 participants) à cause de la douleur ou positivement (4/22 participants) en tant qu'hygiène de vie nécessaire pour diminuer leurs difficultés à la manutention de patients (alinéa 1.3)
- l'état de santé physique est dit se répercuter parfois sur la tolérance psychologique des soignants au travail, particulièrement en manutention de patients (13 commentaires) (alinéa 1.2)
- l'état de santé en termes de capacités fonctionnelles limitées est seulement cité par des soignants ayant des maux de dos et en termes de faiblesse musculaire par ceux ayant de la douleur, particulièrement des maux de dos (alinéa 1.2)

- les caractéristiques morphologiques jouent un rôle, même si le travail des femmes et des hommes est théoriquement identique, même si les manutentions les plus difficiles sont théoriquement répartis entre les soignants, il n'en est pas de même en pratique (alinéas 1.1.1 et 1.1.2)
- l'IMC est excessif ($\geq$25 kg/m^2) dans la population des soignants des CHSLD en A.T. et dans l'échantillonnage (22/30 participants, soit 71%) comparé à celui des répondants à l'Enquête Santé-Québec (52,5%) (alinéa 1.1.4)
- la taille et/ou le poids sont reconnus être une difficulté à la manutention de patients, par le tiers des participants à l'entretien, bien que les trois quarts d'entre eux aient un IMC trop élevé (alinéa 1.1.3, tableau 46).

au sujet des difficultés liées à l'organisation du travail :

- elles sont les plus citées (25/30 participants) et se valent le plus de commentaires (193), parmi l'ensemble des difficultés à la manutention de patients.

- elles s'expriment principalement en termes de *contraintes de temps* (20/30 participants) et de *contraintes horaires* (19/30 participants) pour effectuer la manutention de patients (paragraphe 2, figure 26)
- les contraintes de temps visent plus un *manque de temps théorique et pratique* pour la manutention de patients (36 commentaires) que du temps ajouté (14 commentaires) (alinéa 2.2, tableau 51)
- les contraintes horaires visent surtout le *temps partiel 7/7 à compléter ou non sur appel* (11/19 participants) (tableau 52). Elles sont physiques (fatigue) et

psychologiques (obligations) et ont un impact sur la manutention de patients (alinéa 2.3)
- les contraintes de fréquence de manutention de patients (11/30 participants) sont particulièrement expliquées en termes de *politique d'organisation du travail* (11 commentaires) (alinéa 2.1)
- les autres contraintes sont importantes (24/30 participants) en termes de *manque de personnel* (24 commentaires), *de répartition inégale des tâches* (14 commentaires) et d'ordres contradictoires (11/30 participants) (alinéa 2.4, figure 27 et tableau 53).

au sujet des difficultés liées aux équipements :

- elles sont autant citées (22/30 participants, 86 commentaires) que les difficultés à la manutention liées aux caractéristiques personnelles (22/30 participants, 100 commentaires).

- les *lève-personnes* (19/22 participants) sont moins cités que les *lits électriques* (15/30 participants) (paragraphe 3, figure 29)
- pour les lève-personnes, c'est surtout une question *de manque d'espace pour s'en servir* (11 réponses) (alinéa 3.2, tableau 57) et pour les lits électriques, c'est une question de *nombre insuffisant* (alinéa 3.1, tableau 55)
- un tiers des participants n'utilisent pas "toujours" ou "presque toujours" les lits électriques et la moitié des participants n'utilisent pas "toujours" les lève-personnes (alinéas 3.1 et 3.2, tableaux 56 et 58)
- les participants ayant des maux de dos (groupe B) sont les seuls à ne pas utiliser régulièrement les lève-personnes (quelquefois, souvent), bien que prescrits (alinéa 3.2), particulièrement ceux ayant de la douleur (tableau 54)

- il existe un malaise individuel et des conflits collectifs entre les partisans de la manutention manuelle et ceux de la manutention avec un lève-personne (concept d'*Humanitude,* PDSB de l'ASSTSAS) (alinéa 3.2).
- les lits restent en position basse la nuit, compliquant la manutention de patients (alinéa 3.1)
- la prescription pour l'utilisation d'un lève-personne est dite obligatoire (pas de latitude décisionnelle des soignants) (alinéa 3.2)
- les participants ayant des maux de dos sont les seuls à avoir des problèmes notoires de manipulation des lève-personnes (groupe B, 5/24 commentaires) (alinéa 3.2)

au sujet des difficultés liées à l'environnement physique :

- elles sont autant citées (28/30 participants) que celles liées à l'environnement psychosocial (29/30 participants). Par contre le nombre de commentaires est plus important sur les difficultés de l'environnement psychosocial (109) que sur les difficultés de l'environnement physique (76).

- elles s'expriment principalement en termes de manque d'espace (23/30 participants), d'espaces encombrés (15/30 participants) (alinéa 4.1, tableau 59).

Au tableau 60, nous remarquons que les déterminants qui concernent le plus de soignants, au sujet des difficultés à la manutention de patients, sont le manque de soutien psychosocial (difficultés d'environnement psychosocial), le manque d'espace intérieur (difficultés d'environnement physique), l'intensité de l'effort à fournir (difficultés physique de l'activité de travail). Les paramètres les plus cités sont le manque de personnel (difficultés d'organisation du travail), les espaces insuffisants (difficultés d'environnement physique) et la rigidité des patients (difficultés physiques de la tâche).

Tableau 60 : Synthèse des réponses principales des 30 soignants de 3 CHSLD en A.T., sur les difficultés à la manutention de patients, répertoriées selon le modèle POETE (entretien)

Synthèse des principales difficultés à la manutention de patients par les soignants des CHSLD en A.T.		
Difficultés (soignants)	leurs déterminants (soignants)	leurs paramètres principaux (commentaires)
de caractéristiques Personnelles (22/30)	état de santé (21/22)	↑ de la douleur (12), fatigue(10)
	hygiène de vie (18/22)	troubles du sommeil (12)
d'Organisation du travail (25/30)	autres contraintes (24/25)	manque personnel (24), répartition inégales (14), ordre contradictoire (11)
	contrainte de temps (20/25)	manque de temps théorique et pratique (36) temps ajouté (14)
	contrainte d'horaire (19/25)	7/7 j sur appel (11)
d'Équipements (22/30)	lève-personnes (19/22) utilisation (22/30)	manque d'espace pour s'en servir (11)
	lits électriques (15/22) utilisation (26/30)	nombre insuffisant (14)
physique de la Tâche (activité de travail) (29/30)	postures (23/29)	flexion sagittale du dos (12), torsion du dos (10)
	mouvements (24/29)	transférer (11)
	positions (16/29)	accroupie (12)
	efforts à fournir (27/29)	imprévus (15), en posture contraignante (12), excentrique (10)
	intensité de l'effort (28/29)	rigidité du patient (19), réactions imprévisibles (17), non coopération du patient (16), poids du patient (13)
	répétitivité (24/29)	fréquence du mouvement (15)
d'Environnement physique (28/30)	espaces intérieurs (28/28)	insuffisants (23), encombrés (15)
	bâtiments (12/28)	mal agencé (10)
d'Environnement psychosocial (29/30)	manque de soutien (28/29) demandes psychologiques (13/29) manque de latitude (12/29)	souffrances par contrainte de temps et monotonie du travail (14)

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Sur les résultats de la recherche

Sur la méthodologie de la recherche

Sur la suite de la recherche

1 LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ET SES LIMITES

Les résultats de la recherche sont discutés avec leurs points forts et leurs points faibles, du général au particulier, en suivant le chapitre III dans son ensemble.

1.1 Les points forts

Les points forts des résultats de recherche sont présentés du général au particulier, dans l'ordre de la présentation des résultats de recherche.

1.1.1 Risque de faillite du système de santé au Québec, face au vieillissement des patients et des soignants

A partir de la préoccupation du milieu des CHSLD sur le vieillissement de la population au Québec (patients, soignants) et le manque de relève des soignants, les résultats de cette étude (chapitre III.1) ont permis d'aller plus loin dans la compréhension de la problématique.

L'amélioration globale des conditions de vie des québécois a allongé l'espérance de vie de chacun, multipliant le nombre de personnes âgées dont l'autonomie se dégrade dans le temps. Non seulement cette clientèle des CHSLD est de plus en plus nombreuse, mais elle est aussi "plus lourde" en région que dans les grands centres urbains. Ce constat fait par des cadres a été documenté et expliqué dans le contexte politique présent, calculé avec les heures soins qui sont plus importantes dans les CHSLD en A.T. (4,2 à 5,4 h/j et par patient) que dans les grands centres urbains (2,5 à 3,5 h h/j et par patient), en 2005. La clientèle des CHSLD est "plus lourde" en région A.T., principalement à cause du manque de pavillon de ressources intermédiaires et de services de soins spécialisés (selon les cadres), mais aussi à cause du manque d'éducation des patients dans un contexte historique récent où la priorité était d'assurer les besoins fondamentaux tels que se nourrir et se loger (selon les soignants).

La dégradation globale des conditions de travail dans les CHSLD, suite aux deux vagues de changements (contexte politique), fait que le manque de relève en région est particulièrement inquiétant. La génération des baby-boomers représente plus de la moitié des effectifs de la population des soignants des CHSLD en A.T (chapitre III.1). Leur départ à la retraite dans les dix prochaines années ne semble pas pouvoir être compensé par l'arrivée d'une relève suffisante et le maintien en emploi de la génération Y. En effet, les cadres sont informés sur le nombre de personnes en formation et constatent l'impossibilité de garder au travail plus de 5 ans la majorité d'entre elles, une fois embauchées. De plus, les soignants les plus jeunes, qui aiment généralement les changements pour relever de nouveaux défis, ne sont pas motivés à rester au travail dans les CHSLD en A.T.

"Plus de patients et moins de soignants" rend le système de santé au Québec non viable, dans un avenir proche, si l'organisation du travail ne s'adapte pas rapidement

aux besoins des soignants, particulièrement des plus jeunes, avec un budget en conséquence. Pour éviter la faillite du système de santé au Québec, face au vieillissement de la population, il est urgent d'agir ensemble pour trouver des solutions satisfaisantes à mettre en place rapidement.

1.1.2 *Humanitude* pour les patients, sans humanité pour les soignants

Le concept "*d'Humanitude*" s'installe progressivement dans toutes les unités des CHSLD au Québec, en suivant le modèle français de Gineste et Marescotti (chapitre III.1). Il encadre la communication et les comportements des soignants avec les patients, recommande de "*satisfaire aux désirs des patients, tant que les risques pour leur sécurité sont absents*" précisent les cadres. A vouloir plus "*d'Humanitude*" pour les patients, c'est-à-dire à donner le pouvoir aux patients, les soignants pensent avoir perdu l'humanité qui leur est due. En effet, en suivant le bon vouloir des patients, les exigences physiques du travail sont accrues par l'augmentation du nombre de manutentions manuelles de patients (chapitre III.2). De plus, le nombre important d'heures soins (en moyenne par patient et par jour) dans chaque CHSLD augmente annuellement alors que la pénurie de soignants s'aggrave, aux dires des cadres. Par contre, les soignants attribuent cette augmentation à l'introduction du concept d'*Humanitude* qui aggrave leur surcharge de travail. De plus, face aux "clients rois" les exigences psychologiques du travail sont accrues par la codification de la communication et l'interdiction faite aux soignants de réagir face à la violence des patients, pour suivre le concept d'*Humanitude* (chapitre III.5). Puisque l'application de ce concept se fait progressivement en région et dans chaque CHSLD et unités de soin, il est impossible d'évaluer l'impact réel de ce concept sur la surcharge physique (en nombre de manutentions de patients) et psychologique du travail (en nombre de manifestations de violence des patients), en comparant l'activité de travail des personnes qui appliquent pleinement ce concept et de celles qui l'ignorent.

Cette étude a relevé un manque de fidélité dans la traduction et l'application du concept d'*Humanitude,* entre la France et le Québec. En effet, la philosophie des concepteurs a été modifiée, suite à la traduction des 10 points français en quatre codifications au Québec. Les mots choisis et la compréhension exprimée par les soignants des CHSLD en A.T. ne semblent pas correspondre à la réalité et à la pratique française, selon l'expérience de la chercheuse (infirmière) et de ses ex-collègues en France. Il semble donc indispensable de retravailler le texte du concept d'*Humanitude* et les modalités d'application au Québec, pour respecter une continuité d'un pays à l'autre, pour trouver un équilibre entre les besoins des patients et ceux des soignants, pour améliorer les conditions de vie de chacun. Il s'agit d'aller dans le sens des "*accommodements raisonnables*" entre les parties.

1.1.3 Manutention manuelle ou mécanisée, une contradiction à vivre au quotidien par les soignants.

Le concept d'*Humanitude,* depuis cinq ans, encourage l'autonomie des patients et privilégie donc les manutentions manuelles (chapitre III.1). Alors que dans le prolongement du PDSB, l'ASSTSAS depuis plus de douze ans, œuvre pour les équipements d'aide à la manutention de patients (lits électriques et lève-personne sur rail). Cette contradiction majeure entre le *''Vivre et mourir debout''* et le *''zéro soulèvement manuel en Amérique du nord''* perturbe les soignants, qui se voient imposés la technique de manutention de patients en fonction des orientations de leurs supérieurs. Néanmoins, il semble que le concept d'*Humanitude* soit en voie de généralisation et que les efforts de l'ASSTSAS pour prévenir les blessures musculo-squelettiques vont être anéantis. Les soignants se sentent pris en otage entre ces deux courants, ajoutant de la souffrance à leur souffrance au travail. Ils expriment en entretien leur besoin de nous montrer comment cela se passe concrètement sur le terrain, lors d'une prochaine étude.

De plus, la manutention manuelle est souvent la seule possible depuis la réactivation de la politique de *''Milieu de vie''* (chapitre III.1). En effet, cette politique a encombré les lieux et compliqué la manutention de patients, en les laissant (eux ou leur famille) pousser la longueur du lit contre le mur, décentrant ainsi le rail du lève-personne et rendant inaccessible la manette de commande. Les soignants expliquent en entretien qu'il leur faut *''jongler entre les affaires des patients''* pour effectuer la manutention, augmenter les postures exigeantes et les efforts excessifs. C'est la permissivité dite sans limite de certaines directions de CHSLD, favorisant le client dans l'application de cette politique. Ce sont les privilèges octroyés à certains clients dans certaines unités, où le manque d'équité semble manifeste, qui révoltent certains soignants.

1.1.4 Localisations multiples de la douleur, ignorées des statistiques d'accident au dos.

Les localisations multiples de la douleur au dos concernent la majorité des soignants participant à cette recherche (figure 18), alors qu'elles sont faiblement représentées dans les statistiques d'accident au dos (figure 6). De plus, toutes les douleurs ne sont pas issues d'un accident et tous les accidents ne sont pas déclarés et répertoriés dans les statistiques.

Les raisons mises en évidence par les cadres, lors de l'investigation préliminaire, visent les formulaires de déclaration d'accident à la CSST qui ne recherchent pas systématiquement l'existence d'une localisation multiple de la douleur. D'autres raisons sont avancées par notre équipe en ergonomie de l'UQAT (Côté et coll.), incluse dans le département des Sciences cliniques ayant une chaire de la douleur (Marchand et coll.). En effet, l'ignorance de la physiologie de la douleur par les décideurs, au sujet de *la douleur aiguë qui est toujours prioritaire sur la douleur chronique et qui la masque* (Navez, 2000), est responsable de la non reconnaissance de certaines douleurs et de la non prise en charge médicale pour les soulager. De

même, l'ignorance des mécanismes de la douleur par les décideurs, au sujet de *la chronisation possible de la douleur dès trois mois après un accident* (Navez, 2000), est responsable du retard à la prescription d'examens complémentaires pour établir un diagnostique précis et mettre en place une prise en soin adaptée afin de soulager la douleur. Par exemple, une hernie discale non diagnostiquée par l'auscultation initiale d'un médecin urgentiste (ni par une radiographie) est mise en évidence avec des signes d'usure associés, plus de trois mois après un fait accidentel, lors d'une résonnance magnétique tardive. On perd alors la preuve du lien possible entre la hernie discale et le fait accidentel (10% des hernies discales sont accidentelles selon Navez, 2000) et par conséquent la reconnaissance de la CSST qui préfère attribuer ce diagnostique à des conditions personnelles antérieures, ayant amené à une dégénérescence du rachis. Toutes ces raisons, qui dépassent les localisations multiples de la douleur, font vivre aux soignants qui ont déclaré leur accident de travail, les conséquences physiques et psychologiques de l'absence ou du retard à la prise en soin adéquate de leur douleur. Les conséquences sur leur activité de travail, notamment sur la manutention de patients, en est par exemple l'augmentation de la douleur et de la fatigue comme nous l'avons vu dans cette étude, mais certainement bien plus encore.

Proposer une modification des formulaires de déclaration d'accident à la CSST ne suffit pas, pour que la multiplicité des localisations de la douleur soit prise en soin au niveau médical et prise en compte au travail. Favoriser la compréhension de la physiologie de la douleur par des formations aux décideurs médicaux et administratifs ne suffit pas, pour que la sévérité de la douleur (chapitre III.4) soit évaluée et aboutissent à une prise en soin adaptée avant la reprise du travail après blessure ou maladie. Améliorer le système de santé pour poser des diagnostiques justes dès les services d'urgence, surtout avant l'évolution de la douleur aiguë vers la chronicité, semble impossible dans le contexte présent de pénurie humaine et financière qui retarde la réalisation d'examens complémentaires.

1.1.5 Banalisation de la douleur et surestimation de l'état de santé par les soignants

Les CHSLD sont un milieu de travail où la douleur des patients est omniprésente et où les soignants ont tendance à banaliser leur douleur personnelle. En effet, les résultats du questionnaire soulignaient la surestimation par les soignants de leur état de santé (chapitre III.4). Ils avaient tendance à l'évaluer en occultant les symptômes de la douleur, considérant leur santé bonne même en présence de douleur. Ce qui est faux au niveau médical, puisque la douleur est un signe d'alarme physiologique indiquant l'existence d'une problématique de santé. Évoluant dans le milieu de la santé, ils doivent le savoir et en tenir compte pour leurs patients, mais semblent l'oublier pour eux. En effet, dès le début de l'entretien les réponses aux quatre questions générales sur leur travail (1 à 4, chapitre III.2) nous permettent de comprendre que certains soignants ont tendance à *banaliser ou à nier leur douleur pour "rester au travail"*, dans un contexte de pénurie de la main d'œuvre. Ils disent vouloir ou s'obliger à rester au travail avec de la douleur.

Les recherches sur la douleur (Marchand, 1998; Navez, 2000) peuvent nous aider à comprendre les résultats du questionnaire au sujet du pourcentage élevé de soignants au travail (les deux tiers des participants) ayant dépassé le niveau d'intensité de la douleur (physique) acceptable au travail (3/10 en continu ou 6/10 ponctuellement) (chapitre III.4). En effet, le fait de *nier ou de banaliser la douleur* est un comportement qui consiste à ne pas écouter sa douleur, à ne pas la respecter en tant que signe d'alarme limitant les capacités physiques, à la manutention de patients, par exemple. De plus, ceux qui nient leur douleur (absence de soins) ont un comportement à risque de constituer *une mémoire de la douleur, qui imprime dans le cerveau des informations favorisant la chronicisation de la douleur,* avec des impacts physiques et psychologiques (Navez, 2000). En effet, le fait de ne pas soulager la douleur induit que toute nouvelle douleur est ressentie avec plus d'intensité. Les soignants niant leur douleur *ajoutent alors de la douleur à la douleur* à chaque nouvelle douleur et avec le temps (la chronicisation du comportement) *de la souffrance à la douleur* (Navez, 2000). Ce comportement face à la douleur vécue par les soignants niant leur douleur est un comportement d'immobilisme (faire le mort) alors que celui vécu par les soignants banalisant leur douleur (prise en soins devenue une habitude, une banalité) est un comportement de fuite (évitement). Contrairement au modèle sur les comportements face à la douleur (Edmond, 2003 - figure 5), ces soignants restent au travail et pourraient être sujets à des études futures pour en comprendre les conséquences sur le travail et sur eux-mêmes.

Nous savons aussi que *nier ou banaliser la douleur* signifie *ajouter de la souffrance à la douleur*, d'où un *seuil de tolérance à la douleur* abaissé (Marchand, 1998; Navez, 2000). Pour savoir si cela s'applique aux soignants des CHSLD, il faudrait aller sur le terrain pour évaluer ce seuil de tolérance à la douleur en fonction des comportements face à la douleur. En effet, chaque soignant est capable d'agir (faire de la manutention de patients) jusqu'à un niveau de la douleur (EVA), au-delà duquel il réagit (verbal et non-verbal) parce que l'aspect désagréable de la douleur (émotionnel) dépasse le niveau d'intensité (physique). Alors il serait possible de comprendre l'évolution des maux de dos (physique) au "en avoir plein le dos" (psychologique) des soignants au travail.

Lorsque le fait de *nier ou de banaliser la douleur* conduit à un comportement d'immobilisme face à la douleur et que la personne reste au travail, le danger est présent pour les soignants, comme nous venons de le voir, mais aussi pour les patients. En effet, cette étude a évalué que 10% des participants avaient un comportement d'immobilisme face à la douleur et restaient au travail, en manutention de patients (chapitre III.4). Nous avons vu au début de cet alinéa que, dès le questionnaire, la surestimation de l'état de santé en présence de douleur était mise en évidence. Nous avons entendu en entretien des soignants accuser leurs collègues *"d'en faire moins que le minimum"*, notamment celles suspectées à partir du questionnaire. Il serait donc intéressant d'aller voir la situation sur le terrain, pour étudier la réalité objective et pour distinguer les soignants conscients de leur comportement (de fuite) et ceux inconscients (immobilisme), pour comprendre les manifestations concrètes de ce comportement dans les activités de travail et dans les

relations aux autres, pour rechercher les conséquences et les causes d'un tel comportement.

1.1.6 Peu de raisons de stress en région, pour combien de temps?

Selon les résultats de la deuxième partie du questionnaire, il semble que le risque de stress collectif, évalué sur l'ensemble des soignants participant en région Abitibi-Témiscamingue, soit inexistant au travail, contrairement aux grands centres urbains particulièrement visés par l'Enquête Santé-Canada (2005). En effet, un soutien psycho-social important (83 % des participants) compense les tensions au travail (71% des participants) dues particulièrement aux exigences physiques élevées du travail (69% des participants) (chapitre III.5, figure 23, tableaux 40 et 41). Ce soutien psycho-social est né du contexte historique de la région, mais semble bien malmené par le contexte politique actuel et l'évolution des générations de soignants au travail, selon les témoignages entendus lors des comités de suivi (chapitre III.1).

Les résultats de l'entretien soutiennent aussi ce constat d'une entraide de moins en moins présente dans les CHSLD en A.T., appliquée à la manutention de patients (chapitre III.5). Les soignants désignaient l'organisation du travail, qui sépare les équipes d'affinité et de génération, qui déplace les soignants dans les horaires et les lieux de travail, qui manque d'équité en général (chapitre III.6). Ils exprimaient aussi leur inquiétude au sujet de la latitude décisionnelle qui a *''sérieusement diminué depuis 1995, et surtout 2003''* et craignaient une augmentation de leur stress.

Les manifestations de stress individuel, évaluées en entretien, dépassaient l'acceptable au travail pour un peu plus d'un tiers des participants (MSP, 11/30). Par le questionnaire, ces mêmes soignants étaient, à une exception près, à risque de stress au travail selon leur score individuel (Karasek, 12/42). Il serait indispensable d'utiliser le MSP sur le terrain, en situation réelle de travail, et de comparer les résultats avec ceux au moment de l'entretien (au repos).

De plus, pour éviter que *le temps ajoute du stress*, c'est-à-dire de la souffrance à la douleur, il serait intéressant de connaître par la recherche expérimentale l'interaction entre le stress et la douleur et l'influence du stress sur le seuil de tolérance à la douleur. En recherche appliquée, on pourrait alors poursuivre en se demandant si chez les soignants qui ajoutent du stress à leur douleur, le risque de blessures musculo-squelettiques et de maladies mentales au travail n'est pas plus élevé. De toute façon, ces recherches ont pour objectif de mieux comprendre le stress pour le diminuer à sa source, c'est-à-dire en agissant sur le milieu de travail et sur les soignants à la fois.

1.1.7 Les maux de dos dominent le ''en avoir plein le dos'', pour combien de temps?

La progression statistique des maladies mentales au travail (CSST), dont le stress est souvent un signe avant coureur de la souffrance des travailleurs, alarme les Agences

de la santé au Québec. Cette étude va dans le même sens lorsqu'elle compare les résultats sur les maux de dos (douleur physique) avec ceux sur le "en avoir plein le dos" (douleur psychologique) évalué en fonction du stress. Dans le questionnaire, la première partie nous apprend que les maux de dos touchent 28/42 participants et la deuxième partie nous situe le "en avoir plein le dos" par le risque de stress au travail (Karasek) pour 12/42 participants (chapitres III.4 et III.5). Une dominance individuelle des maux de dos sur le risque du "en avoir plein le dos" est présente chez les soignants participants des CHSLD en A.T. en 2005 (questionnaire). Mais au moment de l'entretien, nous comprenons que *le* "en avoir plein le dos" évalué par les manifestations de stress (MSP) atteint autant de soignants que les maux de dos (11/30 participants), dont 9/11 participants ont à la fois des maux de dos et des manifestations de stress (chapitre III.5). Par conséquent, *même si au cours de l'année 2005, plus de soignants de notre échantillon était concernés par les maux de dos que par le "en avoir plein le dos" en termes de risque de stress collectif, au moment de l'entretien autant de participants avait des maux de dos et manifestait du "en avoir plein le dos" par un stress individuel.*

La progression du stress dans le temps est reconnue par les soignants, qui expriment au cours de l'entretien et du comité de suivi leur perception et leur compréhension du phénomène. En effet, ils ont tendance à relier la progression du stress au contexte politique responsable de la diminution de la latitude décisionnelle d'une fusion à une autre et de la perte progressive du soutien psycho-social (entraide naturelle issue du contexte historique de la région A.T.). Il serait intéressant de mesurer la progression du stress dans le temps (MSP) en comparant les résultats tous les ans et de recherches les déterminants dans l'évolution du contexte et des conditions de travail.

1.1.8 Qui dit stress d'anticipation, dit souffrance

L'existence d'un stress d'anticipation (chapitre III.5) a été spontanément exprimée par quelques soignants après l'entretien, pour commenter leur résultat personnel au MSP rempli au cours de l'entretien. Ce stress d'anticipation est dit présent la veille au soir de la reprise d'un cycle de travail, à dissocier du stress personnel et familial, absent au travail. Ces informations pertinentes demanderaient à être documentées rigoureusement dans une prochaine étude avec des outils appropriés.

Lorsqu'une notion de stress d'anticipation est avancée, on pense à l'existence éventuelle de stress post-traumatique et de mémoire de stress, qui serait à rechercher systématiquement et à documenter avec les outils utilisés depuis 1999 par Marchand en recherche en psychologie à l'UQAM (échelles des réactions physiques et des réactions émotionnelles, questionnaire sur les expériences dissociatives au travail). Néanmoins le lien entre le stress d'anticipation et le contexte de travail, la tâche dans son contenu et sa quantité, les conflits relationnels divers seraient intéressants à étudier ultérieurement. Et si la pire souffrance que cache le stress d'anticipation des soignants était la violence des patients?

1.1.9 La violence des patients subie par les soignants

La violence en région abitibienne a été étudiée en 2005 par des étudiants stagiaires à l'UQAT, en comparaison avec celle déjà documentée dans les grands centres urbains français. Les résultats présentés par leur équipe à l'UQAT expliquaient que la violence était particulièrement présente dans le *''milieu régional québécois, peu éduqué''* et tabou dans cet environnement où *''tout le monde se connaît''* et dont la moitié des gens avaient vécu des expériences de violence dans leur famille. Cette violence *''omniprésente entre les murs''* (à la maison) en région québécoise l'est *''par habitude''*, nous disait-on, alors que la violence *''présente hors des murs''* (dans la rue, l'école ...) dans les agglomérations françaises l'est *''par culture''*.

Dans cette étude, l'existence de la violence entre les patients et les soignants a été découverte fortuitement en entretien, quatre soignantes s'étant *''échappé''*, selon leur expression commune. Elles se sont immédiatement défendues en accusant le concept d'*Humanitude* où le ''client est roi'' et la politique de *Milieu de Vie* où le patient fait ''comme à la maison'' (chapitre III.5). Le sujet tabou une fois révélé, la violence est dite généralement tolérée par les organisations et même par certains collègues. ''La complicité par la loi du silence'' semble présente dans les CHSLD en A.T. Il serait intéressant de suivre l'invitation des soignants d'aller sur le terrain pour comprendre leur réalité dans un environnement où la violence ''a droit de cité''. Elle n'est pas seulement entre les patients et les soignants, mais aussi dans les relations hiérarchiques et entre collègues, généralisent les soignants qui osent en parler. La réalité de la violence serait à observer sur le terrain pour en approfondir les causes, noter ses manifestations variées et envisager les conséquences sur la santé psychologique des soignants au travail.

1.1.10 Soulever des sujets tabous et réactiver la polémique, pour avancer

La violence était un sujet tabou qui a émané spontanément de l'entretien, faisant baisser le ton de la voix, chuchoter ou se taire les soignants (4/30 participants). D'autres sujets abordés fortuitement lors de l'investigation préliminaire ou volontairement au cours de l'entretien se sont révélés être aussi tabous, mais en élevant la voix et en exprimant des avis contradictoires. Ces sujets tabous tournaient autour des caractéristiques personnelles des soignants (poids et âge, alcool et drogue) ou étaient sous la responsabilité de l'organisation du travail (manque de personnel et de temps pour la manutention de patients, les contrats de travail 7/7 complétés ou non sur appel).

Le premier sujet tabou soulevé lors de l'investigation préliminaire fut celui sur le *manque de personnel* (chapitre III.2). Les cadres parlaient de ''pénurie artificielle des soignants'' à cause du travail à temps partiel et de la société de loisirs. Les soignants accusaient le manque d'embauche et la suppression de poste fixe pour expliquer le manque de personnel. C'était un sujet de conflit ouvert entre les parties, à une période (2003/2004) où la deuxième vague de changements s'installaient dans les

CHSLD. Lors de l'entretien (2006), le manque de personnel était cité en priorité dans les réponses aux questions générales (2 à 4) et dans celles sur les "autres difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail" (24/30 participants) (chapitre III.2, alinéa 1.1 – chapitre III.7, alinéa 2.4.1, tableau 58). La polémique a été entretenue au cours des comités de suivi et apaisée lors de la présentation des résultats généraux.

Les sujets tabous soulevés ensuite touchaient les soignants de par leurs caractéristiques personnelles (*poids, âge, alcool, drogue*), passant du silence à la réaction verbale. En effet, l'omission de l'âge et/ou du poids dans le questionnaire a été parfois volontaire (5/42 participants) et les données manquantes récupérées lors de l'entretien pour ceux y participant. Quant à la consommation régulière d'alcool et de drogue, à la recherche de difficultés de manutention de patients liées à l'hygiène de vie, aucune réponse n'a été donnée alors que le sujet a soulevé de vives réactions chez 6/30 participants. Une prise de conscience d'un lien éventuel entre la consommation excessive et les difficultés à la manutention de patients semble être néanmoins acquise.

Un autre sujet tabou important a été mis en évidence au cours de l'entretien, à la recherche des difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail. Il s'agit du *manque de temps théorique et pratique pour la manutention de patients* (36 commentaires) (chapitre III.7, alinéa 2.2). En effet, le temps programmé sur le plan de travail (feuille de route des soignants) donne 8 à 15 minutes pour préparer un patient le matin, c'est-à-dire faire un lever constitué de plusieurs actions. Qui est capable de se préparer au lever en si peu de temps, avec la toilette et l'habillage? De plus, nous avons affaire à des patients qui sont "ralentis" et "limités" (personnes âgées, handicapés), qui ont de la douleur physique, voire de la souffrance (psychologique). A ce manque de prise en compte de ces éléments dans le calcul du temps théorique, s'ajoute des activités annexes non reconnues (avant et après le lever) et des activités qui s'intercalent et interrompent parce que plus urgentes, allongeant d'autant le temps pratique pour la manutention de patients. Lors de la présentation générale des résultats, les cadres ont été interpelés par les soignants sur ces différents facteurs du temps.

Un autre sujet tabou virulent a été révélé par les soignants en entretien, à la recherche de leurs difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail et notamment aux contraintes de la grille horaire. Il s'agit *des contrats de travail 7/7 à compléter ou non sur* appel qui touchent 11/30 participants, avec des avis partagés (chapitre III.7, alinéa 2.3.1). Pourtant, lors de l'investigation préliminaire les cadres avaient présenté ces horaires comme intéressant pour les soignants et pour l'organisation du travail. Lors des comités de suivi, il est apparu que ces contrats de travail 7/7 à compléter ou non *"ne faisaient pas l'affaire de tous".* De plus la gestion de la liste de rappel, variable selon les CHSLD, était un sujet encore plus épineux où le droit théorique de refus semblait inapplicable par manque de personnel. Une partie épique s'est jouée à coup d'exemples et de reproches lors

d'une réunion de comité de suivi, gérée habilement par le cadre supérieur qui acceptait de remettre en cause ce type d'horaire de travail.

1.1.11 Croyance et ignorance ouvrent à formations

Les résultats de l'entretien sur les difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles (chapitre III.7, paragraphe 1) sont riches d'enseignements sur les croyances et l'ignorance des soignants. Ils peuvent ouvrir à des sujets de formations pour les soignants, dans le but d'améliorer leur éducation sur l'hygiène de vie favorable à la santé et leurs connaissances sur les risques pour le dos.

En effet, les soignants :
- associent leur poids excessif à leur besoin important de force pour faire de la manutention de patients. Ils oublient que la technique de travail prévaut et qu'être en santé nécessite un poids dans la norme.
- considèrent qu'aller au travail en marchant (1 km en moyenne) signifie faire du sport, pour se tenir en forme et être capable de faire de la manutention de patients. Ils oublient qu'une activité sportive demande plus d'effort et de temps.
- pensent que pratiquer une activité sportive, quelle qu'elle soit, est un risque inutile de blessures et que cela pourrait aggraver leurs douleurs. Ils oublient que le choix du sport est primordial pour entraîner les muscles sollicités au travail ou pour compenser une sur-utilisation de certains muscles au travail.

En effet, les soignants :
- ne font pas spontanément le lien entre leur santé et leur douleur. Ils oublient que la douleur est un signe d'alarme d'une problématique de santé.
- ne font pas le lien entre le tabac et la santé du dos. Ils ignorent peut-être que le tabac assèche les disques intervertébraux et les fragilisent, augmentant le risque de pathologie (Marchand, 1998)
- ne font pas le lien entre la prise de café et la douleur. Ils ne savent pas que le café est inhibiteur du CIDN (frein naturel à la douleur par la sécrétion de noradrénaline et de sérotonine par l'hypothalamus) (Marchand, 1998)
- ne font pas le lien entre leur excès de poids et l'alimentation, généralement persuadés de bien se nourrir. L'intervention d'une nutritionniste leur révèlerait précisément leurs erreurs.

1.1.12 L'organisation du travail a à s'ajuster à la réalité des soignants

La situation de travail des soignants dans les CHSLD en A.T. n'était pas plus préoccupante qu'ailleurs en vue du nombre de personnes ayant eu un arrêt de travail dans la dernière année : 48% du personnel infirmier ont eu un arrêt de travail (toutes raisons confondues) la dernière année (Statistiques Canada, 2005) au Canada, contre 45% dans les CHSLD en A.T. (statistiques internes) (chapitre III.2). Par contre, elle l'était en vue du taux de renouvellement des soignants qui inquiétait les cadres

lors du premier "tour de piste" et soulignait pour certains la *"mauvaise santé du système de santé"*. Ce taux de roulement n'a pas été transmis en chiffre par les cadres, mais la presse locale signalait sur l'ensemble des CSSS de la région : *"une infirmière sur cinq quitte le métier dans les cinq premières années"* de leur exercice – *"un préposé sur trois change de métier dans les six premiers mois de travail"* (Le citoyen, 2007). Le taux de roulement du personnel dans les hôpitaux a été plusieurs fois un sujet de discussion avec différentes classes de soignants à l'université (bac infirmier, UQAT), lors de l'investigation préliminaire. Il en est ressorti que *le taux de roulement du personnel ne peut plus être un indicateur des conditions de travail* dans un hôpital ou ailleurs. En effet, les soignants disent que les jeunes maintenant *"préfèrent les changements"*, *"aiment relever des défis ici ou ailleurs"*, n'ont pas *"de sentiment d'appartenance à un CSSS ou à une région, à un métier ou à une équipe de travail"*. Il semble alors que l'organisation du travail ait besoin de composer avec cette réalité des jeunes au travail et d'accepter le roulement naturel du personnel, notamment dans les CHSLD en A.T.

Les conditions de travail des soignants dans les CHSLD en A.T. étaient la préoccupation qui émergeait de la demande des cadres au sujet "de la persistance des arrêts de travail pour maux de dos" et des griefs des soignants qui "en avaient plein le dos", lors de l'investigation préliminaire. Pour s'adapter au contexte de pénurie (financière et humaine), les orientations gouvernementales de 1995 et de 2003 ont demandé aux cadres hospitaliers de réajuster la politique de l'organisation du travail (chapitre III.1). L'activité de travail des soignants, qui est soumise aux variations de l'organisation du travail (Guérin, 1991), a donc subi des changements majeurs dont l'impact sur ses différentes composantes a été évalué globalement par les soignants, lors de l'entretien. En effet, les soignants devaient chiffrer en pourcentage *l'importance relative de leurs difficultés à la manutention de patients* (chapitre III.2), en fonction des catégories proposées par le modèle POETE (chapitre I). Les difficultés liées à l'organisation du travail étaient estimées les plus importantes (24% de l'ensemble des difficultés), suivies de près par les difficultés liées aux caractéristiques personnelles des soignants (22% de l'ensemble des difficultés). De plus, les soignants devaient évaluer leur satisfaction de la qualité (oui/non) pour chaque catégorie et commenter leur réponse. Les résultats exprimés en termes d'*insatisfaction de la qualité* visaient surtout l'organisation du travail (12/30 participants en entretien) et l'environnement psycho-social (11/30 participants en entretien) (chapitres III.5).

L'organisation du travail était donc visée en priorité par les soignants ayant des difficultés à la manutention de patients, lors de l'évaluation générale de synthèse en fin d'entretien (importance relative et insatisfaction de la qualité). Cette évaluation générale était faite pour chaque catégorie du modèle POETE et par tous les soignants en entretien. Elle suivait l'évaluation spécifique de chaque catégorie à travers des déterminants commentés uniquement par les soignants concernés. Les résultats de cette évaluation spécifique des difficultés de manutention de patients ne mettent pas en tête la catégorie "organisation du travail" (25/30 participants), mais plutôt celle "tâche et technique de travail" (29/30 soignants) et celles environnement

psychosocial (29/30 soignants) et physique (28/30 soignants). Même si le nombre de soignants reliant leurs difficultés spécifiques à la manutention de patients à l'organisation du travail est moindre que celui les reliant à l'environnement psychosocial, pour l'ensemble des participants le pourcentage le plus important de difficultés à la manutention de patients est globalement attribué à l'organisation du travail. De plus, ces 25/30 soignants ayant des difficultés liées à l'organisation du travail ont fait le plus de commentaires (193), comparativement aux soignants reliant leurs difficultés de manutention de patients à l'environnement psychosocial (29/30 participants, 109 commentaires) et à ceux les reliant à leurs caractéristiques personnelles (22/30, 100 commentaires). Le nombre de commentaires en entretien est indépendant du nombre de déterminants de chaque catégorie citée, puisque les questions étaient ouvertes par "expliquez", "pourquoi" et "autres". En fin de compte, en ayant une évaluation globale et une évaluation spécifique des difficultés à la manutention de patients, nous sommes plus près de la réalité des soignants au travail, c'est-à-dire de l'activité de travail au cœur de toute évaluation (Guérin et coll., 1991).

L'organisation du travail a à s'ajuster à la réalité des soignants est le message le plus important entendu et retenu par les cadres, lors de la présentation générale des résultats. Dans chaque CHSLD, des cadres ont réagi spontanément en proposant d'améliorer l'organisation du travail afin de diminuer les difficultés des soignants à la manutention de patients. Ils semblent avoir compris qu'il y avait une limite à toujours "demander plus" aux soignants, limite atteinte par beaucoup d'entre eux qui "en ont plein le dos". Par un échange bref et néanmoins fructueux avec les soignants présents lors de la présentation générale des résultats dans chaque CHSLD, un ou deux cadres ont nommé quelques pistes de solutions : supprimer l'embauche avec des horaires 7/7, privilégier le travail des soignants intérimaires au lieu d'imposer des heures supplémentaires au personnel, libérer du temps payé pour la formation et le suivi PDSB, dispenser les préposés à aider à la cuisine centrale et à la pastorale. Il serait intéressant de documenter les changements réellement mis en place dans les mois à venir et d'en évaluer l'impact sur les difficultés des soignants à la manutention de patients.

1.2 Les points faibles

Les points faibles des résultats de recherche sont présentés du général au particulier, dans l'ordre de la présentation des résultats.

1.2.1 Une étude comparative sans comparaison fiable

Le nombre de soignants participant à cette étude dans les CHSLD en A.T. a été insuffisant, dans un contexte politique difficile suite à la deuxième fusion hospitalière au Québec. En effet, 10% de la population des soignants des CHSLD en A.T. ont participé à cette étude, alors que 80% de la population du personnel infirmier au Québec ont répondu à l'Enquête Santé-Canada, dont 16% provenaient des CHSLD.

Cette différence importante d'échantillonnage limitait le rapprochement des résultats (figure 23, chapitre III.5). Néanmoins aucun participant en région A.T. n'avait participé au volet de l'enquête au Québec et toutes les données provenaient de l'année 2005.

Le nombre insuffisant et inégal de soignants entre les groupes (avec et sans douleur) et entre les générations au travail a généralement empêché la comparaison annoncée dans le protocole de recherche. Il aurait pourtant été intéressant de vérifier ou non, dans ce milieu et ce contexte de travail, des résultats de recherche antérieure.

1.2.2 Tous les résultats du questionnaire sont-ils fiables?

Les résultats du questionnaire auto-administré étaient incomplets, parce que parsemés d'oublis ou d'inexactitudes (âge, poids, sport, état de santé et douleur). La prise de conscience de cet état de fait par la chercheuse a été progressive.

En effet, les données manquantes au sujet de l'*âge* et du *poids* pouvaient être récupérées lors de l'entretien, dès que le lien de confiance s'était installé entre la chercheuse et les soignants concernés. Ces données étaient nécessaires pour identifier les générations et calculer l'IMC (corrections faites). La réticence des soignants à répondre (sujet tabou) a amené la chercheuse à penser que d'autres résultats du questionnaire pourraient être à vérifier. Rapidement, elle s'est aperçue que des informations au sujet de l'état de santé et de la douleur variaient entre le questionnaire et l'entretien, demandant explications. Il semblait que la douleur était inavouable pour "rester au travail", au même titre que les problèmes de santé, par peur de conséquences fâcheuses au travail.

Les résultats de l'entretien sur la *douleur* font état de : - trois participants avouant l'existence de "douleurs dans l'année", non mentionnées dans le questionnaire (corrections faites) – plusieurs participants niant leur douleur "au moment" de l'entretien, malgré des signes non-verbaux évidents (postures et mouvements, expressions faciales) (corrections non faites, faute de preuves). Parmi les 12 participants au questionnaire qui n'ont pas été en entretien (42 – 30), il se peut que certains d'entre eux aient tu leur douleur pour diverses raisons. A l'opposé, il est aussi possible que certains participants aient amplifié la réalité de leur douleur, pour être sûrs de participer à la recherche et de pouvoir dire ce qu'ils avaient à dire sur leurs conditions de travail. Ces suppositions n'ont pu être vérifiées.

Parmi les soignants suspectées dans le questionnaire d'avoir surestimé leur *état de santé*, faute de tenir compte de la douleur comme signe d'un problème de santé physique (chapitre III.4), six d'entre eux participaient à l'entretien et pouvaient s'expliquer (corrections faites). Parmi les participants au questionnaire, quatre d'entre eux (4/30 soignants) "se sont échappés" en avouant l'existence de la violence des patients, avec un impact possible sur leur santé psychologique au travail (corrections non faites, faute de preuve). Il semblait que la violence des patients était à la fois un sujet tabou pour les soignants, une peur inavouable au travail et un sujet de

scandales.

Malgré les quelques ajouts et corrections faites sur le questionnaire suite à l'entretien, il reste des doutes au sujet des données des soignants sur leur état de santé physique et psychologique, sur la présence de la douleur et l'impact de la violence. Par conséquent, les résultats de l'entretien semblent plus fiables que ceux du questionnaire.

1.2.3 Tous les résultats de l'entretien sont-ils fiables?

Le contexte politique du moment et un antécédent fâcheux lors d'une recherche universitaire précédente dans le milieu des CHSLD ont engendré une méfiance des soignants envers cette étude. Lors de l'entretien, la qualité du lien de confiance qui s'est établi d'emblée ou progressivement avec la chercheuse peut influencer la fiabilité des données.

Les données de l'entretien ont été relevées un jour de repos, pour avoir les constantes de base de chaque participant (EVA pour la douleur, MSP pour le stress, Pulsations cardiaques et échelle de Borg pour l'effort). Alors, on peut se demander si les résultats de l'entretien au sujet des difficultés de la manutention de patients n'ont pas été faussés par le fait que ce soit un jour de repos. Il se peut que certains soignants minimisent ou amplifient leurs difficultés au travail en en parlant un jour de repos. Aller sur le terrain serait donc nécessaire pour évaluer les difficultés des soignants au travail en temps réel.

1.2.4 Les difficultés physiques de la manutention de patients par les soignants, sont-elles une question de genre?

Par la littérature nous savons que *''même si les hommes et les femmes détiennent le même titre d'emploi, leur activité de travail diffère souvent''* (Messing et coll. 1994; Josephson et coll. 1999) et *''les interactions entre la conception du lieu de travail et les caractéristiques anthropométriques individuelles''* (Stevenson, 1996) sont à évaluer en fonction du genre. De plus, la conciliation travail-famille est théoriquement moins exigeante pour un homme que pour une femme (Prévost et Messing, 2001).

Dans cette étude, la participation de deux hommes préposés à chaque étape de la recherche a permis de comparer leurs résultats avec ceux des femmes. Ces hommes tenaient à faire entendre leur voix, dans un milieu presque exclusivement féminin, voix renforcée par celle de trois hommes non-participants rencontrés en marge de l'entretien. Les résultats ne semblaient pas montrer une différence entre les genres, au sujet de la douleur et du stress, et des difficultés à la manutention de patients. Néanmoins, la réalité des hommes au travail semble différente de celles des femmes. En effet, les femmes avouent en entretien se faire aider par les hommes pour des patients lourds physiquement ou psychologiquement. Et les hommes concèdent que les espaces restreints et encombrés sont particulièrement une difficulté à la manutention de patients pour eux, à cause de leur morphologie (données

anthropométriques) et de leur manque de souplesse. Même si les hommes disent faire le même métier et avec la même technique de manutention de patients (PDSB) que les femmes, il serait intéressant de les observer sur le terrain, en situation réelle de travail.

1.2.5 La quantité de travail face à la qualité du/au travail, sont-ils en lien avec la douleur et/ou la souffrance des soignants?

"La quantité ne rime pas avec la qualité", comme a su l'exprimer une participante, résumant ainsi les témoignages de ses collègues de travail. La quantité de travail est soutenue par la notion de surcharge de travail (11/30 participants) en réponse à la question 4 de l'entretien et en termes de contrainte de fréquence de manutention de patients (11/30 participants) à la question 14 de l'entretien (chapitres III.2 et III.6). Ce sont les mêmes soignants qui répondent ainsi à ces deux questions. La satisfaction au sujet de la qualité personnelle au travail, de la qualité de l'organisation du travail, de la qualité des équipements de travail, de la qualité de la technique de travail, de la qualité de l'environnement physique et psychosocial au travail, était demandée en entretien. L'insatisfaction touchait 22/30 participants (chapitre III.5). Par ces résultats, il semble difficile de comparer le nombre de soignants concernés par la qualité et par la quantité de travail, c'est-à-dire par l'insatisfaction de la qualité et par la surcharge de travail ou la fréquence de manutention de patients. De plus, la qualité dépend de la personne (qualité d'être au travail, qualité de faire au travail) ou est extérieure à la personne (qualité de l'organisation du travail, des équipements de travail, de l'environnement physique et psychosocial du travail). Même la qualité d'être au travail et de faire au travail peut dépendre de l'environnement psychosocial, des équipements et de l'organisation du travail.

Le lien entre la douleur et la qualité du travail a été reconnu par 5/30 soignants au début de l'entretien (chapitre III.4, alinéa 4.1). Mais le lien entre la douleur (22/30 participants) et *la qualité d'être et de faire au travail* n'a pas été reconnu par les soignants au cours de l'entretien (chapitre III.4). Pourtant, la douleur en recherche est dite avoir un impact sur la qualité d'être et de faire (Navez, 2000). Il semble donc qu'une surestimation de la qualité de la personne (qualité d'être : 26/30 soignants, qualité de faire : 20/30 soignants) en soit la cause, comme nous l'avons vu au chapitre III.4 (alinéa 5.3). Dans une autre étude, il serait donc intéressant de rapprocher l'insatisfaction de la qualité du travail, de la douleur et du stress pour en évaluer les conséquences sur l'activité de travail et le travailleur. Et de rechercher aussi un lien éventuel entre la perception d'une surcharge de travail (quantité) et la douleur ressentie.

Le lien entre la souffrance (stress) *et la quantité de travail* (exigences physiques du travail) a été fait par 29/42 soignants dans le questionnaire (chapitre III.5., tableau 32). *Le lien entre la souffrance*, exprimée en termes de difficultés relationnelles et de baisse de la tolérance au travail, *et la* quantité *de travail* (surcharge de travail) a été fait par 6/30 soignants en entretien (chapitre III.2., alinéa 2.2.2). Dans une autre étude, il serait intéressant de comprendre le lien éventuel entre le stress et la

perception de la quantité et de la qualité du travail.

1.2.6 La sévérité de la douleur est-elle réellement connue? Et celle de la souffrance?

La sévérité de la douleur (physique) a été évaluée selon les composantes et les localisations multiples de la douleur, selon la chronicité en fréquence et en durée de la douleur (chapitre III.4). La sévérité de la douleur liée au travail dans les CHSLD ne pouvait pas être complètement évaluée, car des soignants sont en arrêts de travail (maladies ou accidents), ont changé de métier ou ont pris une retraite prématurée. Les arrêts de travail ne sont pas habituellement un critère d'évaluation de la sévérité de la douleur (Edmond, 2003). Dans cette étude, cela peut se comprendre par le fait que certains soignants restent au travail avec de la douleur, même constante (4/32 participants ayant eu de la douleur dans l'année) : *"ils sont durs sur leur corps", "ils ont des compensations relationnelles et sociales à travailler", "ils sont dans l'obligation de travailler suite à des suppressions d'emploi dans l'industrie du bois en crise, qui met leur conjoint hors du milieu de travail alors qu'il y a une famille à faire vivre".*

Non seulement la CSST ne reconnait pas les maux de dos non accidentels et les hernies discales accidentelles, comme nous l'avons vu plus haut (alinéa 1.1.4), mais en plus elle ignore le *"en avoir plein le dos"* des conditions du travail et l'interaction entre la douleur (physique) et la souffrance (psychologique). Elle se réfère à des médecins spécialistes pour juger de la sévérité des pathologies physiques et psychologiques, à des ergonomes pour évaluer l'importance des contraintes du travail sur le travailleur. Mais il manque souvent d'expertise pour faire le lien entre l'approche médicale et l'approche ergonomique de la situation, pour apprécier l'impact réel des exigences du travail sur un travailleur, qui n'est plus en santé. La compréhension, du processus de l'accident ou de la maladie au travail, de la physiologie de la douleur (physique) et de son lien avec la souffrance (psychologique), des mécanismes de la souffrance au travail et des composantes psychologiques au travail, serait importante pour tous. Par exemple, la prise en compte de la douleur résiduelle et des incapacités fonctionnelles dans les études ergonomiques suite à une blessure au dos (physique), pourrait favoriser le "rester au travail" et écarter une évolution vers le "en avoir plein le dos" (psychologique). Autre exemple, la prise en compte de la violence des patients et de son impact sur la santé psychologique des soignants pourrait éviter les contractures musculaires en réaction et l'apparition de maux de dos (physique) avec le temps. Il semble, alors, que les statistiques d'accidents au dos puissent être faussées involontairement par l'interaction qui existe entre la douleur (physique) et la souffrance (psychologique) et volontairement à cause de la politique restrictive de la CSST, comme nous venons de l'expliquer. *Les statistiques d'accidents au dos cachent vraisemblablement une part de "en avoir plein le dos" du travail.*

Pour évaluer la sévérité de la souffrance au travail (psychologique) et la faire reconnaître par la CSST et la société québécoise, il faudrait en connaître les

différentes composantes (modèle inexistant), les impacts multiples et la chronicité. Cela ouvre à de nombreuses recherches scientifiques pour apprivoiser cette variable contemporaine qu'est la souffrance au travail, dont on connaît peu de choses au sujet des causes, des manifestations et des conséquences au travail.

1.2.7 La comparaison entre les causes et les manifestations du stress est-elle possible?

Les risques de stress (causes) documentés dans le questionnaire (Karasek, 1997), concernaient 12/42 participants (21%), dont neuf ont participé à l'entretien. Les manifestations excessives de stress évaluées au repos (MSP de Lemyre, 1988) lors de l'entretien touchaient 11/30 participants (37%), dont huit avaient un risque de stress (chapitre III.5). Parmi les neuf participants ayant un risque de stress, huit d'entre eux avaient des manifestations excessives de stress. Le support d'évaluation étant différent, la comparaison entre les risques de stress (Job Content Questionnaire de Karasek, 26 questions) et les manifestations de stress (Mesure de Stress Psychologique de Lemyre, 56 affirmations) est discutable. De plus, les risques de stress étaient évalués en fonction du travail en général alors que les manifestations du stress l'étaient selon le travailleur, son état du moment.

Pour affiner la comparaison des résultats entre les causes et les manifestations du stress au travail, il serait intéressant d'utiliser le MSP au travail, c'est-à-dire sur le terrain où les soignants nous invitent à venir pour comprendre leur réalité stressante. Néanmoins, aucun outil à l'heure actuelle n'est capable d'évaluer à la fois les causes et les manifestations du stress, encore moins les conséquences à court terme et à long terme.

2 SUR LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le protocole de recherche a été monté pour remplir les objectifs et éventuellement vérifier les hypothèses. Mais l'insuffisance du nombre de participants ne permet pas pleinement de situer l'ampleur des maux de dos et d'évaluer les risques de stress des soignants dans les CHSLD en A.T. Par contre, le protocole de recherche (investigation préliminaire, questionnaire et entretien) a rempli son rôle pour comprendre les difficultés vécues par les soignants qui restent au travail. Néanmoins, ceux ayant des maux de dos n'ont pu être comparés aux autres par insuffisance et disparité du nombre de soignants dans les groupes. Et au sujet du stress, la faiblesse de la méthodologie ne dissociant pas les différents types de stress ne permettait pas de comparaison. Quant aux trois hypothèses à vérifier, nous pouvons dire que les résultats présentés nous donnent une tendance favorable mais pas une certitude (chapitres III.2 à III.6).

2.1 Les points forts

Dans un contexte de changements, suite à la deuxième fusion hospitalière, il était pertinent d'évaluer la situation de travail dans un climat de tensions, malgré le moment trouvé mal choisi par les cadres et la méfiance des soignants à participer à cette étude.

2.1.1 Le facteur temps peut-être un allié

L'investigation préliminaire s'est déroulée "en deux tours de piste" demandant du temps, mais surtout donnant le temps de mieux comprendre le contexte particulier de travail des soignants, par le contexte historique de l'Abitibi-Témiscamingue et le contexte politique du secteur de la santé au Québec. Lors du premier tour de piste, le "*manque de temps*" exprimé par certains cadres pour remplir les feuilles de contexte de travail (caractéristiques des CHSLD et de la population des soignants) a demandé du temps à la chercheuse pour aller chercher chaque donnée séparément. Pourtant, ce fut l'occasion de prendre le temps (2004/2005) de rencontrer plusieurs cadres dans chaque CHSLD, donnant un panorama plus global de la situation présente et des informations complémentaires à exploiter.

La participation des soignants à cette étude était compromise dans le contexte politique du moment, par un refus systématique de "*tout temps supplémentaire*" auquel s'ajoutait le fait de devoir "*toujours courir après le temps*". Le facteur temps a aidé la chercheuse à gagner la confiance des soignants, en visant les acteurs clés du milieu pour les rencontrer et les convaincre de son intégrité personnelle et de ses objectifs universitaires (2005). Sans le support des syndicats, des infirmières chefs et des instructeurs au PDSB, cette recherche n'aurait pas pu se faire avec 42 répondants au questionnaire, dont 30 soignants participant à l'entretien. Les portes se sont alors ouvertes dans une dynamique dite "boule de neige" nécessaire pour apprivoiser ce milieu où les tensions entre les différentes parties (soignants, cadres) étaient particulièrement vives à ce moment-là. Néanmoins, cette façon de procéder a ses limites, puisqu'elle a utilisé le réseau personnel de la chercheuse pour les premières prises de contact avec les acteurs clés du milieu. Le risque d'influencer le milieu et les résultats de la recherche aurait pu être présent, sans rigueur du protocole de recherche.

2.1.2 Le protocole de recherche ajusté à la réalité du milieu (avoir la confiance des soignants, auto-confrontation des données)

Dans un milieu en pleine effervescence où le manque de temps dominait, il était important de s'adapter à la demande de modification méthodologique (chapitre II) faite par les différentes parties en présence.

Un seul CHSLD participant a suivi le protocole initial en distribuant le questionnaire avec la fiche de paie et en proposant un entretien trois mois plus tard. Pour les deux autres CHSLD participants, le recrutement des soignants s'est fait par affiches,

proposant une seule rencontre pour le questionnaire et l'entretien. L'avantage pour la chercheuse a été le gain de temps, dans une région où les CHSLD sont à une heure de route en moyenne les uns des autres. L'avantage pour la recherche a été l'efficacité pour relever des données écrites puis orales au même moment, pour comparer ces données à l'instant afin d'éclaircir les anomalies (âge, poids, douleur). L'ajustement des données du questionnaire, avec l'accord de chaque participant en entretien, a alors été possible par cette *auto-confrontation*. Par conséquent, les groupes de recherche (avec ou sans douleur) pouvaient être créés et comparés entre eux, pour des résultats plus fiables.

Le choix de constituer les groupes de recherche, avec et sans douleur, en fonction de "la douleur dans l'année" (chapitre II), donnée recueillie dans le questionnaire et vérifiée en entretien, pour l'analyse des difficultés à la manutention par les soignants avait plus de sens que de se référer à la douleur au moment de l'entretien (chapitre III.4). La variabilité de la douleur à l'instant et la sévérité des maux de dos des participants dans le temps expliquent ce choix d'ajustement de protocole. En effet, même si la douleur est absente chez un soignant le jour de l'entretien, sa présence dans l'année le dispose probablement à des difficultés spécifiques à la manutention de patients.

Un antécédent fâcheux (non-respect des règles d'éthique au cours d'une recherche menée par une autre équipe) avait miné la confiance des soignants qui avaient vécu des conséquences, directement ou indirectement. La peur que "*les murs aient des oreilles*" expliquait le refus des soignants à participer à l'entretien, s'ils se tenaient dans un bureau de leur CHSLD. Par conséquent, l'UQAT a proposé ses locaux décentralisés dans chacune des villes de la région, lieu neutre pour organiser les rencontres avec les soignants. Cet ajustement au protocole de recherche n'a rien changé dans le déroulement prévu de l'entretien, a permis de *gagner la confiance* des soignants participants et de recueillir leurs données en fonction de leur réalité vécue au travail.

Néanmoins, certains soignants, refusant encore de participer officiellement à cette étude, ont demandé de rencontrer la chercheuse à l'extérieur des locaux de l'université et des CHSLD. Ces rencontres informelles d'une vingtaine de soignants non participants (chapitre II) ont permis d'entendre des témoignages spontanés de personnes vivant de la douleur et/ou de la souffrance au travail. Il était intéressant de pouvoir confirmer et compléter, nuancer ou contredire, les données de recherche des 30 soignants participants volontairement à l'entretien. Le témoignage de ces non participants était généralement en accord avec les informations recueillies en entretien auprès des participants. Néanmoins, trois commentaires différaient sur le sens donné au travail et sur les notions d'entraide et de relations psychosociales au travail. L'apport des non participants se résume à une meilleure compréhension globalement des difficultés des soignants au travail et au choix facilité des mots clés pour l'analyse qualitative des données de l'entretien.

2.1.3 **L'approche participative, une richesse permanente** (investigation préliminaire, comité de suivi, retour des résultats)

L'approche participative s'est appuyée sur la collaboration entre des acteurs du milieu de travail (cadres, syndicats, travailleurs des CHSLD en A.T.) et la chercheuse. Les acteurs du milieu connaissaient leur activité de travail dans le contexte présent et la chercheuse apportait son savoir faire en analyse de la situation de travail. Une fois le lien de confiance établi, la recherche s'est déroulée en partenariat, selon les objectifs communs basés sur une problématique de santé au travail bien ciblée.

Cette approche participative a permis de documenter, lors d'une étape préliminaire réalisée en "deux tours de piste", le contexte et les besoins du milieu. Elle a permis d'élargir la demande spécifique initiale (maux de dos, manutention de patients) à la problématique générale (douleur et souffrance au travail). Elle a sollicité l'engagement du milieu à suivre le déroulement de la recherche, en participant à l'organisation des différentes étapes et en commentant les résultats à chaque étape lors de la réunion des "comités de suivi". Elle a orienté divers réajustement de protocole, comme nous venons de le voir, et a amélioré la compréhension des résultats en les commentant.

Cette approche participative a aussi contribué à combler le fossé initial qui séparait les cadres des soignants, suite à la deuxième fusion hospitalière (2003). Leurs objectifs différents, leurs perceptions sélectives de la situation de travail, leur refus de communiquer et parfois même de s'asseoir à la même table ont ralenti le processus de la recherche. Mais pourtant, le temps nécessaire à la recherche participative est une richesse, lorsqu'il permet enfin l'écoute et le respect des opinions divergentes, l'expression des difficultés réelles vécues par les soignants dans le contexte difficile du moment. Cela a été possible lors de la présentation des résultats, moment où les langues des soignants se sont déliées devant les cadres, pour dénoncer leur souffrance au travail et surtout proposer des solutions à tester en priorité.

2.1.4 L'approche globale de la situation de travail, "de l'entonnoir au sablier" (modèles de Vermersh, 1998; POETE, 1995; PDSB, 2004)

L'approche globale de la situation de travail des soignants s'est faite par celle de la douleur physique et de la souffrance psychologique (stress) au travail. Elle suivait l'Enquête Santé-Canada (2001) constituée du "Questionnaire Nordique" de Kuorinka (1995) et du "Job Content Questionnaire" de Karasek (1997) souvent utilisés en recherche (annexe B). La douleur était appréhendée du général au particulier par une approche "en entonnoir", c'est-à-dire de la douleur "dans l'année" à la douleur "dans la dernière semaine" (questionnaire), avant d'évaluer l'intensité de la douleur présente au moment de l'entretien (EVA).

L'approche humaine de la situation de travail s'appuyait sur une investigation préliminaire et une participation de toutes les parties (cadres, syndicats et soignants) dans des comités de suivi à chaque étape de l'enquête, pour que les données de

recherche soient le plus proche possible de la réalité des travailleurs. Elle suivait le modèle d'entretien semi-structuré de Vermersh (1998) pour aborder progressivement les difficultés des soignants des CHSLD en A.T. du général aux particuliers (annexe C) avant de revenir au global. En effet, cet entretien après un survol des difficultés générales, allait chercher les particularités individuelles des difficultés de manutention de patients par les soignants à travers le modèle POETE (chapitres I et II) présenté au Québec par Pérusse (1995) et adapté par l'ASSTSAS au PDSB (1999). Des questions fermées ouvraient à commentaires pour que les soignants puissent aller approfondir leurs difficultés dans les détails. Enfin, une prise de recul terminait l'entretien, pour évaluer le pourcentage de chaque classe de difficultés les unes par rapport aux autres. C'est la richesse de cette approche "en sablier" (général/particulier/détails/globalisation) qui semble évaluer une situation de travail au plus juste de la réalité des soignants.

2.1.5 La force de la méthodologie, qualitative et quantitative à la fois (fiabilité/fidélité/reproductivité)

La force de la méthodologie est dans le rapprochement de données qualitatives avec des données quantitatives (Messing, 1994) : questionnaire sur la douleur et EVA, entretien sur les difficultés à la manutention de patients liées à l'effort et échelle de Borg. La complémentarité des données qualitatives et quantitatives permet alors une meilleure compréhension globale et spécifique de la situation de travail des soignants.

La force de la méthodologie est aussi dans la fidélité de ses outils, dans la fiabilité de ses données et dans la reproductivité de ses résultats. La fidélité des outils choisis pour relever les données quantitatives (EVA, échelle de Borg, MSP) est garantie par leur validation antérieure et la comparaison des résultats en intra-sujet. La fiabilité des données est possible dans une relation de confiance entre la chercheuse et les participants et par l'auto-confrontation des soignants entre les différentes étapes de la recherche (alinéa 2.1.1 de ce paragraphe). La fiabilité des données est aussi garantie par le cadre de la recherche (questionnaire, entretien) et le comportement neutre de la chercheuse, reproduit à l'identique avec chaque soignant participant. La fiabilité des données a été appréciée en comparant la compilation de la chercheuse avec celle de l'assistante de recherche, à partir des réponses écrites du questionnaire et des commentaires enregistrés de l'entretien. La concordance à 95% a été généralement atteinte, à trois exceptions près ayant nécessité une confrontation et un ajustement, au sujet de données personnelles et organisationnelles (chapitre III.6) touchant la limite d'âge entre les générations et la compréhension des propos. La reproductivité des résultats est donc possible en suivant la méthodologie et les ajustements du protocole pas à pas (chapitre II).

2.1.6 Le lien entre le modèle de la douleur et le questionnaire de l'Enquête Santé-Québec

Le modèle de la douleur (chapitre I) de par ses composantes multiples permet de comprendre les maux de dos en termes de douleur physique (composante sensori-discriminante) et de souffrance psychologique (composante comportementale), exprimée par les soignants des CHSLD en A.T. par un "en avoir plein le dos". Dans le modèle de la douleur, la composante émotivo-affective de la douleur se situe entre les deux précédentes. Elle sert de lien entre physique et psychologique pour enrichir la compréhension du processus et expliquer l'évolution de l'un à l'autre. Le modèle de la douleur (figure 4) permet d'évaluer l'intensité *ressentie* de la douleur physique et l'aspect désagréable dit *dérangeant* de la douleur émotionnelle. Ces mêmes qualificatifs sont employés dans le questionnaire de l'Enquête Santé-Québec utilisé dans cette étude. Le mot *ressenti* qualifiait une douleur physique en questions 6, 8 et 18 et le mot *dérangeant* une douleur émotionnelle en questions 6, 8 et 19 (affecte). Par conséquent, à chaque question du questionnaire nous savions sur quelle composante de la douleur elle portait en fonction des mots choisis dans son énoncé.

2.2 Les points faibles

Les points faibles de la méthodologie sont ceux qui n'ont pu être corrigés au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, pour s'adapter à l'évolution du contexte et à la demande des parties. Le facteur temps est à la fois un point fort et un point faible, alors que d'autres facteurs ont révélé seulement la faiblesse de la méthodologie.

2.2.1 Le facteur temps, parfois un ennemi

Au démarrage de l'étude, l'absence de comités d'éthique dans certains établissements hospitaliers en A.T. ou les délais nécessaires pour convoquer et réunir ces comités ont joué un rôle sur le facteur temps. Le déroulement de la recherche s'est fait ensuite à un rythme propre à chaque CHSLD, en fonction du choix du moment et de la disponibilité des différents acteurs. Par conséquent le questionnaire a été passé en début d'automne dans l'un des CHSLD et en hiver dans les autres, sans tenir compte des facteurs saisonniers de la douleur chronique (plus intense avec le froid et l'humidité) et de la charge de travail (dite plus importante en fin d'automne et en hiver). De plus, la fatigue et les humeurs dépendent aussi de facteurs saisonniers, selon les soignants participants, s'aggravant lorsque les jours sont les plus courts dans l'année et lorsque le soleil et la lumière sont moins présents. Le facteur temps a été également allongé par la distance importante entre les CHSLD participants (entre 80 et 140 km), temps de transport de la chercheuse entre octobre 2005 et juin 2006.

Le questionnaire et l'entretien se sont déroulés dans un même temps dans deux CHSLD, après modification du protocole de recherche comme nous l'avons vu dans les points forts, mais avec 4 à 5 mois d'écart dans l'un des CHSLD ayant suivi le protocole initial. Ce temps entre les deux étapes a pu contribuer à une plus grande

variabilité de la douleur et de la souffrance des soignants. Il a permis une prise de conscience des soignants, fruit d'une attention particulière posée sur leur métier et leur pratique, par une personne extérieure et sensible à leurs difficultés.

2.2.2 L'accès impossible à l'ensemble de la population et un recrutement par affiche peu efficace

Le refus des cadres de transmettre le questionnaire avec la fiche de paie des soignants était lié à des contraintes indépendantes de leur volonté : format, mode de transmission et autres raisons particulières. La solution acceptée par tous a été de faire un recrutement par affiche, ce qui demandait du temps et surtout ne donnait plus un accès systématique à l'ensemble de la population des soignants des CHSLD en A.T.

Au cours de la recherche, les comités de suivi ont signalé les failles du recrutement par affiches en disant que :
- les affiches n'étaient pas apposées *"sur des tableaux régulièrement lus par les soignants"*
- les soignants n'avaient *"pas le temps de lire des affiches"* et/ou *"de participer à une recherche"*.
- l'intitulé de *"l'affiche donnait à croire que c'était uniquement ceux ayant des maux de dos qui devaient participer"*.
- *"à c't'heure on communique par internet, plus par affiche"*, *"de toutes façons, il y en a trop d'affiches, on ne les lit plus"*.

La conséquence a été un faible taux de participation et peu de soignants sans douleur, pouvant créer un biais à la recherche.

2.2.3 Le biais du recrutement et le déséquilibre entre les groupes

Le recrutement en distribuant le questionnaire avec la fiche de paie, dans le plus petit CHSLD de la région A.T. (17/62 soignants) était meilleur que celui par affiche dans les deux autres CHSLD (17/153 soignants, 8/182 soignants). Le recrutement le plus faible était dans l'établissement le plus important de la région, à cause de l'incident fâcheux mentionné précédemment. Le changement de recrutement obligé et la différence dans les taux de recrutement d'un CHSLD à un autre sont des biais avec lesquels il fallait composer, notamment en acceptant de rencontrer des non-participants pour confronter les données des participants.

Le recrutement pour le questionnaire ne reflète pas exactement le panorama de l'ensemble des soignants des CHSLD en A.T. Les participants volontaires sont d'abord ceux qui sont les plus intéressés par leur métier et qui aiment en parler. Les jeunes soignants sont peu nombreux dans les CHSLD au regard de la population en général, travaillant *"seulement pour vivre"*. Ils se disent *"de passage dans ce métier"*, *"vivant au jour le jour"* c'est-à-dire dans le provisoire ou le transitoire, *"en attendant mieux',"* *"autre chose"* ou d'aller *"ailleurs"*, *"en attendant de faire des choix"* ou *"de*

réaliser d'autres projets". Ils se disent aussi aux prises avec la conciliation travail-famille et avec des conflits entre générations (incompréhension, dénonciation) au travail. Les participants volontaires et les non-participants rencontrés sont aussi ceux qui ont de la douleur (physique) et de la souffrance (psychologique) et qui osent en parler à la chercheuse. Qui sont les autres? Il serait intéressant d'aller les voir sur le terrain, puisqu'ils ne participent pas en dehors.

Globalement, le taux de participation a été faible pour le questionnaire (42 soignants, soit 10% de la population), dans le contexte politique difficile du moment. L'échantillonnage pour l'entretien a été réduit naturellement de 42 à 30 soignants, par le taux de roulement : changement de métier ou de région, maladies ou accidents, retraite ou congé de maternité. Par conséquent, les exclusions prévues pour l'échantillonnage dans le protocole de recherche n'ont pas été appliquées. Un déséquilibre entre les groupes de soignants à comparer restait un handicap pour l'analyse des données : questionnaire (9 soignants sans douleur dans l'année, 28 avec maux de dos non exclusif, 5 avec de la douleur ailleurs qu'au dos), entretien (4 soignants sans douleur dans l'année, 22 avec maux de dos non exclusif, 4 avec de la douleur ailleurs qu'au dos – 4 soignants de la génération Y, 8 de la génération X, 18 "baby-boomer").

2.2.4 Le non respect des exclusions, mélangeant les genres

En recherche, il est souvent intéressant de comparer les femmes avec les hommes pour comprendre la différence de leur situation de travail et de leurs difficultés au travail. Dans cette étude, à cause du recrutement insuffisant et grâce à l'intérêt marqué des deux hommes préposés aux bénéficiaires, les données des hommes et des femmes ont été mélangées.

Les deux hommes ont participé au questionnaire (40 femmes) et à l'entretien (28 femmes), et tenaient à faire entendre leur voix dans un monde presque exclusivement féminin (94,5% au Canada selon l'Enquête Santé-Canada en 2005). Néanmoins, une attention particulière a été portée à leurs réponses et commentaires, en comparaison avec ceux des femmes. La faible représentation des hommes n'a pas permis de mettre en évidence une différence des données, seulement de suspecter une différence dans la répartition de la manutention de patients (les cas lourds physiquement ou psychologiquement reviendraient plus souvent aux hommes). Il serait intéressant de le vérifier sur le terrain et surtout de comparer un échantillon équivalent d'hommes et de femmes, pour comprendre leurs difficultés respectives en manutention de patients. Cette perspective semble impensable dans les CHSLD en A.T. vu la faible représentativité des soignants hommes par rapport aux femmes.

2.2.5 L'imprécision sur le mot "fatigue", sauvée par les soignants, mais ...

La fatigue est un ressenti au même titre que la douleur, mais qui ne bénéficie pas d'échelle d'évaluation et d'instrument de mesure. Elle est peu étudiée en recherche et peu reconnue dans le monde du travail. En théorie, la fatigue peut être physique (fatigue musculaire, cardiaque, intellectuelle ...) ou psychologique (agacement, stress, surmenage, épuisement, dépression ...).

Cette notion de fatigue était citée en entretien, pour la recherche des difficultés à la manutention de patients liées aux caractéristiques personnelles, au sujet de l'état de santé. Faute de précision sur le mot fatigue, les soignants concernés (10/30 participants) ont compris "fatigue physique" (tableau 46, chapitre III.7, alinéa 1.2) puisque précédent le mot "surmenage" attribué à une fatigue psychologique.
Cette notion de fatigue était également présente en entretien, pour la recherche des difficultés à la manutention de patients liées à l'organisation du travail, au sujet des contraintes de la grille horaire (chapitre III.7, alinéa 2.3). En effet, les commentaires spontanés des soignants (19/30 participants) les attribuaient au niveau physique à de la fatigue.

En rapprochant, ces résultats nous pouvons dire que la fatigue est attribuée par un tiers des participants à leur état de santé (caractéristiques personnelles) et par les deux tiers aux contraintes de la grille horaire (organisation du travail). Néanmoins, l'état de fatigue personnel des soignants peut être engendré par les contraintes de l'organisation du travail.

2.2.6 Méthode insuffisante et imprécise pour comprendre le stress

Les risques de stress au travail étaient documentés en deuxième partie du questionnaire basé sur l'Enquête Santé-Québec, c'est-à-dire par le Job Content Questionnaire de Karasek. Même si cette étude a retenu les 26 propositions de la version 1997 de Karasek, comme l'Enquête Santé-Québec de 2005, réduire à trois ou quatre paramètres les causes du stress au travail limite la compréhension de la situation stressante. Le support de l'entretien, dans son dernier paragraphe, reprenait seulement ces paramètres et n'ouvrait pas à commentaires par "autres". Pourtant, il aurait été intéressant d'exploiter d'autres paramètres mis en évidence par les soignants dans les autres paragraphes de l'entretien, parce qu'ils induisaient des difficultés liées à l'environnement psychosocial : comportement de fuite ou d'immobilisme des soignants, séparation des équipes de soignants par l'organisation du travail, partage d'une salle de bain entre trois unités de soins, violence des patients subie par les soignants .... Les causes de la souffrance (psychologique) des soignants au travail demanderaient à être documentées avec un protocole étayé et des outils à la mesure de ce défi de société.

De plus, le Job Content Questionnaire de Karasek, en tant qu'outil pour déterminer les risques de stress au travail, inventorie la latitude décisionnelle, les exigences

physiques et psychologiques du travail, le soutien psychosocial (chapitre III.5) sans tenir compte de la variabilité des situations de travail et des autres déterminants possibles. En effet, au cours de cette étude, il a fallu analyser les réponses à la question 33 (questionnaire), à la fois comme une exigence physique et psychologique. Cela répondait à la demande de certains soignants, écrite en marge du questionnaire ou orale en début d'entretien, de par leur réponse reflétant leur vécu au travail. Le découpage du Job Content Questionnaire en fonction des paramètres habituels est donc discutable, comme les ajouts de paramètres ou de sous-paramètres, comme les différentes méthodes de calcul par scores et regroupement de sous-paramètres, proposés depuis une dizaine d'année pour améliorer le Job Content Questionnaire. Ce support reste intéressant s'il est testé et commenté lors de son utilisation dans un milieu de travail, s'il est adapté à l'activité et au milieu de travail particuliers, à analyser au sujet des risques de stress. Ce support reste intéressant s'il est complété par des supports pouvant mettre en valeur d'autres causes du stress au travail, à analyser en fonction de l'activité de travail et du milieu particuliers.

Les manifestations de stress ont été évaluées par la Mesure de Stress Psychologique de Lemyre et Tessier (1988). Elles ne pouvaient représenter la réalité des manifestations de stress au travail, puisqu'elle reflétait le moment présent, c'est-à-dire celui de l'entretien un jour de repos. De plus, ce jour de repos n'était pas précisé dans le protocole de recherche, jour variable selon le soignant. Évaluer les manifestations de stress le premier ou le dernier jour d'un cycle de repos (ou au milieu) semble ne pas devoir donner les mêmes résultats. En effet, les soignants ont mentionné spontanément l'existence d'un stress d'anticipation lors de l'entretien; stress d'anticipation s'ajoutant possiblement au stress personnel et familial, le dernier jour d'un cycle de repos, c'est-à-dire la veille de la reprise d'un cycle de travail. Lors de la présentation des résultats, les participants sont revenus spontanément sur cette évaluation des manifestations de stress, en dénonçant l'imprécision sur le jour et l'invalidation de ces résultats. Il serait donc intéressant dans une autre étude, de dissocier le stress d'anticipation du stress personnel et familial, avec des outils appropriés et comparables. Évaluer le stress dans ses différentes composantes, comme la douleur a été évaluée dans ses différentes composantes, serait une avancée pertinente en recherche, pour intervenir en prévention et en palliation.

3 PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES FUTURES

En s'appuyant sur les résultats de cette étude, le projet de recherche s'oriente vers l'étude du terrain des CHSLD avec les soignants, pour approfondir leurs difficultés à "rester au travail" et documenter les stratégies mises en place pour y remédier. En effet, *des difficultés aux ajustements,* une étude ergonomique du travail des soignants s'impose avec une approche participative visant au partage des solutions individuelles à tester collectivement.

3.1 La suite de cette étude

Le contexte de travail mis en évidence lors de l'investigation préliminaire (2003/2004) peut changer au fil du temps, suite à des ajustements du gouvernement et à des changements mis en place par chaque CHSLD, suite à l'adaptation probable des soignants "restant au travail" malgré leur insatisfaction sur la qualité "des soins et des services". De même, l'évolution de la douleur et de la souffrance des soignants est possible, avec un impact sur le travail à évaluer et à comparer avec les résultats de cette étude.

La suite de cette étude est à orienter vers l'évolution de la situation de travail, avec ses exigences organisationnelles (pénurie financière et humaine, quota patients/soignant, heures soins) et l'état des relations psycho-sociales dans l'environnement des CHSLD en A.T. De plus, suite à la présentation des résultats de cette étude, des propositions de solutions à mettre en place en priorité avaient été faites par les différentes parties en présence. Il serait intéressant de répertorier celles qui ont été testées et de comprendre leur application et leurs effets, sur le processus du travail et sur la douleur et la souffrance des soignants.

3.2 Le projet après cette étude

La suite de cette étude invite à aller plus loin en élaborant un projet plus vaste. Déjà dans les paragraphes précédents de ce chapitre, plusieurs avenues ont été mentionnées pour orienter la recherche, en s'appuyant sur l'enseignement retiré de cette étude. Pour ce nouveau projet, la relation de confiance serait à confirmer avec les uns et à créer avec les autres, selon les acteurs réellement au travail dans ce milieu des CHSLD en pleine mutation. Un recrutement plus ouvert combinant les méthodes (affiche, courrier et courriel) pour un échantillonnage plus important de soignants serait aussi à prévoir.

Alors, un bilan de l'état de la situation de travail, de la douleur et de la souffrance des soignants serait à refaire en entretien, pour actualiser les difficultés et noter les variables. Une observation et une analyse de la situation de travail des soignants sur le terrain pourraient suivre pour évaluer la technique de manutention de patients (PDSB) dans son application, ses difficultés et ses variantes. Une appréciation de la pratique du concept d'*Humanitude* dans le contexte québécois et de ses impacts sur la relation entre les soignants et les patients, pour éventuellement en améliorer la traduction et la compréhension à valider sur le terrain.

Les difficultés physiques de la manutention de patients sur le terrain pourraient évaluées en fonction de la pénibilité de la tâche, pour ajuster la technique à la capacité réelle des soignants (support d'analyse de terrain de Granier, 2001). Le coût cardiaque à l'effort de manutention de patients pourrait être apprécié en temps réel (montre Polar, échelle de Borg), et éventuellement relié à la douleur (EVA).

Les difficultés psychosociales du travail dans les CHSLD pourraient être approchées en approfondissant les causes, en différenciant les manifestations et en évaluant les conséquences du stress. De plus, il faudrait établir et dissocier les composantes du stress (d'anticipation, du travail, personnel et familial) et les documenter. Un protocole précis et des outils appropriés et comparables seraient intéressants à trouver et à tester. Notamment un prélèvement de salive pour un dosage hormonal du stress pourrait être mis en parallèle avec le MSP et l'échelle de Rahe, l'évaluation du stress d'anticipation pourrait bénéficier des échelles utilisées pour le stress post-traumatique.

Une évaluation des ajustements physiques et psychosociaux aux difficultés, mis en place par les soignants pour rester au travail, pourrait être essentielle pour généraliser les stratégies individuelles gagnantes. Mais, ces solutions personnelles des soignants devraient être évaluées avant, au sujet de leur application et de leurs conséquences, à court terme et à long terme, sur la santé des soignants et sur le travail en général.
Ce projet ne serait qu'un début en recherche sur la souffrance des travailleurs à leur poste de travail, qui est bien plus que le stress.

CONCLUSION

Le système de santé s'est rigidifié et codifié au cours des deux fusions hospitalière et administrative, limitant l'expression des compétences individuelles et la latitude décisionnelle, augmentant la douleur et la souffrance des soignants au travail. Les intérêts personnels ont été sacrifiés au profit des intérêts du système collectif, créant de multiples difficultés physiques et surtout psychologiques des soignants. Les difficultés générales des soignants au travail pourraient être alors le résultat des deux vagues de changements, qui ont modifié en profondeur l'organisation du travail.

Les difficultés générales et spécifiques des soignants au travail dans les CHSLD en A.T. sont reliées en priorité à l'organisation du travail et à l'environnement psychosocial. La douleur personnelle semble n'être que l'expression physique d'un mal-être plus général, dans un contexte de changements imposés par l'organisation et vécus comme une perte par les soignants. Les maux de dos cachent un *"en avoir plein le dos"* qui ne trouve pas un mode d'expression acceptable dans la société et dans l'environnement psychosocial au travail. La souffrance personnelle n'est pas seulement l'expression d'un stress, mais de plusieurs formes de stress. Elle flirte aussi avec de nombreuses contraintes, manques, insatisfactions, dépendances, déséquilibres, routines et violences.

Des ajustements organisationnels sont nécessaires et urgents, pour éviter la faillite du système, dans une société qui évolue moins vite que les personnes. Le temps des perfectionnistes et des sauveurs (baby-boomer) dévoués aux victimes est passé, le temps des sauveteurs (génération X) qui responsabilisent les bénéficiaires face à leur maux règne et le temps des accompagnateurs ponctuels (génération Y) de clients en souffrance s'installe. Dans une société de droits et de devoirs à équilibrer, pour le respect de tous et dans la continuité de la vie, le pouvoir et les responsabilités se partagent. C'est dans ce sens que l'évolution collective devrait s'engager, pour assurer un modèle viable pour les générations futures.

BIBLIOGRAPHIE

AFNOR. (2002). *Ergonomie des postes et lieux de travail.* Paris. Tome 1, 484 p.

Ahlberg-Hulten G.K., Theorell T. et Sigala FF. (1995). "Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel". *Scandinavian Journal of Work Environment and Health,* vol. 21, n 6, 435-439.

Aptel M. et Saint-Vincent M. (2008). "L'ampleur des TMS en Europe et au Québec". Conférence au 2ième congrès francophone sur les TMS : de la recherche à l'action.

AQHSST, (2004). *Manuel d'hygiène du travail : du diagnostique à la maîtrise des facteurs de risque.* Édition Modulo Griffon, 738 p.

ASSTSAS, (1999, 2004). *Cahier du participant : PDSB (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires).* Objectif prévention.

ASSTSAS, (2000). "Conseils pour aider à intervenir dans les cas de crises de violence". Formation.

ASSTSAS, (2003). "Prévention des comportements agressifs et perturbateurs". Formation.

ASSTSAS, (2007). "L'approche relationnelle de soins". Formation.

Baillargeon M., Patry L., (2003). *Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur, reliés au travail : définition, anatomie fonctionnelle, mécanismes physiopathologiques et facteurs de risques.* Unité Santé au travail et Santé environnementale, Direction de la Santé publique Montréal-Centre.

Bandler R. (2002). *Le temps du changement.* La Tempérance, Chabreloche (France).

Baril-Gingras G. (1996). "Infirmières auxiliaires et aides-soignantes : les risques d'invalidité permanente sont plus élevés". *Objectif prévention,* vol. 19, n 1, 45-46.

Baril G., Tremblay. G. et Tellier C. (2006). "Déficience Intellectuelle et Participation Sociale : Recherche sur le renforcement du réseau de soutien des personnes par le développement social local dans la région de Lanaudière". *La Myriade Centre de Réadaptation*

Beynon C. et Reilly T. (2001). "Spinal shrinkage during a seated break and standing break during simulated nursing tasks". *Applied Ergonomics*, vol. *32*, n 6, 617-622.

Bigaouette M. (2001). "Des émotions et du travail : un éloge des activités auprès des personnes démentes." ASSTSAS, *Objectif Prévention*, vol 24, n°3.

Blue C. L. (1996). "Preventing back injury among nurses". *Orthopaedic Nursing Journal,* vol. 15, n 6, 9-22.

Borg G. (1970). Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scandinavian Journal Rehab. Med.*, 2:92–98.

Borg G. (1977). *Physical work and effort.* Pergamon Press Oxford-New York-Toronto-Sydney-Paris-Frankfurt. Borg, G. (ed.), 13, 439 p.

Borg G. (1982). "Psychophysical bases of perceived exertion". *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 14, n 5, 377-381.

Borg G. (1985). "An introduction to Borg's RPE-scale". Ithaca, New York, *Mouvement Publications.*

Borg G. (1990). "Psychophysical scaling with applications in physical work and the perception of exertion". *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, vol. 16 (suppl. 1): 55-58.

Borg G. et Ottoson D. (1986). *The perception of exertion in physical work.* London : Macmillan Press, 13, 346 p.

Bourbonnais R., Brisson C., Vézina M. et Moisan J. (1996). "Job strain and psychological distress in while collar workers". *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 22: 139-141.

Bourbonnais R., Comeau M., Dion G. et Vézina M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec.* Département d'ergothérapie, faculté de médecine et équipe de recherche, Université Laval, 79 p.

Bourbonnais R., Comeau M., Vézina M. et Dion, G. (1998) "Job strain, psychological distress, and burnout in nurses". *American Journal of Industrial Medicine,* 34: 18-20

Bourbonnais R., Comeau M., Viens C., Brisson C., Laliberté, D., Malenfant, R. et Vézina, M. (1999). "La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé". *Santé mentale au Québec,* vol. 24, n 1, 136-153.

Bourbonnais R., Larocque B., Brisson C. et Vézina M. (1998). "Contraintes psychosociales du travail". Enquête sociale et de santé. *Institut de la statistique du Québec*, chapitre 27.

Bourbonnais R., Larocque B., Brisson C. et Vézina, M. (1998). "Rapport Enquête sociale et de santé". *L'institut de la statistique du Québec,* chapitre 27.

Bourbonnais R. et Mondor M. (2001). "Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec". *American Journal Industrial Medicine,* vol. 39, n 2, 194-202.

Bourbonnais R, Gauthier N, Vézina M, Viens C, Durand PJ, Brisson C, Alderson M, Bégin P et Ouellet J-P (2005). "Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *PISTES 2005,* vol. 7, n°2, 1-30.

Braveman B. (1999). "The model of human occupation and prediction of return to work: a review of related empirical research". *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, vol. 12, n°1, 13-23.

Brun JP., Biron C., Martel J., Ivers H. (2003). "Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines". *IRSST,* R-342.

Brun JP., Gerest S., Filleau M. J., Lebeau G., Meilleur D. (2003). "La santé psychologique au travail : de la définition du problème aux solutions". *IRSST,* R-362, 89 p.

Burton Q.K., Symonds T.L., Zinzen E. et coll. (1997). "Is ergonommic intervention alone sufficient to limit musculoskeletal problems in nurses". *Occupational Medicine,* vol. 47, n 1, 25-32.

CCHST (2002). *Le mieux être en milieu de travail.* CCHST, 223 p

Charest J., Chenard JR. et Lavignolle B. (1994). "Lombalgie : école interactionnelle du dos". *Rhumatologie, 46 : 221-237.*

Charney W. (1998). "L'équipe de transfert, un moyen pour réduire les blessures au dos". *Objectif prévention*, vol. 21, n 2, 26-29.

Chenard J.R., Charest J., Lavignolle B. et Marchand S. (1988). "Les lombalgies chroniques : du modèle médical au paradigme multifactoriel". *Science et comportement*, 18 : 250-281.

Chenard J.R., Lavignolle, B. et Charest, J. (1991). *Lombalgie. Douze étapes sur les chemins de la guérison.* Rouyn-Noranda : UQAT. Édition corrigée 1999, 349 p.

Cohen-Mansfield J., Culpepper W. J. et Carter P. (1996). "Nursing staff back injuries : prevalence and costs in long term care facilities". *Occupational Health Nurses,* vol. 44, n 1, 9-17.

Commission Européenne (1999). *"Le manuel d'orientation sur le stress lié au travail : piment de la vie ... ou coup fatal?"* p. 27 (137 p.)

Cooper J. E., Tate R. B. et Yassi A. A. (1998). "Components of initial and residual disability after back injury in nurses". *Spine,* vol. 23, n 19, 2118-2122.

Cooper J. E., Tate R. B. et Yassi A. A. (1996). "Effect of an early intervention program on the relationship between subjective pain and disability measures in nurses with low back injury". *Spine,* vol 21, n°20, 2329-2336.

Comtois AS., (2008). "Maladie mentale et corrélations physiologiques". Colloque C111, Congrès de l'Acfas.

Conne-Perréard E., Glardon M. J., Parrat J. et Usel M. (2000). "Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques". Fondation suisse pour la promotion de la santé. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs.

Coudeyre E., Poireaudeau S. et Hérisson C. (2003). *Information du patient et lombalgie commune.* Édition Masson, Collection de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique, 97 p.

Coutu, M.F., Durand, M.J., Loisel, P., Dupuis, G. et Gervais, S. (2005). Measurement properties of a new quality measure for patients with work disability associated

with musculoskeletal pain, *Journal of occupational rehabilitation,* vol.15, n°3, 295-312

Crombez G., Eccleston C., Baeyens F., Van Houdenhove B., Van den Broeck A. (1999). "Attention to chronic pain is dependent upon pain related fear". *Journal of psychosomatic research*, vol. 47, n°5, 403-410

De Backer G., Komitzer M., Kamas G., Coetsier P. et De Corte W. (2000). "Etude sur le stress au travail : scores normatifs, étude des déterminants et recherche prospective sur la relation avec l'absentéisme et avec l'incidence des maladies cardio-vasculaires". Programme d'appui scientifique à la protection des travailleurs en matière de santé 1994-1998, rapport final ST/02/06, ST/02/07, ST/11/16 et ST/11/15.

Delacour J. (1998). *Une introduction aux neurosciences cognitives.* De Boeck Université, p.14 (240 p).

Delisle, A., Durand, M.-J., Imbeau, D. et Larivière, C. (2004). The effects of two interventions on persistent pain: A multiple single-case study among sign language interpreters. *International journal of Industrial Ergonomics, vol.3, n°2, 111-123*

Dumont, M., Tarabulsy, G. M., Gagnon, J., Tessier, R. et Provost, M. (1998). Validation française d'un inventaire de micro-stresseurs de la vie quotidienne: combinaison du «Daily Hassles Scale» et du «Uplifts Scale». *Journal International de Psychologie, vol. 33, n°1, 57-71.*

De Looze MP., Zinzen, E., Caboor, D. et coll. (1998). "Muscle strength, task performance and low back load in nurses". *Ergonomics,* vol. 41, n 8, 1095-1104.

Dessureault, P.C. et Courtoir, P.A., Département d'ingénierie UQTR et Beauchamp, Y. (1998). Département de génie mécanique et électrique, École de Technologie Supérieure. "Gestion de la prévention. Concepts d'ergonomie adaptés à l'entreprise". Centre patronal de Santé et Sécurité du travail au Québec.

Durand MJ. et Loisel, P. (2001). "Thérapeutic return to work rehabilitation in the workplace". *Work,* 17: 57-63.

Edmond A. (2003). *Travailler sans y laisser sa peau.* Les éditions Québecor, 183 p.

Engels J. A., Brandsma B., Van der Gulden J. W. J., Senden T.F. et coll. (1996). "Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey". *Occupational and environmental medicine,* vol. 53, n°9, 636-641.

Engels J. A., Van der Gulden J. W. J., Senden T.F., Kolk J, J,, Binkhorst R. A. (1998). "The effects of an ergonomic-educational course: Postural load, perceived physical exertion, and biomechanical errors in nursing". *International Archives of Occupational ans Environmental Health*, 71: 336-342.

Epping-Jordan J. E., Wahlgren D. R., Williams R. A., Pruitt S. D., Slater M. A., Patterson T. L., Grant I., Webster J. S., Atkinson J. H. (1998). *"Transition to*

chronic pain in men with low back pain: predictive relationships among pain intensity, disability, and depressive symptoms". Health psychology: official *journal of the Division of Health Psychology,* American Psychological Association, vol. 17, n°5, 421-427

Fanello S., Chotard-Frampas V., Roquelaure Y., Jousset N., Delbos V., Penneau-Fontbonne D. (1999). "Evaluation of an educational low back pain prevention program for hospital employees". *Review Rhumatology,* 12: 711-716.

Fanello, S., Durand-Stocco, C., Jarny G. et coll. (1999). "Le mal de dos et les soignants : vers de nouvelles modalités de prévention". Concours médical, 1934-1938.

Fanello S., Jousset N., Roquelaure Y., Chotard-Frampas V., Ddelbos V. (2002). "The evaluation of a training program for the prenvent of low back pain among hospital employees". *Nursing and Health Sciences,* 4: 49-52.

Fillion, L., Tessier, R., Tawadros, E. et Mouton, C. (1989). Stress et immunité: Étude de validité d'une mesure de stress psychologique (MSP). *Psychologie Canadienne, vol 30, n°1, 30-38.*

Fisher Gail, S. (1999). "Administration and application of the Worker Role Interview : looking beyond functional capacity". *Work,* 12: 25-36.

Fleury M. (2002). *Les composants humains, performance et vieillissement.* Les Presses de l'Université Laval, chapitre 3, 101-107 et 123.

Forcier L., Beaugrand S. et Lortie M. (2001). "L'ABC de l'utilisation d'un questionnaire sur la santé musculo-squelettique : de la planification à la diffusion des résultats". *IRSST,* RG-270.

Fortier, C., Wright, J. et Sabourin, S. (1992). Social support and abandonment of medical consultation in fertility clinics. *International Journal of Psychology, 27,* 33-48

Fordyce W. E. (1994). "Pain and suffering: what is the unit?" *Quality Life Research,* vol. 3 (suppl 1), S51-S56.

Foudriat M. (2007). *"Sociologie des organisations"*, Pearson édition, France. 333 p

Fournier J. (2002). "Dossier sur les fusions CLSC-CHSLD : Pensons-y avant!" *Interaction communautaire*, 59.

Fragala G., (1995). "Ergonomics: the essential element for effective back injury prenvention for healthcare workers". *Professional safety,* vol. 40, n°3, 23-25.

Fritz JM., Georges S. Z., Delitto A. (2001). "The role of fear-avoidance beliefs in acout low back pain: relationships with current and future disability and work status". *Pain,* vol. 94, n°1, 7-15.

Gagnon D. et Loisel P. (1998). "Etude de l'effet de l'interaction entre l'asymétrie du mouvement et la coactivation musculaire sur le chargement lombaire chez des sujets sains et lombalgiques". *IRSST*, R-198.

Gamberale F, Iregren A, Kjellberg A. SPES (1990). *Assessing the effects of the work environment on man with computerized performance testing.* Computer Aided Ergonomics: A Researchers Guide (Karwowski W, Genaidy AM, Asfour SS, eds). London :Taylor & Francis, 381-396.

Gerdle B., Brulin C., Elert J. et Grandlun, B. (1994). "Factors interacting with perceived work-related complaints in tehe musculoskeletal system among home care service personnal". *Scandinavian Journal Rhabilitation Medicine*, 26 : 51-58.

Gervais M, Hébert F. (1987), "Profil statistique des lésions au dos. Étude et Bilan de connaissances". *IRSST*, E-020.

Gineste Y. et Marescotti R. (1983, réédition 2004). "Vivre et mourir debout". Conférence au congrès international de gérontologie de Limoux (France).

Gineste Y. et Pellissier J. (2005, réédition 2007). *Humanitude*. Édition Armand Colin

Gollac M., Volkoff S. (1996). "Citius, altius, fortius : l'indentification du travail". *Actes en Sciences Sociales*, 14 : 54-67.

Gollac M., Volkoff S. (2000). "Les conditions de travail". Repères, Paris, *La découverte*, 4 p.

Gonge H., Jensen L. D. et Bonde J. P. (2001). "Do psychosocial strain and physical exertion predict onset of low-back pain among nursing aides?" *Scandinavian Journal of Work Environment et Health*, vol. 27, n 6, 388-394.

Grandjean É. (1983). *Précis d'ergonomie*. Paris, Les éditions d'organisation, 416 p.

Granier M., Bourchenin P., Perrin P., Beuchot J., Labourayre JL., Samuel A., Meyer, JP., Baranski RM. et Jandrot P. (2001). "Méthode d'analyse des manutentions manuelles, destinées aux établissements et personnels de soins". *INRS*, ED 862.

Grinder J. et Bandler R. (1982) *Les secrets de la communication.* Le jour éditeur, 307 p.

Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A. (1991, réédition 2001). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie.* ANACT, Collection outils et méthodes, 287 p.

Hagberg M., Hofmann F., Stobel U. et coll. (1995). *Occupational health for health care workers: international commission on occupational health.* Landsberg, Allemagne: Ecomed, 451 p.

Hansen A. J. (1993). "OSHA regulation of ergonomic health". *Journal Occupational Medicine,* vol. 35, n 1, 42-46.

Hellemans C., Karnas G. (1999). Épreuve de validation du modèle de Karasek auprès des travailleurs du secteur tertiaire. Relations du modèle avec les tensions mentales. *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol.49, n°3, 215-224.

Hui L., Ng G.Y.F., Yeung S.S.M. et coll. (2001). "Evaluation of physiological work demands and low back neuromuscular fatigue on nurse working in geriatric wards". *Applied ergonomics*, vol. 32, n 5, 479-483.

IASP (1979,). International Association for the Study of Pain. "La définition de la douleur". *Pain, 6:* 249-252.

IASP (1982). International Association for the Study of Pain. "Définitions de la douleur". *Pain,* 14: 205-206.

Isernhagen S. J., Hart D. L., Matheson L. M. (1999). ,'Reliability of independent observer judgements of level on lift effort in a kinesiophysical Fonctional Capacity Evaluation". *Work*, vol. 12, n°2, 145-150.

Jannings W. et Armitage S. (1996). "The community nursing environment: back care considerations". *Journal of Occupational Health and Safety*. Australia and New Zealand, vol. 12, n 4, 423-429.

Johnsson C., Carlsson R. et Lagerström M. (2002). "Evaluation of training in patient handling and moving skills among hospital and home care personnel". *Ergonomics*, vol. 45, n 12, 850-865.

Josephson M., Lagestrom M., Hagberg M. et Hjelm E. W. (1997). "Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period". *Occupational and Environmental Medicine,* 54: 681-685.

Josephson M., Pernold G., Ahlberg-Hulten G., et coll. (1999). "Differences in the association between psychosocial work conditions and physical work load in female and male dominated occupations". *American Industrial Hygiene Association Journal,* 60: 673-678.

Karasek R. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign.* Administrative Science Quarterly, 24: 285-311.

Karasek R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*. Los Angeles. Department of Industrial and System Engineering. University of Southern California, 50 p.

Karasek R. et Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 381 p.

Karasek R. (1997). Demand/control model: A social emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In *ILO encyclopedia ef occupationa helath and safety*. Geneva : ILO.

Karasek R., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P., Amick B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): Am instrument for Internationnaly Comparative assessments of Phsychosocial Characteristies. *Journal of occupational health psychology,* vol. 3, n°4, 322-355.

Keefe F. J. et Williams D. A. (1989). *"New directions in pain assessment and treatment".* Clinic Psychology Review, 9: 549-568.

Kirk M. P. et Sullman J.M. M. (2001). "Heart rate strain in cable hauler choker setters in New Zealand logging operations". New Zealang Logging Industry Research, Organisation, PO Box 2244, Roturua, New Zealand. *Applied Ergonomics,* 32: 389-398.

Klenerman L., Slade P. D., Stanley I. M., Pennie B., Reilly J. P., Atchison L. E., Troup. JDG, Rose J. J. (1995). "The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting". *Spine*, 20: 478-484.

Klopfenstein F. (1980). *Humanitude.* Essai, Genève, Edition Labor et Fides.

Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom A., Vinterberg H., Biering-Sorensen F., Andersson G. et Jorgensen K. (1987). "Standardized nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms". *Applied Ergonomics,* vol. 18, n 3, 233-237.

Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom A. et coll. (1994). *Analyse des problèmes de l'appareil locomoteur : questionnaire scandinave.* Documents pour le médecin du travail, 58 : 167-170.

Kuiper J. I., Verbeek J. H., Straub J. P. et coll. (2002). "Physical workload of student nurses and serum markers of collagen metabolism". *Scandinavian Journal of Work, environment and health,* vol. 28, n°3, 168-175.

Lagerström M., Hansson T. et Hagberg M. (1998). "Work-related low-back problems in nursing". *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health,* vol. 24, n 6, 449-464.

Lagerström M., Wenemark M., Hagberg M. et coll. (1995). "Occupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among swedish nursing personnel". *International Archives of Occupational and Environmental Health,* vol. 68, n 1, 27-35.

Lazarus R. S, Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Copin,* Springer, New York.

Lecomte Jacques (1997). "Les théories de la motivation". *Sciences humaines, Hors-série,* n° 19.

Ledoux É. (1999). "Implanter des milieux de vie prophétiques en CHSLD". ASSTSAS, *Objectif Prévention,* vol. 22, n°5.

Leighton D. J., et Reilly T. (1995). "Epidemiological aspects of back pain: the incidence and prevalence of back pain in nurses compared to the general population". *Occupational Medicine,* vol. 45, n 5, 263-267.

Lemyre L., Tessier R et Fillion L. (1988). "Mesure de stress psychologique (MSP): Se sentir stressé (e)". École de psychologie, Université Laval, *Canadian Journal of Behavioural Science. Complément,* vol. 20, n°3.

Lemyre, L. et Benzimra, Y. (2000). Les efforts de recouvrements suite à la tempête de verglas: état de stress psychologique chez des travailleur-es après la crise. *Santé Mentale au Québec, 25,* 186-209.

Lethem J., Slade P. D., Troup. JDG, Bentley G. (1983). "The fear-avoidance model of exaggerated pain perceptions". *Behaviour Research and Therapy,* 21: 401-408.

Linton S. J. et Andersson T. (2000). "Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavioural intervention and two forms of information for patients with spinal pain". *Spine,* 25: 2825-2831.

Loeser J. D. (1980). *Perspectives on pain*. Padgham C., Hedges A. et Turner P. Edition, Clinical Pharmacologie et Therapeutics, Baltimor, Université Park Press, 314 p.

Loeser J. D, Volinn E. (1991). "Epidemiology of low back pain". *Neurosurgery Clinics of North America*, 2: 713-718.

Loisel P. et coll. (1996). "La clinique des maux de dos. Un modèle de prise en charge, en prévention de la chronicité". *IRSST*, Questionnaires auto-administrés maux de dos, R-140, 137 p.

Loisel P., Gosselin L., Durand P., Lemaire J., Poitras S. et Abenhaim L. (2001). "Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain". *Applied Ergonomics,* vol. 32, n 1, 53-60.

Loisel P. (2003). "From evidence to community practice in work rehabilitation : the Quebec experience". *Clinical Journal of Pain*, vol. 19, n 2, 105-113.

Lusk S. L. (1997). "Health complaints of older workers". AAOHN Journal: *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, vol. 45, n 9, 461-464.

Lynch R. M. et Freund A. (2002). "Short-term efficacy of back injury intervention project for patient care providers at one hospital". *American Industrial Hygiene Association Journal.* 61: 290-294

Malchaire J., Vergracht S., Cock N. et coll. (2000). "Facteurs psychosociaux et troubles musculosquelettiques". *Médecine du travail et ergonomie,* vol. 37, n°3, 121-133.

Marchand S. (1998). "*Le phénomène de la douleur".* Rouyn-Noranda: UQAT, Édition Chenelière/McGraw-Hill, 312 p.

Marescotti R., (1998). "Les sévices en institution pour personnes âgées, le silence des soignants". Mémoire de D.U. de psycho-gérontologie. *Université de Limoges.*

Marras W. S., Davis K. G., Kirking B. C. et coll. (1999). "A comprehensive analysis of low-back disorder risk and spinal loading during the transferring and repositioning of patients using different techniques". *Ergonomics,* vol. 42, n°7, 904-926.

Martel L., Bélanger A. et Berthelot J. M. (2002). "Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées". Statistiques Canada, Santé Canada, *Rapport sur la santé,* vol. 13 n°4 (n°82-003 au catalogue)

Maslow A. H. (1956, traduit en français en 2008). *Vers une psychologie de l'Être*. Eyrolles, Paris.

Maslow A. H. (1962, traduit en français en 2002). Devenir le meilleur de soi-même. Eyrolles, Paris.

Melzack R. et Wall P. D. (1965). "Pain mechanisms: A new theory". *Science American*, 150: 971-979.

Melzack R. et Casey (1968). *Sensory, motivational and central control determinants of pain. A new conceptual model.* D.R. Kenshalo Edition. The skin senses, Illinois, Thomas, Springfield, 423-443.

Melzack R. (1975). "The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods". *Pain*, 1: 277-299.

Melzack R. et Wall P. D. (1989). *Le défi de la douleur*. Montmagny: Edisem.

Melzack R., Gatchel R. J. et Turk D. C. (1999). "Psychological factors in pain. Critical perspectives". *The Guilford Press*, New York, 89-106.

Messing K., Dumais L., Courville J., Seifert A. M. et Boucher M. (1994). "Evaluation of exposure data from men and women with the same job title". *Journal of Occupational Medicine,* vol. 36, n°8, 913-917.

Navez M., Laurent B., Peyron R., Queneau P. "Données physiopathologiques concernant les douleurs et les analgiques et synopsis pour l'utilisation des antalgiques". In : P. Queneau and G. Ostermann (Eds.), *Le Médecin, le malade et la douleur,* Masson, 2000 : 11-28.

NIOSH (1981). "The work practices guide for manual lifting". *NIOSH Technical Report*, 81: 122, Departement of health and human services NIOSH, Cincinnati, OH.

NIOSH (1997). "Musculoskeletal disorders and workplace factors°: a critical review and epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back". U.S. *Departement of health and human services*, PB 97-17628.

Ohlund C., Lindstrom I., Eek C., Areskoug B., Nachemson A. (1996). "The causality field (extrinsic and intrinsic factors) in industrial subacute low back pain patients". *Scandinavian Journal Medicine Science Sports*, 6: 98-111.

OSHA (1998). "Nursing homes : hazards et solutions". *Occupational safety and health administration*, U.S.

OSHA (2002). "Creative use of ergonomic principles in home care". *Home Healthcare Nurse*, vol. 20, n°2, 98-103.

Ouellet A. (1999). *Processus de recherche. Introduction à la méthodologie de la recherche.* Presses de l'Université du Québec. Chapitre 3 : Un modèle holistique de recherche, 75-98.

Owen V, D. (2000). "Preventing injuries using an ergonomic approach". *AORN Journal* (Association of periOperative Registered Nurses), vol. 72, n°6, 1031-1035.

Pérez E. (2000). "Travailleurs et maux de dos chroniques". Statistiques Canada, Santé Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 12 n°1 (n°82-003-XIF au catalogue)

Pérusse M. (1995). *Le coffre à outils de la prévention des accidents en milieu de travail*. Le groupe de com. Sansectra Inc., 303 p.

Pheasant S. et Stubbs D. (1992). "Back pain in nurses: epidemiology and risk assessment". *Applied Ergonomics,* United Kingsdom, 23: 226-232.

Pheasant S. (1999, 2ième édition). *Bodyspace: Anthropometry, ergonomics and the design of work*. London: Taylor et Francis. p. 244.

Prévost J. et Messing K. (2001). "Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales". *Le travail humain,* 64: 119-143.

Price (1983). "The validation of visual analogue scales as a ratio scale measures for chronic and experimental pain". *Pain,* 17: 45-46.

Ragazzoni P., Tinellei G. et Zotti A. M. (1999). "Evaluation of stress and human potential in the organisation of nursing work". *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia,* vol. 21, n 2, 140-145.

Rohmert W. (1973). "Problems of determination of rest allowances. Part 2: Determining rest allowances in different human tasks". *Applied Ergonomics*, vol. 4, n°3, 138-162.

Rose M. J., Klenerman L., Achitson L. et Slade P. (1992). "An application of the fear avoidance model to three chonic problems". *Behaviour Research and Therapy,* 30: 359-365.

Seago J. A. et Faucett J. (1997). "Job strain among registered nurses and other hospital workers". *Journal of Nursing Administration,* vol. 27, n 5, 19-25.

Saint Vincent, M. (1995). "Analyse des accidents survenus durant une année dans trois centres hospitaliers. *IRSST,* R-093, 67 p.

Schonstein E., Kenny D. et coll. (2003). "Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a Cochrane systematic review". *Spine*, vol. 28, n°19, E391-395.

Schwartz D. P., De Good D. E. et Shutty M. S. (1985). "Direct assesment of beliefs and attitudes of chronic pain patients". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66: 806-809.

Scorneau A.M., Van de Leemput C. et Gilbert P. H. (2001)." Evaluation des mesures de prévention à la manutention dans un centre hospitalier". *Médecine du travail et ergonomie*, vol. 38, n°2, 67-73.

Selye H. (1975). *Le stress de la vie (le problème de l'adaptation)*. Ottawa: Les Éditions Lacombe ltée.

Selye H. (1976). *Stress sans détresse*. Ottawa: Les Éditions Lacombe ltée.

Shields M. (2006). "Le stress et la dépression au sein de la population occupée". Statistiques Canada, Santé Canada, *Rapport sur la santé,* vol. 17 n°4 (n°82-003-XIF au catalogue)

Shields M. (1999). "Longues heures de travail et la santé". Statistiques Canada, Santé Canada, *Rapport sur la santé*, vol. 11, n°2 (n°82-003-XIF au catalogue)

Shields M., (2004). "Stress personnel, santé et bienfaits du soutien social". Statistiques Canada, Santé Canada, *Rapports sur la santé,* vol. 15, n°1 (n°82-003-XIF au catalogue)

Shields M. (2002). "Travail par quarts". Statistiques Canada, Santé Canada, *Rapport sur la santé,* vol. 13, n°4 (n°82-003-XIF, au catalogue).

Smedley J., Egger P., Cooper C. C. et coll. (1995). "Manual handling activities and risk of low back pain in nurses". *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 52, n 3, 160-163.

Smedley J., Inskip H., Cooper C. et coll. (1998). "Natural history of low back pain: a longitudinal study in nurses". *Molecular Pathology,* vol. 23, n°22, 2422-2426.

Statistique Canada, Santé Canada (2001). "La santé de la population canadienne". Rapport annuel 2001. *Rapport sur la santé,* vol. 12, n°3 (n°82-003-XIF au catalogue)

Statistique Canada, Santé Canada (2006). "Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005". *Rapport sur la santé,* vol. 17, n°4 (n°82-003-XIF au catalogue)

Statistiques Canada, Santé Canada (2005). "Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats". 164 p (n°83-003-XIF au catalogue)

Statistiques Canada, Santé Canada (2001). "La santé à prendre ou à laisser". *Rapport sur la santé,* vol. 12, n°3 (n°82-003-XIF au catalogue)

Statistiques Canada, Santé Canada (2004). "L'emploi et le revenu en perspective" *Rapport sur la santé,* vol. 5 n°11 (n°75-001-XIF, au catalogue)

Stevenson-Moessner J. (1996). *Trought the eyes of women : Insights for pastoral care, the handbook of womencare.* Édition Jeanne Stevenson-Moessner, Minneapolis, Fortress Press, 107 p.

Trinkoff A. M., Storr C. L., Lipscomb J. A. (2001). "Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses". *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* vol. 43, n°4, 355-363.

Truchon M. et Fillion L. (2000). "Les déterminants bio-psychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Une recension systématique des écrits". *IRSST,* R-253, 46 p.

Tschopp M., Peltola K., Held T., Kinnunen H., Hannula M., Laukkanen R. et Marti B. (2000). "Traditionelle und neue Ansâtze zur Schätzung der maximalen Sauerstoffaufnahme in Ruhe". Sportwissenschaftliches Institut, Bundesamt für

Sport, Magglingen. Polar Electro Oy, Kempele, Finland. Paavo Nurmi Centre, Dep of physiology, University of Turku, Finland, *Sportmedizin und Sporttraumatologie,* vol. 48, n 2, 58-63.

Väinämö K., Mäkikallio T., Tulppo M. et Röning J. (1998). "A neuro-fuzzy approach to aerobic fitness classification : a multistructure solution to the context-sensitive feature selection problem". Meriloski Rehabilitation and Research Center, Nahkatehtaankatu 3, Finland. IEEE, *International Joint Conference on Neural Networks,* Anchorage, Alaska, U. S.

Väinämö K., Nissilä T., Tulppo M. et Röning J. (1996). "Artificial neural networks for aerobic fitness approximation". Department of electrical engineering, university of Oulo, Finlande. Merikiski Rehabilitation and Research Center, Nahkatehtaankatu 3, Finland, IEEE. Proceedings of the International Neural Network, *ICNN Washington* (International Conference on Neural Networks), 4: 1939-1944.

Vermerch P. (1998). *"L'introspection comme pratique". INRS,* 6 : 15-42

Vézina M. et Gingras S. (1995). *Travail et santé mentale : les groupes à risque.* Rapport de recherche. Québec. Département de médecine sociale et préventive. Université Laval, 20 p.

Villeneuve J. et coll., (1990). "Des lits manuels ou 1440 tours de manivelle par jour". ASSTSAS, *Objectif prévention,* vol. 13, n°2, 13-19.

Villeneuve J. et coll. (1994). *Le lève-personne sur rail au plafond: un outil de travail indispensable.* ASSTSAS, *Objectif prévention,* vol. 17, n°2, 13-39.

Villeneuve J. (1996). "La chambre : Milieu de vie et lieu de travail". ASSTSAS, *collection PARC*, Bâtir pour mieux travailler, n°2.

Villeneuve J. et coll. (1997). "Les équipements d'aide au transfert". ASSTSAS, *Objectif prévention,* vol. 20, n°2, 25-28.

Villeneuve J. (2006). "La tendance en Amérique du Nord: zéro soulèvement manuel". ASSTSAS, *Objectif Prévention,* vol. 29, n°3

Waddell G. (1987). "A new clinical model for the treatment of low-back pain". *Spine,* 12: 632-644.

Waddell G., Newton M., Henderson I., Somerville D. et Main C. J. (1993). "Fear-Avoidance Beliefs questionnaire and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability". *Pain*, 52: 157-168.

Waddell G., Nachemson A. L., Phillips, R. B. (1998). *The back pain revolution.* Edinburgh. Churching Livingstone.

Walls C. (2001). "Do electric patient beds reduce the risk of lower back disorders in nurses?" *Occupational medicine,* vol. 51, n°6, 380-384.

Watson J. (1985). *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers.* Edition Seli Arslan, 317 p.

Weickgenant A. L., Slater M. A., Patterson T. L., Atkinson J. H., Grant I., Garfin S. R. (1993). "Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression". *Pain,* 53: 95-103.

Wilkins K. et P. Beaudet M. (1998). "Le stress au travail et la santé". Statistiques Canada, Santé Canada. *Rapports sur la santé* vol. 10, n°3 (n°82-003-XIF au catalogue)

Wright C et coll., (2006). "Le stress et la dépression au sein de la population occupée et Satisfaction et stress au travail en 2006". Statistique Canada, Santé Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 17, n 4 (n 82-003-XIF au catalogue)

Wright M.E. (1997). "Long term sickness absence in an NHSSS teaching hospital". *Occupational Medicine*, vol. 46, n 7, 401-406.

Yassi A., Tate R., Cooper J. E., Snox C., Vallentyne S. et Fhokhar J. B. (1995). "Early intervention for back injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital: an evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two year pilot project". *Occupational Medicine.,* vol. 45, n 4, 209-214.

Yassi A., Khikhna, J., Tate R. et coll. (1995). "The epidemiology of back injuries in nurses at a large canadian tertiary care hospital: implications for prevention". *Occupational Medicine,* vol. 45, n 4, 215-220.

Zhuang Z., Stobbe T. J., Collins J. W. et coll. (2000). "Psychophysical assessment of assistive devices for transferring patients/residents". *Applied ergonomics*, vol. 31, n°1, 35-44

ANNEXE A

Support pour documenter le contexte de travail

Affiche pour le recrutement initial

CENTRE HOSPITALIER DE.....

CONTEXTE DU CHSLD : ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

1- Adresse du CHSLD (et numéro de téléphone)

2- Nombre de services dans le CHSLD (2.0)
leurs spécificités (2.1) et leur nombre de lits (2.2)

3- Nombre de soignants dans le CHSLD (3.0)
leur titre d'emploi (3.1) et leur ancienneté en moyenne (3.2)

4- Nombre de soignants faisant de la manutention de patients dans le CHSLD (4.0),
femmes (4.1)
et hommes (4.2)

et leurs âges moyens,
femmes (4.3)
et hommes (4.4)

5- Nommez les supérieurs hiérarchiques des soignants, dans les différents services (5.1):

pour la Santé et la Sécurité au Travail (5.2):

à la direction (5.3):

6- Nombre de lits électriques (6.1), par service, pour faciliter la manutention manuelle

Nombre de lève-personnes (6.2) pour l'aide à la manutention

7- Contexte stressant de la manutention de patients (oui/non, expliquez)

- En fonction de la quantité ou de la qualité du travail demandées :
du manque de temps (7.1)
du manque de personnel (7.2)
du manque de matériel (7.3)
du manque de qualification (7.4)
du manque de formation (7.5)

- En fonction des exigences de la tâche :
poids et autonomie des patients (7.6)

capacités et aide des soignants (7.7)

- En fonction des exigences des supérieurs (direction, superviseur, médecins) (7.8)

- En fonction de la relation avec les supérieurs (quantité et qualité de la supervision, soutien et respect, compréhension et organisation ...) (7.9)

- En fonction des responsabilités endossées par les soignants (7.10)

et de la latitude décisionnelle possible des soignants (7.11)

- En fonction de la relation possible avec chaque patient (pathologie, personnalité, de l'état physique et de conscience) (7.12)

- En fonction de la relation avec les autres membres de l'équipe soignante (entraide, équivalence des personnes en travail 2/2 – taille – poids – capacités et bonne volonté à fournir un effort, compétition entre les équipes ou entre les personnes, tensions liées au savoir être ou au savoir faire ...) (7.13)

- En fonction de l'organisation du travail (monotonie ou déséquilibre dans la répartition des tâches ou des activités) (7.14)

CONTEXTE DU CHSLD : ORGANISATION DE TRAVAIL

Équipes de travail

8- Nombre d'équipes de travail
dans le CHSLD (8.1)
par service (2 ou 3 sur 24 h) (8.2)

9- Constitution de chaque équipe de travail
en nombre de soignants (9.1)
et en titre d'emploi (9.2)

10- Nombre de soignants dans le CHSLD
en poste fixe (10.1)
en remplacements (10.2)
à plein temps (10.3)
à temps partiel (10.4)

Temps de travail

11- Nombre d'heures de travail en moyenne par semaine (11.1)
et par mois (11.2)

12- Rythme (12.1) et horaires de travail (12.2)

13- Nombre de jour de repos hebdomadaires (13.1)
et de congés payés (ou non) (13.2)

Temps officiel de pauses chaque jour (13.3)

Emploi du temps pour effectuer les différentes activités inhérentes à la tâche

14- imposé selon le titre d'emploi et l'horaire de travail (14.1)

au choix de chaque soignant (14.2)

Manutention de patients

15- Qui fait de la manutention de patients ?
(% homme/femme, titres d'emploi) (15.1 et 15.2)

16- Manutention manuelle seul (e) (16.1)
ou à plusieurs (combien) (16.2)?

Si à plusieurs, avec des soignants de même taille, de même ancienneté, de même âge, de même sexe, de même corpulence, de même force ... (16.3)

17- Combien de temps par jour (17.1)
et sa répartition dans la journée de travail (17.2) ?

18- Combien de patients en moyenne par jour?

19- Combien de soignants ont une formation PDSB (19.1)

et son suivi (nombre et date) (19.2 et 19.3)?

PARTICIPEZ A UNE RECHERCHE SUR LA DOULEUR ET LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS AU TRAVAIL

Infirmières, auxiliaires et préposées aux bénéficiaires des CHSLD de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Dans le cadre de la maîtrise en kinanthropologie
d'**Isabelle Lacharme** (UQAM/UQAT)

PRENEZ RENDEZ-VOUS
POUR REMPLIR UN QUESTIONNAIRE DE SANTÉ-QUÉBEC
ET FAIRE UN ENTRETIEN AVEC LA CHERCHEUSE

Payé 50$ pour 2 heures
dans une salle de l'Université de votre ville

Appelez au **762-0971 poste 2439** et laissez votre numéro de téléphone
et vos heures où la chercheuse peut vous rappeler
pour informations complémentaires et/ou rendez-vous.

ANNEXE B

Questionnaire initial

La grille OSHA pour le dos

La méthode d'analyse du Job Content Questionnaire (Karasek)

n° (nom)

Questionnaire initial

Hôpital : _____

Service : _____

Introduction : Renseignements personnels

Sexe : masculin féminin

Poids : _____ livres ou _____ kg

Taille : _____ pieds/pouces ou _____ centimètres

Date de naissance: _____

1. Titre d'emploi :
   1. 1. ☐ infirmière
   1. 2. ☐ auxiliaire
   1. 3. ☐ préposé aux bénéficiaires

2. Êtes-vous droitier ou gaucher (main dominante)?
   2. 1. ☐ droitier 2. 2. ☐ gaucher 2. 3. ☐ ambidextre

3. Pratiquez-vous une ou plusieurs activités physiques d'un minimum de 20 à 30 minutes par séance ?
   3. 1. ☐ aucune fois 3. 2. 1 ☐ fois par mois
   3. 3. 2 ☐ à 3 fois par mois 3. 4. 1 ☐ fois par semaine
   3. 5. 2 ☐ fois par semaine 3. 6. 3 ☐ fois par semaine
   3. 7. 4 ☐ fois ou plus par semaine

Si oui, la ou lesquelles? _____

4. Quelles sont les activités professionnelles les plus difficiles pour vous, au niveau physique?
   4. 1. ☐ la distribution des repas 4. 2. ☐ la manutention de patients

4. 3. ☐ les pansements 4. 4. ☐ la réfection des lits

4. 5. ☐ la toilette des patients

4. 6. ☐ la préparation des solutés et injections

4. 7. ☐ autres soins au lit du patient, précisez _____

4. 8. ☐ autre activité, précisez _____

5. Quelles sont les activités professionnelles les plus difficiles pour vous, au niveau moral?

5. 1. ☐ la distribution des repas 5. 2. ☐ la manutention de patients

5. 3. ☐ les pansements 5. 4. ☐ la réfection des lits

5. 5. ☐ la toilette des patients

5. 6. ☐ la préparation des solutés et injections

5. 7. ☐ autres soins au lit du patient, précisez

_____

5. 8. ☐ autre activité, précisez

_____

Première partie : Bilan musculo-squelettique

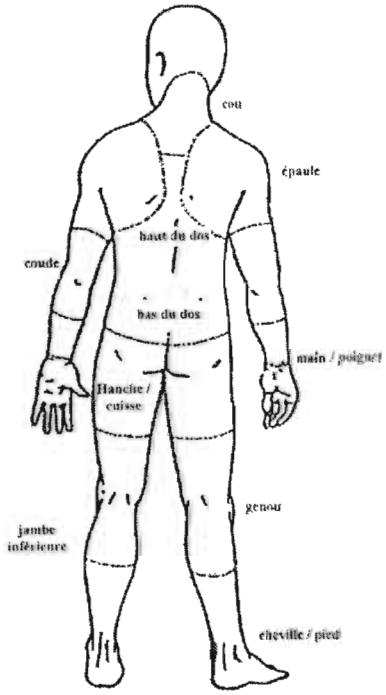
(Enquête sociale et de santé 1998, 2 ième édition (2001), Institut de statistique du Québec, 642 p.)

6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti des douleurs importantes à l'une ou l'autre des parties du corps, douleurs qui vous ont dérangé (e) dans vos activités professionnelles ?

6. 1. ☐ Oui 6. 2. ☐ Non

Si non, passez à la question 17, page 8.

Si oui, consultez la silhouette du corps, page suivante – coloriez les zones douloureuses – puis remplissez la grille, en entourant le numéro des parties du corps et la lettre du côté, en entourant les numéros dans les cases, correspondant au ressenti de vos douleurs.



Parties du corps	Côtés		1. Jamais	2. De temps en temps	3. Assez souvent	4. Tout le temps
1. Epaules	D	G	1. 1.	2. 1.	3. 1.	4. 1.
2. Bras	D	G	1. 2.	2. 2.	3. 2.	4. 2.
3. Coudes	D	G	1.3.	2. 3.	3. 3.	4. 3.
4. Avant-bras, poignets ou mains	D	G	1. 4	2. 4.	3. 4.	4. 4.
5. Cou	D	G	1. 5.	2. 5.	3. 5.	4. 5.
6. Haut du dos	D	G	1. 6.	2. 6.	3. 6.	4. 6.
7. Bas du dos	D	G	1. 7.	2. 7.	3. 7.	4. 7.
8. Hanches ou cuisses	D	G	1. 8.	2. 8.	3. 8.	4. 8.
9. Genoux	D	G	1. 9	2. 9.	3. 9.	4. 9.
10. Jambes ou mollets	D	G	1. 10.	2. 10.	3. 10.	4. 10.
11. Chevilles ou pieds	D	G	1. 11.	2. 11.	3. 11.	4. 11.

7. Identifiez la partie du corps où vous avez ressenti la douleur qui vous a le plus dérangés dans l'ensemble de vos activités professionnelles au cours des 12 derniers

mois (consultez la silhouette et choisir une seule partie, entourez son numéro dans la grille ci-dessous, ainsi que la lettre du côté).

1. Épaules	D	G
2. Bras	D	G
3. Coudes	D	G
4. Avant-bras, poignets ou mains	D	G
5. Cou	D	G
6. Haut du dos	D	G
7. Bas du dos	D	G
8. Hanches ou cuisses	D	G
9. Genoux	D	G
10. Jambes ou mollets	D	G
11. Chevilles ou pieds	D	G

8. Dans l'ensemble de vos activités professionnelles, identifiez celle pour laquelle cette douleur que vous avez ressenti a été la plus dérangeante au cours des 12 derniers mois?

8. 1. ☐ la distribution des repas
8. 2. ☐ la manutention de patients
8. 3. ☐ les pansements
8. 4. ☐ la réfection des lits
8. 5. ☐ la toilette des patients
8. 6. ☐ la préparation des solutés et injections
8. 7. ☐ autres soins au lit du patient, précisez _____
8. 8. ☐ autre activité, précisez _____

9. Quand avez-vous remarqué cette douleur la plus dérangeante pour la première fois? Il y a

9. 1. ☐ moins de 3 mois
9. 2. ☐ de 3 à moins de 6 mois
9. 3. ☐ de 6 à moins de 1 an
9. 4. ☐ de 1 à moins de 2 ans
9. 5. 2 ☐ ans et plus

10. Au cours des 12 derniers mois, durant combien de temps au total avez-vous dû vous absenter du travail à cause de cette douleur la plus dérangeante?

10. 1. ☐ aucun arrêt de travail 10. 2. ☐ moins de 3 semaines

10. 3. ☐ de 3 semaines à moins de 6 mois 10. 4. ☐ durant 6 mois et plus

11. Au cours des 12 derniers mois, à cause de cette douleur la plus dérangeante,

11. 1. avez-vous changé d'emploi dans le même établissement?

☐ oui ☐ non

11. 2. avez-vous changé de tâche dans votre emploi régulier?

☐ oui ☐ non

11. 3. avez-vous changé de façon de travailler?

☐ oui ☐ non

11. 4. avez-vous changez d'horaire ou de durée de travail?

☐ oui ☐ non

11. 5. y a-t-il eu d'autres changements à cause de cette douleur?

☐ oui ☐ non

Si oui, précisez

_____

_____

12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour votre douleur la plus dérangeante?

☐ oui ☐ non

Si oui, avez-vous reçu des traitements pour votre douleur?

12. 1. ☐ Non 12. 2. ☐ anti-inflammatoire oral,

12. 3. ☐ analgésique 12. 4. ☐ myorelaxant,

12. 5. ☐ infiltration/injection 12. 6. ☐ manipulation

12. 7. ☐ physiothérapie 12. 8. ☐ ergothérapie

12. 9. ☐ orthèse 12. 10. ☐ chiropractie

12. 11. ☐ chirurgie 12. 12. ☐ acupuncture

12. 13. ☐ autres, précisez _____

_____

13. Avez-vous pris des vacances ces derniers mois?

☐ oui ☐ non

Si oui, a quelles dates? _____

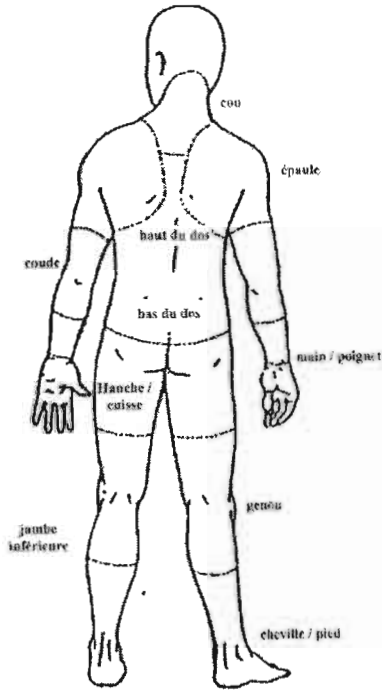
14. Au cours des 7 derniers jours travaillés, avez-vous ressenti des douleurs importantes à l'une ou l'autre des parties du corps, douleurs qui vous ont dérangé dans vos activités professionnelles?

☐ oui ☐ non

Si non, passez à la question 17, page 8.

Si oui, consultez la silhouette du corps, page suivante – coloriez les zones douloureuses – puis remplissez la grille, en entourant le numéro des parties du corps et la lettre du côté, en entourant les numéros dans les cases, correspondant au ressenti de vos douleurs.

Parties du corps	Côtés		1. Jamais	2. De temps en temps	3. Assez souvent	4. Tout le temps
1. Epaules	D	G	1. 1.	2. 1.	3. 1.	4. 1.
2. Bras	D	G	1. 2.	2. 2.	3. 2.	4. 2.
3. Coudes	D	G	1.3.	2. 3.	3. 3.	4. 3.
4. Avant-bras, poignets ou mains	D	G	1. 4	2. 4.	3. 4.	4. 4.
5. Cou	D	G	1. 5.	2. 5.	3. 5.	4. 5.
6. Haut du dos	D	G	1. 6.	2. 6.	3. 6.	4. 6.
7. Bas du dos	D	G	1. 7.	2. 7.	3. 7.	4. 7.
8. Hanches ou cuisses	D	G	1. 8.	2. 8.	3. 8.	4. 8.
9. Genoux	D	G	1. 9	2. 9.	3. 9.	4. 9.
10. Jambes ou mollets	D	G	1. 10.	2. 10.	3. 10.	4. 10.
11. Chevilles ou pieds	D	G	1. 11.	2. 11.	3. 11.	4. 11.



15. La douleur la plus dérangeante que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours est:

15. 1. ☐ présente de façon continuelle

15. 2. ☐ présente après une période de travail continue de plus de 2 heures mais une fois apparue, elle persiste pour le reste de la journée

15. 3. ☐ présente après une période de travail continue de plus de 2 heures mais diminue après une période de repos

15. 4. ☐ présente surtout en fin de journée

15. 5. ☐ non applicable

16. Sur l'échelle de la douleur suivante, le zéro indique aucune douleur, le 10 la pire douleur possible pour vous, indiquez pour les 7 derniers jours, le chiffre pour :

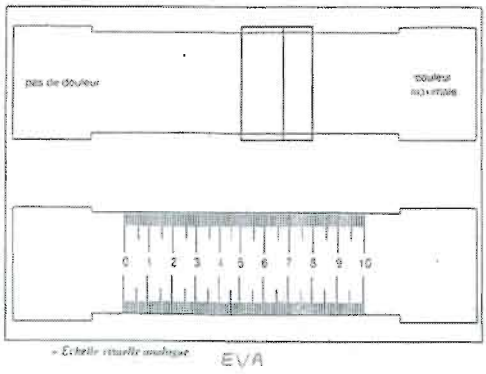
16. 1. la plus faible douleur ressenti _____

16. 2. la plus forte douleur ressentie _____

16. 3. la douleur moyenne ressentie _____

16. 4. non applicable. ☐

Échelle de la douleur



17. En général, diriez-vous que votre santé est :

17. 1. ☐ excellente 17. 2. ☐ très bonne 17. 3. ☐ bonne

17. 4. ☐ passable 17. 5. ☐ mauvaise

Si elle est au moins bonne, passez à la question 20 page 9.

Si elle est passable ou mauvaise, est-ce à cause d'une douleur physique?

a ☐ oui b ☐ non

Si elle est passable ou mauvaise, est-ce à cause d'une souffrance moral?

c ☐ oui d ☐ non

18. En général, pensez-vous que la douleur ressentie vous limite dans certaines activités professionnelles? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles?

18. 1. ☐ la distribution des repas 18. 2. ☐ la manutention de patients

18. 3. ☐ les pansements 18. 4. ☐ la réfection des lits

18. 5. ☐ la toilette des patients

18. 6. ☐ la préparation des solutés et injections

18. 7. ☐ autres soins au lit du patient, précisez _____

18. 8. ☐ autre activité, précisez _____

19. En général, croyez-vous que la douleur ressentie affecte :

19. 1. ↑ vos comportements 19. 2. ↑ vos humeurs

19. 3. ↑ votre moral 19. 4. ↑ la qualité de votre travail

19. 5. ↑ vos relations (patients, collègues, supérieurs)

19. 6. ↑ non applicable

Deuxième Partie: Job Content Questionnaire, Karasek (1990), Bourbonnais (1998)

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord

d - fortement en accord e - non applicable

21. Mon travail exige un niveau élevé de qualification.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord

d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord

d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord

d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord

d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord

d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

29. Mon travail exige d'aller très vite.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

30. Mon travail exige de travailler très fort mentalement.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

31. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

33. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

36. Mon travail est très mouvementé.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

37. Je suis souvent ralenti(e) dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

38. Mon supérieur immédiat se soucie du bien-être des personnes qui sont sous sa supervision.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

40. Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

42. Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

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

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

44. Les gens avec qui je travaille sont amicaux.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

45. les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail.

a - fortement en désaccord b - en désaccord c - d'accord
d - fortement en accord e - non applicable

La grille OSHA pour le dos

Liste B

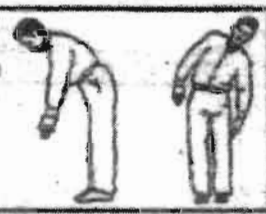
FACTEURS DE RISQUE AU DOS ET AUX MEMBRES INFÉRIEURS

Date:_____ Poste:_____

Département:_____ Travailleur:_____

Observateur:_____ Commentaires:_____

Tâche	Facteur de risques	Durée totale

Pointage des facteurs de risque au dos et aux membres inférieurs					
A	B	C	D	E	F
Catégorie de facteurs de risque	Facteurs de risque	Durée (hr)			Points
		2 à 4	4 à 8	8 et +	
		Encercler		0.5/hr	
Postures inadéquates (Statiques ou répétitives)	1. Flexion légère du tronc vers l'avant ou latérale. (Entre 20° et 45°) 	1	2		
	2. Flexion prononcée du tronc vers l'avant. (Plus de 45°)	2	3		
	3. Tronc penché vers l'arrière	1	2		
	4. Torsion du tronc	2	3		
	5. Posture assis prolongée sans dossier adéquat.	1	2		
	6. Debout ou assis sans repose-pied	0	1		
	7. S'agenouiller, s'accroupir	2	3		
	8. Flexions/extensions répétitives des chevilles. (Commandes au pied)	1	2		

Pointage des facteurs de risque au dos et aux membres inférieurs					
A	B	C	D	E	F
Catégorie de facteurs de risque	Facteurs de risque	Durée (hr)			Points
		2 à 4	4 à 8	8 et +	
		Encercler		0.5/hr	
Pressions locales	1. Arêtes vives faisant pression sur la peau. (Incluant les jambes)	1	2		
	2. Utilisation du genou comme masse. (Pose de tapis)	2	3		
Vibrations	1. Assis ou debout sur une surface vibrante	1	2		
Tirer/pousser	1. Charges modérées. (Force nécessaire pour pousser ou tirer un panier de supermarché rempli de pommes)	1	2		
	2. Charges lourdes (Force nécessaire pour déplacer un classeur de deux tiroirs (plein) sur un tapis)	2	3		
Cadence de travail contrôlée	1. Cadence imposée par la machine, l'arrivée des pièces, un suivi continu ou par quotas journaliers. (1 point pour un de ces modes de contrôle, 2 points si plus de 1 contrôle)				

ANNEXE C

Entretien semi-structuré

MSP (Mesure de Stress Psychologique)

n° (nom)

Entretien semi-structuré

Hôpital : _____
Service : _____

Taille :
Poids :

Introduction :

1. Qu'est ce que vous aimez dans votre travail?

2. Qu'est ce que vous n'aimez pas dans votre travail?

3. Qu'est ce que vous trouvez difficile dans votre travail, généralement?

4. Qu'est ce que vous trouvez particulièrement difficile dans votre travail, en ce moment?

5. La manutention de patients est-elle particulièrement difficile pour vous en ce moment, à cause de maux de dos?
Oui / Non

6. Est-ce que vos douleurs, en ce moment, vous limite au niveau physique?
Oui / Non
Si oui, en quoi vous limite-t-elle?

7. Est-ce que vos douleurs, en ce moment, vous atteignent au niveau émotionnel?
Oui / Non
Si oui, comment cela se manifeste-t-il?

8. Évaluer votre douleur présente selon l'EVA
au niveau physique (intensité) _____
et au niveau émotionnel (aspect désagréable)_____

Tester le % de stress

Mesurer les pulsations cardiaques avec la montre Polar

Les difficultés des soignants à la manutention de patients:

Pour la manutention de patient, avez-vous des difficultés de par vos caractéristiques personnelles ?
Oui / Non

9. selon votre physique (poids, taille, âge, sexe ...)

10. selon votre état de santé (physique ou psychologique)
    - 10. 0. progression douleur pendant quart de travail
    - 10. 1. capacités fonctionnelles limitées, par vos maux de dos
    - 10. 2. fatigue ou surmenage
    - 10. 3. faiblesse ou contracture musculaire
    - 10. 4. stress ou anxiété
    - 10. 5. humeurs
    - 10. 6. hérédité ou antécédents personnels du dos
    - 10. 7. autres ----------

11. selon votre hygiène de vie
    - 11. 1. tabac (ou drogues)
    - 11. 2. excès d'alcool (ou de café)
    - 11. 3. alimentation *(quantité, non équilibrée, mal répartie...)*
    - 11. 4. sommeil *(quantité, perturbé, non réparateur ...)*
    - 11. 5. sport *(quantité, mal choisi pour le dos ...)*
    - 11. 6. loisirs *(quantité, mal choisi pour le dos ...)*
    - 11. 7. manque de vacances

12. Autres *(expérience ....)*

13. Êtes-vous satisfait de votre qualité d'être au travail?
Oui / Non
Pourquoi? _____

Pour la manutention de patient, avez-vous des difficultés liées à l'Organisation du travail?
Oui / Non

14. dans les contraintes de fréquence de manutentions à effectuer
Oui / Non

Expliquez *(charge physique de travail, monotonie de la tâche ...)*

_____

15. dans les contraintes de temps
Oui /Non

Expliquez *(charge psychologique de travail, tâche interrompue par plus urgent, pauses, cadence, heures supplémentaires ...)*

_____

16. dans vos grilles horaires de travail
Oui / Non

Expliquez (jour / nuit, nombre d'heures consécutives et par semaine, alternance travail / repos, autres)

_____

17. dans d'autres contraintes
Oui / Non

Expliquez (manque de personnel, répartition inégale des tâches, manque de pairage, ordres contradictoires ...)

_____

18. Autres ----------

19. Êtes-vous satisfait de la qualité de l'organisation de votre travail ?
Oui / Non
Pourquoi?_____

Pour la manutention de patient, avez-vous des difficultés liées à l'Equipement?
Oui / Non

20. Au sujet des lits électriques?
20. 1. du nombre 20. 2. des réglages
20. 3. des performances
20. 4. autres

21. Utilisez-vous le mécanisme des lits électriques?
21. 1.toujours 21. 2. presque toujours
21. 3. souvent 21. 3. quelquefois
21. 4. jamais

Pourquoi?

_____

_____

22. Au sujet des lève-personnes?
22. 1. du nombre
22. 2. de leur disponibilité
22. 3. de leur performance
22. 4. de l'espace nécessaire pour s'en servir
22. 5. du nombre de soignant nécessaire pour s'en servir
22. 6. de la formation pour s'en servir,
22. 7. de la facilité pour s'en servir
22. 8. de l'entraînement pour s'en servir
22. 9. de la latitude pour s'en servir au niveau temps (a), aide des collègues (b), choix du matériel ou non selon la manutention à effectuer (c), le patient (d) et le contexte (e).
22. 10. autres

23. Utilisez-vous les lève-personnes lorsque c'est approprié?
23. 1. toujours 23. 2. presque toujours
23. 3. souvent 23. 4. quelquefois
23. 5. jamais

Pourquoi?

_____

_____

24. Autres ----------

25. Êtes-vous satisfait de la qualité du matériel mis à votre disposition?
Oui / Non
Pourquoi?

_____

Pour la manutention de patient, avez-vous des difficultés physiques liées à la Tâche et à la technique de travail ?
Oui / Non

26. dans les mouvements pour :

26. 1. lever
26. 2. coucher
26. 3. retenir
26. 4. pivoter
26. 5. tirer
26. 6. pousser
26. 7. porter
26. 8. transférer
26. 9. autres _____

27. dans la position à prendre et / ou à maintenir :

27. 1. debout immobile
27. 2. debout à piétiner
27. 3. assis
27. 4. accroupi
27. 5. autres _____

28. dans la posture à effectuer et / ou à tenir :

28. 1. se pencher en avant (flexion sagittale du tronc)
28. 2. se pencher sur le côté (flexion latérale du tronc)
28. 3. se tourner (torsion du tronc)
28. 4. autres *(asymétrie, stabilité, équilibre ...)*
_____

29. dans le fait de fournir un effort :

29. 1. en position ou en posture contraignante
29. 2. en mouvement lent ou rapide
29. 3. d'une façon répétée ou qui dure
29. 4. sans pause, pendant ou après.
29. 5. autres *(effort imprévu, effort excentrique ...)*
_____

30. dans l'intensité de l'effort :

30. 1. face à votre fatigue (a)
ou à votre faiblesse musculaire (b)
ou à vos capacités physiques limitées (c)

30. 2. face au patient
(poids, rigidité, réactions du patient, non coopération, état de conscience, stabilité, prise, se coller)

30. 3. à évaluer selon l'échelle de Borg,
en moyenne _____
au maximum_____

31. dans la répétitivité (a), la fréquence (b) ou la durée (c)
31. 1. du mouvement
31. 2. de la posture
31. 3. de l'effort

32. Avez-vous eu une formation à la manutention (PDSB ou autre)?
Oui / Non

et un suivi?
Oui / Non

Si oui : 32. 1. pensez-vous en avoir la maîtrise? Oui / Non

32. 2. appliquez-vous ces techniques?
a. toujours b. presque toujours
c. souvent d. quelquefois e. jamais

Pourquoi? ----------

33. Autres (*micro-pauses ...)*

34. Êtes-vous satisfait de la qualité technique de votre travail ?
Oui / Non

Pourquoi? _____
_____

Pour la manutention de patient, avez-vous des difficultés liées à l'Environnement ?
Oui / Non

35. au sujet de l'environnement physique du travail
    35. 1. manque d'espace
    35. 2. espace mal agencé
    35. 3. espace encombré
    35. 4. espace glissant
    35. 5. décoration
    35. 6. autres _____

Expliquez :
_____
_____

36. au sujet de l'environnement psycho-social selon la charge de travail
    36. 1. manque de support des collègues et *supérieurs (relations, écoute, respect, reconnaissance, aide ...)*

    36. 2. latitude décisionnelle
    (*initiative, organisation personnelle, gérer son temps de travail, déterminer les priorités et les séquences de la tâche, autonomie....)*

    36. 3. exigences de travail
    (stress, insatisfaction,...)

Expliquez :
_____
_____

37. Êtes-vous satisfait de la qualité de l'environnement physique de votre travail?
Oui / Non

Pourquoi? _____

38. Êtes-vous satisfait de la qualité de l'environnement psycho-social au travail?
Oui / Non

Pourquoi? _____

39. Au sujet de vos difficultés au travail, quelle part accordez-vous?

à vous même (39. 1) _____% à l'organisation (39. 2) _____%
à l'équipement (39. 3) _____%
à la technique de manutention (39. 4) _____%
à l'environnement physique (39. 5) _____% et psychosocial (39. 6) _____%

Conclusions

Pour remédier à certaines de ces difficultés, avez-vous mis en place des stratégies personnelles, des ajustements spécifiques?

Oui / Non

Expliquez : difficulté
ajustement

difficulté
ajustement

n° (nom)

MESURE DE STRESS PSYCHOLOGIQUE (MSP)

(Lemyre L., Tessier R., Fillion L., 1988)

Pouvez-vous encercler le chiffre de 1 à 8 pour indiquer jusqu'à quel degré chaque phrase vous décrit au repos (en pensant à vos derniers jours de repos)

1 pas du tout
2 pas vraiment
3 très peu
4 un peu
5 plutôt oui
6 passablement
7 beaucoup
8 énormément

1. Je me sens tendue ou crispée	**1**	2	3	4	5	6	7	8
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Je prends plus de 2 consommations d'alcool par jour	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Je me sens pressée, coincée par le temps je manque de temps	1	2	3	4	5	6	7	8
5. J'ai tendance à sauter des repas, à oublier de manger	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Je me sens seule, isolée, incomprise	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je me sens débordée, dépassée, surchargée	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Je suis préoccupée par ce qui va arriver le lendemain	1	2	3	4	5	6	7	8
10. J'ai le visage (front, sourcils ou lèvres) crispé, froncé, tendu	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Je prends plus de quatre cafés par jour	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Je cherche l'heure constamment, je regarde souvent ma montre ou demande l'heure	1	2	3	4	5	6	7	8

13. Je suis irritable, j'ai les nerfs à fleur de peau, je m'impatiente contre les gens et les choses	1	2	3	4	5	6	7	8
14. J'ai de la difficulté à digérer, j'ai mal à l'estomac, je me sens comme un nœud à l'estomac	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Je suis découragée, déprimées, dépressive	1	2	3	4	5	6	7	8
16. J'ai des douleurs physique : mal au dos, mal à la tête mal dans la nuque, mal au ventre	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Je suis préoccupée, tourmentée ou tracassée	1	2	3	4	5	6	7	8
18. J'ai des variations de température	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Je fume plus de 20 cigarettes (un paquet) par jour	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Je me ronge les ongles ou mange la peau autour de mes doigts ou me mords les lèvres et l'intérieur des joues.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Je pleure	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Je suis fatiguée	1	2	3	4	5	6	7	8
24. J'ai les mâchoires serrées	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Je suis calme	1	2	3	4	5	6	7	8
26. J'ai les mains moites et je transpire beaucoup, (sue des aisselles et des pieds ...)	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Je vois la vie comme étant simple et facile	1	2	3	4	5	6	7	8
28. J'ai le cœur qui bat vite ou qui bat irrégulièrement	1	2	3	4	5	6	7	8
29. J'écris des listes de choses à faire	1	2	3	4	5	6	7	8
30. Je marche vite	1	2	3	4	5	6	7	8
31. Je pousse de longs soupirs, ou je reprends tout à coup ma respiration	1	2	3	4	5	6	7	8

32. J'ai la diarrhée, des crampes intestinales ou suis constipée	1	2	3	4	5	6	7	8
33. Je suis anxieuse, inquiète ou angoissée	1	2	3	4	5	6	7	8
34. Je sursaute (fait des bonds)	1	2	3	4	5	6	7	8
35. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir	1	2	3	4	5	6	7	8
36. Je suis brusque dans mes comportements, je bouge rapidement	1	2	3	4	5	6	7	8
37. Je suis inefficace, inadéquate	1	2	3	4	5	6	7	8
38. J'ai les muscles tendus ou qui tremblent ou je ressens des raideurs musculaires	1	2	3	4	5	6	7	8
39. J'ai l'impression de perdre le contrôle	1	2	3	4	5	6	7	8
40. Je suis agressive	1	2	3	4	5	6	7	8
41. Je suis confuse, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration	1	2	3	4	5	6	7	8
42. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés	1	2	3	4	5	6	7	8
43. J'évite les contacts sociaux, je ne fais plus de hobby, de sorties, d'activités socioculturelles, je m'isole, je me retire.	1	2	3	4	5	6	7	8
44. J'ai la respiration courte, saccadée, limitée, rapide	1	2	3	4	5	6	7	8
45. Je sens beaucoup de pression sur les épaules	1	2	3	4	5	6	7	8
46. J'ai l'impression que chaque chose me demande un effort considérable	1	2	3	4	5	6	7	8
47. Je me sens pleine d'énergie, en forme	1	2	3	4	5	6	7	8
48. Je suis fébrile, j'ai toujours envie de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervée	1	2	3	4	5	6	7	8
49. Je mange vite, j'avale mon repas en moins de 15 min	1	2	3	4	5	6	7	8
50. Je contrôle mal mes réactions, humeurs ou gestes	1	2	3	4	5	6	7	8
51. Je suis stressée	1	2	3	4	5	6	7	8

52. Je suis malhabile, je fais des gaffes, je trébuche, je lâche des choses, j'ai des incidents divers	1	2	3	4	5	6	7	8
53. Je suis détendue.	1	2	3	4	5	6	7	8