

Diapositive 1

**CHANGER L'ENVIRONNEMENT
PSYCHOSOCIAL DU TRAVAIL POUR
AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE**

Renée Bourbonnais¹⁻²
Nathalie Gauthier²

¹Université Laval et ²CSSS Vieille Capitale

RIPOST (Groupe de recherche sur les impacts psychologiques organisationnels et sociaux du travail)
GIROST (Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé du travail)

Recherche financée par FCAR, FRSQ, FQRSC, CRSH, IRSC, IRSST, RRSSS et MSSS

Titre de la recherche :

Évaluation d'une intervention participative visant la réduction des contraintes de l'environnement de travail et la prévention des problèmes de santé mentale.

- Les chercheurs : Renée Bourbonnais¹⁻², Alain Vinet¹, Michel Vézina¹⁻², Chantal Brisson¹, Louise St-Arnaud², Belkacem Abdous¹
- La recherche a été financée par FCAR, FRSQ, FQRSC, CRSH, IRSC, IRSST, RRSSS et MSSS

¹Université Laval

²CSSS de la Vieille-Capitale

Groupe de recherche sur les impacts psychologiques organisationnels et sociaux du travail (RIPOST) (<http://www.csssvc.qc.ca/activites/ripost.php>)

Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé du travail (GIROST) (<http://www.ulaval.ca/girost/index.htm>)

POURQUOI agir ?

Les **PROBLÈMES de SANTÉ MENTALE** constituent l'un des problèmes de santé les plus **FRÉQUENTS, COÛTEUX et INVALIDANTS** dans la population en âge de travailler

Au 1^{er} ou 2^e rang dans les causes d'absence pour maladie prolongée



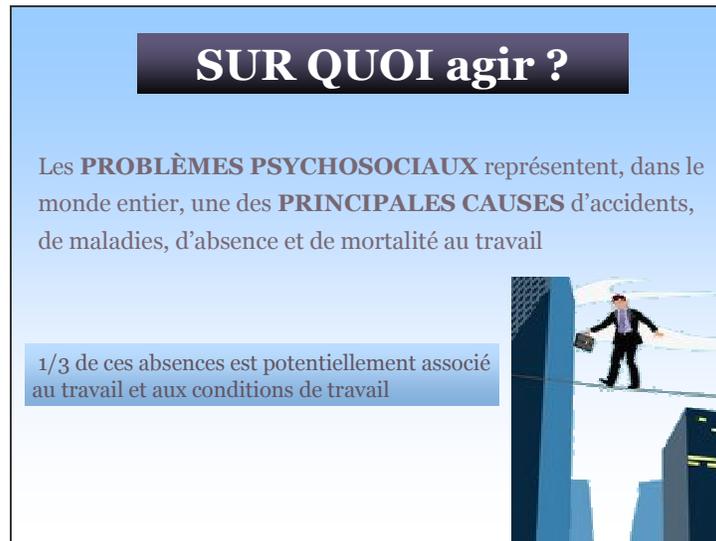
Les problèmes de santé mentale constituent l'un des problèmes de santé les plus fréquents, coûteux et invalidants dans la population en âge de travailler.

Dans une publication récente, nous faisons état de l'importance des problèmes de santé mentale au travail (Vinet, Bourbonnais, & Brisson, 2003): Une étude du Bureau international du travail (BIT) touchant cinq pays industrialisés, les États-Unis, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, La Finlande et la Pologne, estime qu'à tout moment, environ 20% de la population adulte souffre d'un problème de santé mentale (Gabriel & Liimatainen, 2000). Dans ces divers pays, des enquêtes pointent le stress au travail comme facteur important de risque à la santé mentale et, à titre d'illustration, 40% des travailleurs américains affirment que leur emploi est très ou extrêmement stressant. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) abonde dans le même sens que le BIT, insistant sur le fait que les problèmes de santé mentale font partie des risques les plus importants et les plus négligés jusqu'à présent ((OMS), 2001 #4318). Dans des pays industrialisés dont le Canada et le Québec, des enquêtes successives indiquent qu'entre une personne sur cinq et une personne sur quatre présente un niveau élevé de détresse psychologique (Institut de la statistique du Québec, 2000).

Dans plusieurs pays industrialisés, dont le Canada, les invalidités de courte et de longue durées dues à des problèmes de santé mentale sont en forte croissance depuis le début des années 1990 (Gabriel & Liimatainen, 2000; International Labor Organisation, 2000, 2002; Schaufeli & Kompier, 2001; Vézina, 1998).

Les problèmes de santé mentale sont souvent en première ou deuxième position des causes d'absence pour maladie prolongée, dépassés uniquement par les problèmes musculosquelettiques (Bourbonnais & Mondor, 2001).

Au cours d'une étude effectuée chez 1454 infirmières de la région de Québec pendant la restructuration du réseau québécois de la santé, de 1993 à 1999, parmi 1402 épisodes d'absence pour maladie avec certificat médical, 64% étaient potentiellement liés à l'environnement psychosocial au travail (n=901). Les problèmes de santé mentale se classaient au premier rang des diagnostics les plus fréquents avec 25% des épisodes qui duraient en moyenne 70 jours, suivis des problèmes musculosquelettiques (18%) qui duraient 41 jours en moyenne (Bourbonnais, Brisson, Vézina, & Mâsse, 2005).



SUR QUOI agir ?

Les **PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX** représentent, dans le monde entier, une des **PRINCIPALES CAUSES** d'accidents, de maladies, d'absence et de mortalité au travail

1/3 de ces absences est potentiellement associé au travail et aux conditions de travail

The slide features a blue background with a dark blue header box containing the title 'SUR QUOI agir ?'. Below the title, there is a paragraph of text. To the right of the text is an illustration of a person in a business suit walking on a tightrope high above a city skyline. A light blue box with white text is positioned below the main text, stating '1/3 de ces absences est potentiellement associé au travail et aux conditions de travail'.

Le Bureau international du travail considère que les problèmes psychosociaux représentent, dans le monde entier, une des principales causes d'accidents, de maladies, d'absence et de mortalité au travail (International Labor Organisation, 2002).

Au Canada, le fardeau économique des problèmes de santé mentale était estimé à 14,4 milliards de dollars en 1998, dont 7,7 milliards en absences (Stephens & Joubert, 2001). Les compagnies privées d'assurance salaire estiment qu'au Québec, de 30% à 50% des absences de longue durée sont attribuables à des problèmes de santé mentale contre 18% en 1990 (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2001; Ranno, 2000). Au Québec, les données d'indemnisation de la CSST démontrent que le nombre total de lésions professionnelles liées à la santé mentale au travail a augmenté de plus de 100% entre 1989 et 2001 (CSST, 2002). Chez le personnel soignant, 40 % des coûts en assurance salaire sont liés à des problèmes de santé mentale. Ces coûts ont augmenté principalement à cause de l'augmentation des problèmes de santé mentale liés au travail (épuisement professionnel) et à la dépression (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Le tiers de ces absences est potentiellement associé au travail et aux conditions de travail (Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet, & Laurendeau, 1992).

Diapositive 4

POURQUOI et SUR QUOI agir ?

Les **CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES** au travail ont un effet sur la survenue des **PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE**



Chez les infirmières de la région de Québec, des augmentations significatives des contraintes psychosociales au travail et de la détresse psychologique ont eu lieu lors de la récente restructuration du réseau de la santé

Plusieurs études ont documenté l'effet des contraintes psychosociales au travail sur la survenue des problèmes de santé mentale (Bourbonnais, Brisson, Malenfant, & Vézina, 2005; Bourbonnais, Brisson, Vézina et al., 2005; Bourbonnais, Malenfant, Vézina, Jauvin, & Brisson, 2005; Bourbonnais et al., 2000; Niedhammer, Bugel, Goldberg, Leclerc, & Guéguen, 2002; Peter, 2002; Sauter, Murphy, & Hurrell, 1990; van der Doef & Maes, 1999; van der Doef, Stan, & Diekstra, 2000; Vézina, 2002; Vézina & Bourbonnais, 2004).

Nous avons observé dans une étude antérieure chez les infirmières, des augmentations significatives des contraintes de l'environnement psychosocial du travail et de la détresse psychologique lors de la récente restructuration du réseau québécois de la santé.

En effet, les infirmières ont rapporté une augmentation importante de la charge de travail en comparaison avec un échantillon d'infirmières interrogées en 1994. Alors qu'elle touchait de 53% des infirmières en 1994, ce pourcentage atteignait 66% en 1998. Celles-ci ont aussi rapporté une plus grande fréquence de demande psychologique, de faible latitude décisionnelle, de détresse psychologique, de consommation de médicaments psychotropes ainsi qu'une santé moyenne ou mauvaise en comparaison avec un échantillon représentatif de travailleuses du Québec en 1998 (Bourbonnais, Brisson, Malenfant et al., 2005).

POURQUOI agir ?



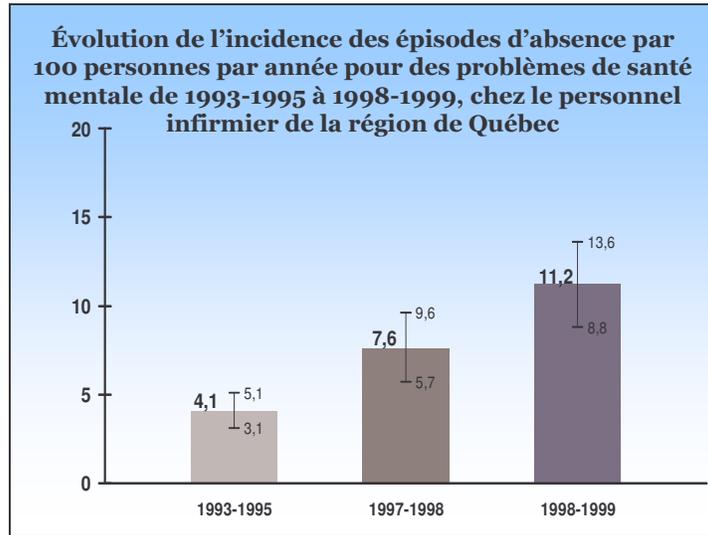
Augmentation significative de l'incidence des absences pour un problème de santé mentale

Augmentation de leur durée (25 jours d'augmentation après six ans, de 1993 à 1999)

Lors de cette même recherche, nous avons étudié les absences pour maladie de 1454 infirmières ayant donné leur consentement écrit à l'examen de leur dossier d'absence (Bourbonnais, Brisson, Malenfant et al., 2005).

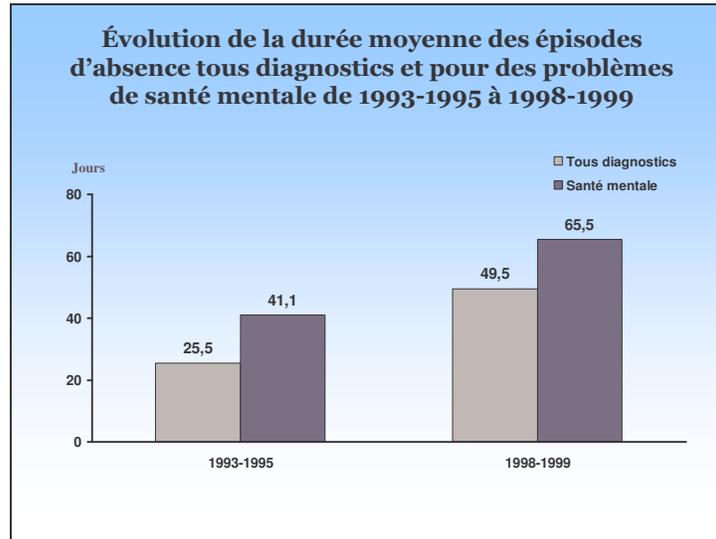
La détérioration observée des conditions de travail a été accompagnée d'une augmentation significative des absences pour un problème de santé mentale et de leur durée (25 jours d'augmentation après six ans, de 1993 à 1999).

Diapositive 6



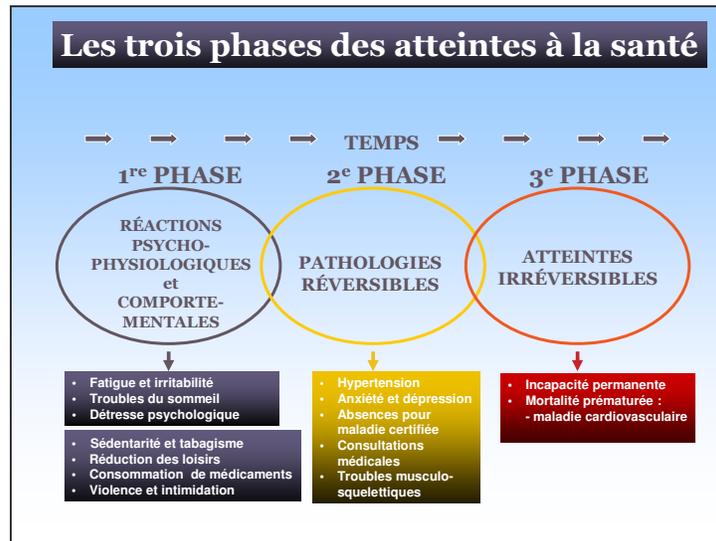
L'évolution de l'incidence ou la survenue des épisodes d'absences pour des problèmes de santé mentale montre en effet que durant la période 1993-1995, soit avant la transformation du réseau, il y avait 4,1 épisodes d'absence par 100 personnes par année pour des problèmes de santé mentale et que le nombre d'épisodes a successivement grimpé à 7,6 pour 100 personnes par année en 1997-1998 et à 11,2 pour 100 personnes par année en 1998-1999 (Bourbonnais, Brisson, Vézina et al., 2005).

Diapositive 7



Le second résultat tout aussi significatif concerne la durée moyenne des épisodes d'absence. Il révèle notamment le poids relatif des problèmes de santé mentale. Durant la période 1993-1995, la durée moyenne des épisodes d'absence pour tous diagnostics était de 26 jours tandis que la durée moyenne des épisodes d'absence pour des problèmes de santé mentale était de 41 jours (en chiffres arrondis). En 1998-1999, la durée moyenne des épisodes d'absence pour tous diagnostics était passée à 50 jours, ce qui constitue une augmentation de 92%, tandis que la durée moyenne des épisodes d'absence pour des problèmes de santé mentale augmentait de 61% pour atteindre 66 jours (Bourbonnais, Brisson, Vézina et al., 2005).

En bref, tant le nombre que la durée des absences pour un problème de santé mentale ont augmenté durant la période de restructuration du réseau.



Les contraintes de l'environnement psychosocial au travail peuvent entraîner des atteintes à la santé physique et mentale, d'importance et de nature diverse qui peuvent survenir selon 3 phases de gravité dans l'évolution de l'histoire naturelle de la maladie (Vézina et al., 1992).

D'abord, à la phase I, des réactions psychologiques, physiologiques ou comportementales peuvent apparaître telles que la fatigue, l'irritabilité et des troubles somatiques, les troubles du sommeil et la détresse psychologique, l'absentéisme, une diminution des loisirs et de la participation à la vie sociale, la violence et l'intimidation.

Ensuite, si l'exposition aux contraintes est maintenue, des réactions pathologiques réversibles sont susceptibles d'apparaître à la phase II, telles l'hypertension artérielle, des troubles musculo-squelettiques, l'anxiété généralisée, la dépression, les absences pour maladie certifiées.

Enfin, en phase III, peuvent survenir des pathologies irréversibles telles les incapacités permanentes, ou la mortalité liée aux pathologies de la phase II comme une maladie cardiovasculaire.

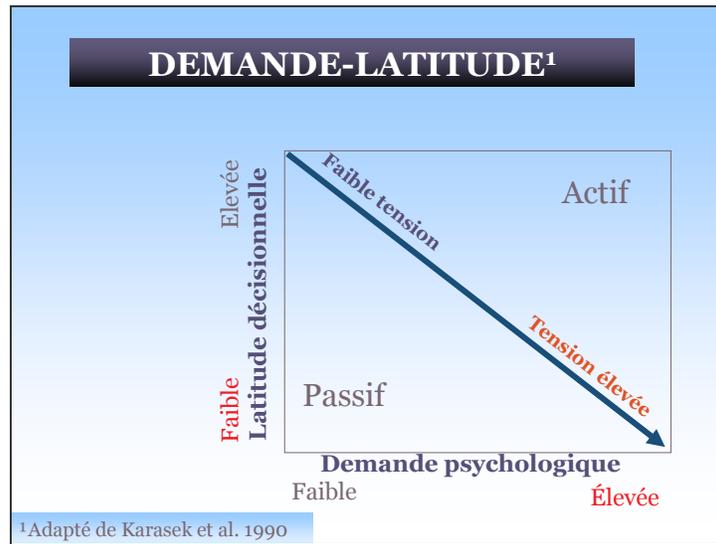
D'où l'importance d'agir précocement sur l'environnement de travail pour prévenir la détérioration de la santé physique et mentale.

Diapositive 9



L'identification des modifications requises à l'organisation du travail pour réduire les contraintes psychosociales du travail et leurs effets néfastes sur la santé physique et mentale repose sur deux modèles théoriques appuyés par le plus grand nombre d'études empiriques : le modèle « Demande-Latitude » de Karasek et le modèle « Déséquilibre Efforts/Reconnaissance » de Siegrist (Schnall, Belkic, Landsbergis, & Baker, 2000; Siegrist, 2002b; van der Doef & Maes, 1999).

Diapositive 10



De façon très concrète, Karasek a réussi à rendre compte des diverses combinaisons possibles entre les exigences de la tâche d'une part et l'autonomie laissée au travailleur d'autre part (Karasek & Theorell, 1990).

Les deux composantes principales du modèle de Karasek sont la demande psychologique (quantité de travail, exigences intellectuelles requises et contraintes de temps) et la latitude décisionnelle (utilisation et développement des compétences et contrôle sur le travail qui implique l'autonomie dans le travail et la participation aux décisions). Selon ce modèle, une tension mentale et physiologique au travail survient lorsqu'une demande psychologique élevée s'accompagne d'une faible latitude décisionnelle. De nombreuses études empiriques ont appuyé l'effet de ces contraintes sur la santé physique (maladies cardiovasculaires) et mentale (dépression et épuisement professionnel) (Bourbonnais, Brisson, Vézina, & Moisan, 1996; Kristensen, 1996; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999).

Utilisé avec succès dans de nombreux pays et largement diffusé dans la communauté scientifique, ce modèle est devenu une référence incontournable pour les intervenants en santé mentale au travail.

Ce qui fait souffrir (suite)

DEMANDE PSYCHOLOGIQUE :

- ❖ Charge de travail
- ❖ Contraintes de temps
- ❖ Exigences intellectuelles requises

A cartoon illustration of a person in a dark suit sitting on the floor, looking overwhelmed and struggling to hold up a massive, towering stack of papers that is leaning over them. The person's face shows signs of stress, and there are small lines around their head indicating pressure or frustration.

La **demande psychologique** fait référence à la quantité de travail à accomplir, aux exigences mentales et aux contraintes de temps (Karasek et al., 1998; Larocque, Brisson, & Blanchette, 1998).

Les aspects du travail qui occasionnent une augmentation de la demande psychologique sont :

- Une quantité excessive de travail
- Un travail mental élevé
- Une concentration intense pendant de longues périodes
- Des demandes contradictoires
- Une tâche souvent interrompue
- Un travail très mouvementé
- Le manque de temps pour effectuer le travail
- Un travail très rapide
- Le travail souvent ralenti, en attente des autres

Ce qui fait souffrir (suite)

LATITUDE DÉCISIONNELLE :

- ❖ Autonomie décisionnelle
- ❖ Utilisation et développement des compétences

An illustration of a person in a blue suit climbing a grey wall. A signpost with several directional signs is attached to the wall. The person is positioned near the base of the wall, appearing to be in the process of climbing or working on it.

La **latitude décisionnelle** comporte deux dimensions. D'abord, l'autonomie décisionnelle désigne la possibilité d'exercer un certain contrôle sur son travail, d'avoir de l'influence sur les décisions qui sont prises concernant son travail. Puis, l'utilisation des qualifications désigne la possibilité d'être créatif et de développer ses habiletés dans son travail (Karasek et al., 1998; Larocque et al., 1998).

Les aspects du travail qui favorisent l'autonomie décisionnelle concernent la possibilité de :

- Prendre des décisions de façon autonome
- Décider comment faire son travail
- Avoir de l'influence au travail

Les aspects du travail qui favorisent l'utilisation des compétences comprennent la possibilité de :

- Développer ses habiletés
- Apprendre des choses nouvelles
- Utiliser un niveau élevé de qualifications
- Faire un travail varié
- Utiliser sa créativité
- Faire plusieurs choses différentes



Johnson a complété le modèle de Karasek en y intégrant la question des relations humaines dans l'entreprise. Une troisième composante a donc été ajoutée au modèle pour tenir compte du **soutien social des collègues de travail et des supérieurs** (Johnson & Hall, 1988) qui modifierait l'association entre la tension au travail et la survenue de problèmes de santé en agissant comme antidote ou facteur de protection. Le soutien social comprend d'une part le soutien instrumental, soit les ressources additionnelles ou l'assistance dans la réalisation du travail et le soutien émotionnel ou l'estime qui est de nature socio-psychologique et d'autre part, un niveau négatif de soutien, l'hostilité et les conflits.

L'hypothèse veut que la capacité d'une personne à faire face à la tension résultant d'une demande élevée combinée à une latitude faible soit meilleure lorsque la personne dispose d'un bon soutien social au travail (Johnson & Hall, 1988; Johnson, Hall, & Theorell, 1989). Cette hypothèse a été vérifiée dans des travaux sur la maladie coronarienne démontrant l'importance du « soutien social » comme modulateur du risque résultant de ces contraintes (Fuhrer, Stansfeld, Chemali, & Shipley, 1999; Stansfeld, Rael, Head, Shipley, & Marmot, 1997; van der Doef et al., 2000).

Le **soutien social des collègues**, c'est l'esprit d'équipe, l'écoute, le partage de l'expertise dans le travail. Le **soutien social des supérieurs** se manifeste par un leadership approprié, l'écoute et la réponse aux besoins, la considération et le respect.

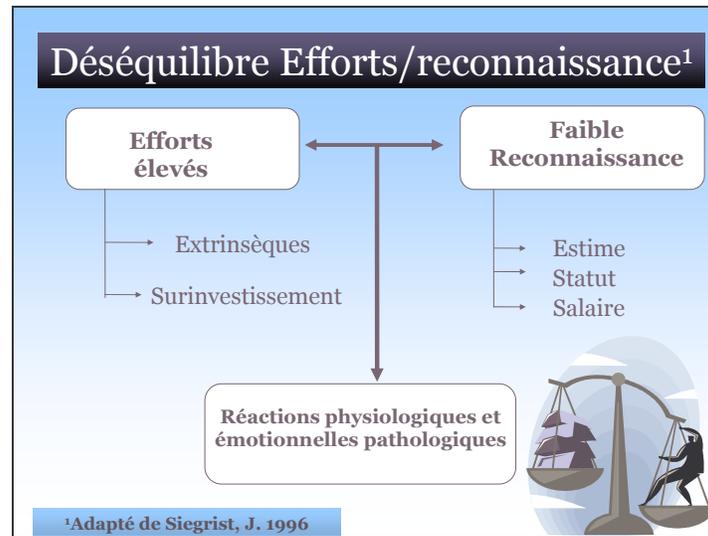
Voici des exemples de soutien social des collègues :

- Mes collègues me donnent l'impression que je fais partie de l'équipe
- Mes collègues entretiennent des relations amicales avec moi

- Mes collègues m'aident en cas d'urgence
- Mes collègues s'intéressent à moi
- Mes collègues me permettent de les consulter pour des conseils

Et des exemples de soutien social des supérieurs :

- Mes supérieurs donnent confiance aux travailleurs et aux travailleuses
- Mes supérieurs offrent des conseils et du soutien
- Mes supérieurs font travailler les gens ensemble
- Mes supérieurs donnent le crédit aux travailleurs et aux travailleuses pour le travail effectué

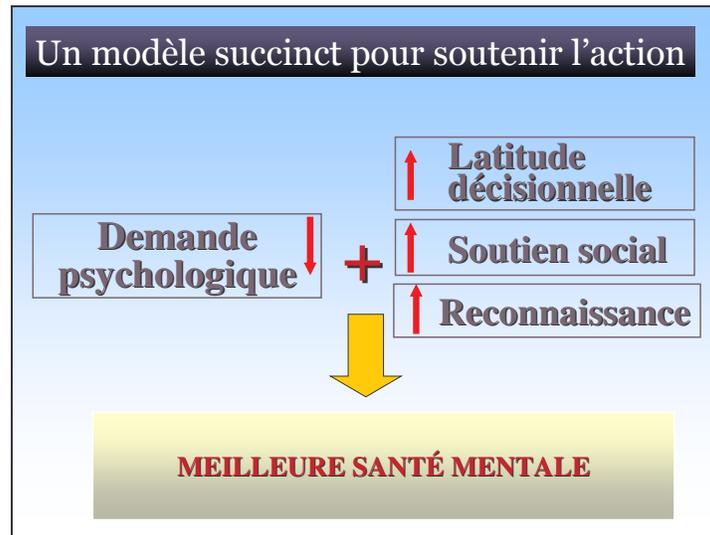


Johannes Siegrist a développé un modèle complémentaire au modèle de Karasek décrit précédemment, qui repose sur le **déséquilibre entre les efforts fournis au travail et la reconnaissance obtenue**. Les trois dimensions de la reconnaissance sont : 1- la dimension socio-émotionnelle qui se mesure par le respect et l'estime qu'on reçoit au travail, 2- la dimension de contrôle sur son statut professionnel mesurée par les perspectives de promotion et la sécurité d'emploi et enfin, 3- la dimension monétaire qui touche à la rémunération.

L'équilibre réside dans la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre compte tenu des efforts fournis au travail. Selon ce modèle, lorsque les situations de travail demandent beaucoup d'efforts et offrent peu de reconnaissance, elles peuvent entraîner des effets néfastes sur la santé physique et émotionnelle (Marmot, Theorell, & Siegrist, 2002; Siegrist & Peter, 2000; Siegrist, Peter, Junge, Cremer, & Seidel, 1990). Ces effets néfastes du déséquilibre efforts-reconnaissance ont été observés dans plusieurs études empiriques (Niedhammer & Siegrist, 1998; Peter, 2002; Siegrist, 2002a,2002b).

La reconnaissance mesure les aspects suivants :

- Le respect des supérieurs et des collègues
- Le soutien satisfaisant dans les situations difficiles
- Un traitement juste et équitable
- Une sécurité d'emploi non menacée
- Une position professionnelle correspondant à la formation
- Le respect et l'estime au travail
- Un salaire satisfaisant
- De bonnes perspectives de promotion



En résumé, nous disposons désormais de connaissances valables et immédiatement utiles sur un certain nombre de contraintes psychosociales et sur la façon dont chacune d'elles est en mesure, seule ou combinée à d'autres, d'affecter la santé des personnes qui y sont exposées (Vinet, 2004). À cette fin, les modèles «demande-latitude» et «efforts-reconnaissance» se sont avérés riches en enseignements et ont été confirmés par bon nombre d'études empiriques. En associant ces informations à des indicateurs de détresse psychologique et à des relevés d'absence pour maladie, il est désormais possible d'examiner la situation qui prévaut dans une entreprise particulière et de la comparer aux résultats obtenus auprès de groupes de référence composés de travailleurs de même âge et de même sexe.

Il s'agit ensuite d'entreprendre et de soutenir une action correctrice ou préventive. En utilisant les enseignements des modèles «demande-latitude» et «efforts-reconnaissance», nous pouvons en effet désigner les variables qui doivent attirer l'attention au moment d'entreprendre une action concertée, inscrite dans la vie organisationnelle d'une entreprise donnée et confrontant ses pratiques de gestion. En agissant sur la latitude décisionnelle, le soutien social des supérieurs et des collègues, la reconnaissance, il est possible de créer des antidotes à la demande toujours croissante et prévenir ainsi l'apparition des problèmes de santé et diminuer les absences pour maladie.

CE QUI FAIT SOUFFRIR ! (suite)

AUTRES CONTRAINTES

- Demande émotionnelle
- Charge physique
- Perception de la qualité du travail

An illustration showing a male doctor in a white coat and a female nurse in blue scrubs and a cap, standing by a patient's bed. The patient is lying under a white blanket. The scene is set in a hospital room with a window and a door in the background.

Dans les établissements de santé, d'autres situations éprouvantes, spécifiques, peuvent se produire au travail comme la demande émotionnelle, la charge physique et la perception que la qualité du travail est réduite.

Des exemples de demande émotionnelle concernent :

- La vue des patients qui souffrent
- La mort d'un patient auquel vous étiez attaché
- L'administration de soins douloureux à un patient
- Un sentiment d'impuissance

POURQUOI agir ?

Des **ÉTUDES** qui ont mesuré des **AMÉLIORATIONS** dans les **CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES** au travail, ont observé une **BAISSE SIGNIFICATIVE** (de 9% à 55%) des **SYMPTÔMES** associés à la **SANTÉ MENTALE** et aux **ABSENCES** pour **MALADIE**.



Jusqu'à maintenant, les interventions en milieu de travail ont principalement ciblé les individus plutôt que l'organisation du travail en mettant en place des programmes de gestion du stress plutôt qu'en réduisant les contraintes de l'environnement psychosocial au travail. D'autres auteurs ont souligné que les approches organisationnelles étaient plus efficaces (Bourbonnais et al., 1999; Kompier & Kristensen, 2001; Parkes & Sparkes, 1998; White, 1997) et s'accompagnaient d'effets plus importants et durables que les approches individuelles (Burke, 1993). Parmi les études ayant mesuré des améliorations en regard des contraintes psychosociales au travail, des diminutions significatives des symptômes liés à la santé mentale et des absences du travail pour maladie de 9% à 55% ont été observées (Bond & Bunce, 2001; Kawakami, Araki, Kawashima, Masumoto, & Hayashi, 1997; Lourijsen, Houtman, Kompier, & Gründemann, 1999).

Y A-T-IL UN BESOIN ?

Contexte de la recherche :

Comité aviseur régional sur la santé mentale au travail :
Gestionnaires en ressources humaines des hôpitaux de courte et de longue durée.

Comité aviseur :
Ministère de la Santé, Régie régionale de la santé et services sociaux, directions des ressources humaines des établissements de santé, représentants syndicaux et infirmières



Un comité aviseur régional sur la santé mentale au travail composé de gestionnaires en ressources humaines des hôpitaux de courte et de longue durée.

Devant l'augmentation des absences du travail chez le personnel des établissements de santé de la région, un comité régional a été mis sur pied au printemps 2001 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RSSSQ) pour discuter du problème et pour chercher des solutions à cette nouvelle épidémie.

Un comité aviseur : Ministère de la Santé, Régie régionale de la santé et services sociaux, directions des ressources humaines des établissements de santé, représentants syndicaux et infirmières

De plus, les travaux amorcés en 1998, lors de l'étude sur « Les impacts de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle et familiale et la santé des infirmières », avaient montré l'importance des contraintes et des problèmes de santé dans les établissements du réseau de la santé. Au cours de cette étude nous avons travaillé avec un comité aviseur composé de plusieurs instances patronales et syndicales du réseau de la santé, des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la RSSSQ et des établissements de la santé à l'étude. Les membres du comité aviseur ont manifesté un grand intérêt pour un projet d'intervention visant la réduction des contraintes de l'environnement psychosocial du travail et des problèmes de santé mentale.

Objectif général de la recherche

Évaluer l'efficacité d'une intervention préventive visant :

- la réduction des contraintes de l'environnement psychosocial du travail
- la diminution des problèmes de santé mentale et des absences pour maladie.

L'étude visait, au moyen d'une intervention participative, à réduire les contraintes de l'environnement psychosocial au travail (effet intermédiaire) et par le fait même, à diminuer les problèmes de santé mentale et les absences pour maladie (effets finaux).

Objectifs spécifiques de la recherche*

- **Produire** des **connaissances** permettant de **développer** des **interventions appropriées** (phase de développement)
- **Évaluer** le **processus d'implantation** de l'intervention en documentant comment les **changements** sont **implantés** (phase d'implantation)
- **Évaluer** les **effets** de l'intervention (phase d'évaluation)

* D'après le modèle des projets d'intervention en trois phases proposé par Goldenhar et al 2001

Les objectifs spécifiques étaient basés sur le modèle des projets d'intervention en trois phases de (Goldenhar, LaMontagne, Katz, Heaney, & Landsbergis, 2001).

La phase de développement visait à produire des connaissances permettant de développer des interventions appropriées pour diminuer la prévalence des contraintes psychosociales au travail.

Durant la phase de développement de l'intervention, les connaissances antérieures sur les modèles théoriques, de même que l'évidence empirique de leurs effets sur la santé mentale, sont diffusées au sein de l'hôpital expérimental. L'approche quantitative utilisée permet de réaliser une évaluation *a priori* des risques, i.e. de déterminer dans quelle mesure les contraintes psychosociales au travail et la prévalence de détresse psychologique sont en excès par rapport à une population de référence appropriée. L'approche qualitative (observations des unités de soins, entrevues avec informateurs clés et constitution d'un groupe d'intervention (GI)) met à profit le savoir du milieu pour identifier les meilleures façons de réduire les contraintes psychosociales en excès.

La phase d'implantation visait à évaluer le processus d'implantation de l'intervention en documentant de façon systématique comment les changements sont implantés.

Pour la phase d'implantation de l'intervention, l'intervention est définie comme étant tout changement organisationnel (administratif ou clinique) réalisé par la direction ou le milieu, introduit dans le but (ou ayant comme conséquence explicite) d'améliorer la situation en regard de l'une ou l'autre des contraintes psychosociales ciblées. La responsabilité de l'implantation des changements relève donc essentiellement du milieu. La nature et l'intensité des changements sont évaluées. Les informations relatives au

contexte dans lequel s'inscrit l'intervention et les facteurs qui entravent ou facilitent son implantation dans le milieu sont recueillies et analysées.

La phase d'évaluation visait à évaluer les effets de l'intervention sur la prévalence des contraintes psychosociales au travail, sur la prévalence des problèmes de santé mentale et sur l'incidence des absences pour maladie certifiées.

La phase d'évaluation de l'efficacité de l'intervention visait à déterminer dans quelle mesure l'intervention réduit les contraintes psychosociales au travail et les problèmes de santé qui leur sont associés. Les effets de l'intervention sont évalués avec un devis quasi-expérimental de type avant-après avec groupe témoin. L'évaluation repose sur des instruments validés mesurant les contraintes psychosociales ciblées et les problèmes de santé.

Devis de recherche et méthodes

COMMENT AGIR?

- Devis quasi-expérimental avec groupe témoin
- Méthodes quantitatives et qualitatives

AVEC QUELLE POPULATION?

Personnel soignant de deux hôpitaux (CH)
de la région de Québec

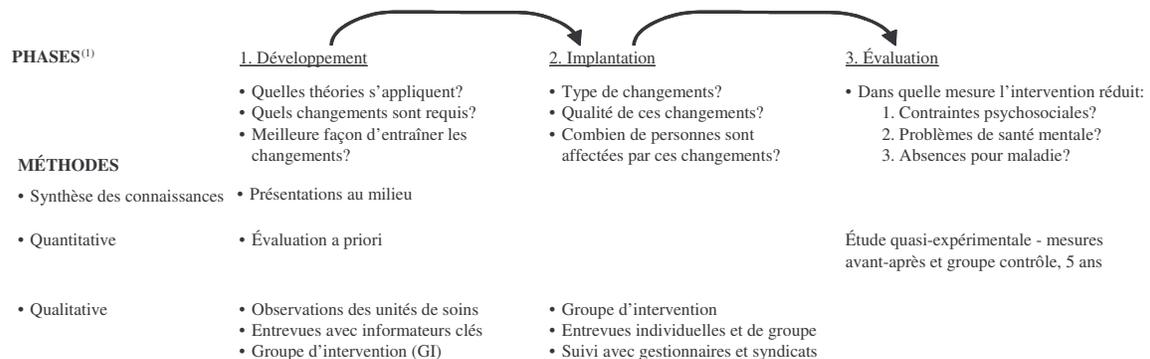


COMMENT AGIR?

Devis quasi-expérimental avec groupe témoin

Afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention, un devis quasi-expérimental de type avant-après avec groupe témoin est utilisé (Figure 1)

Figure 1. Phases et méthodes de la recherche



(1) Adapté de Goldenhar *et al.* 2001

Méthodes quantitatives et qualitatives

Les trois phases de l'étude reposent sur l'utilisation complémentaire de méthodes quantitatives et qualitatives de recherche.

AVEC QUELLE POPULATION?

La population de l'étude comprenait le personnel soignant de deux hôpitaux (CHU et CHA) de la région Québec (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires en contact direct avec la clientèle).

La population étudiée comprend le personnel d'un CH expérimental (N=492) et d'un CH témoin comparable (N=616). Les deux CH offrent des soins généraux et spécialisés en courte durée. La population inclut l'ensemble des soignants ayant un contact direct avec la clientèle (infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires) et un lien d'emploi permanent, à temps complet ou à temps partiel, temporaire ou occasionnel ou sur appel.

Devis de recherche et méthodes

MÉTHODES QUANTITATIVES

- Mesures **PRÉ** et **POST**-intervention : entretiens téléphoniques avant, 12 mois et 36 mois après le début de l'intervention

MÉTHODES QUALITATIVES

- **Démarche** d'intervention **participative**
- **Suivi** de l'implantation des changements et de la prise en charge de la démarche

Méthodes quantitatives

Mesures pré et post-intervention : entretiens téléphoniques avant l'intervention, 12 mois et 36 mois après le début de l'intervention

Des mesures quantitatives (entretiens téléphoniques effectuées par une firme spécialisée) ont été prises dans chacun des CH (expérimental et témoin), à trois reprises : avant l'intervention, 12 et 36 mois après. Ces mesures portaient sur les contraintes psychosociales au travail et la santé mentale (détresse psychologique, épuisement professionnel, problèmes de sommeil). Le but de l'évaluation était de déterminer dans quelle mesure l'intervention réduit ces issues.

Méthodes qualitatives

Démarche d'intervention participative

Pour déterminer quels changements doivent être introduits, une démarche participative avec un groupe d'intervention (GI) est privilégiée. Pour des raisons de faisabilité (taille de l'établissement, nombre optimal de personnes à inclure dans le GI), trois unités ont été ciblées pour faire partie du GI. Elles ont été choisies à partir d'informations tirées de l'évaluation *a priori* des contraintes psychosociales au travail et de la détresse psychologique (mesure pré-intervention) et des éléments d'observation des unités de soins. Bien que trois unités de soins aient été choisies, l'identification des contraintes propres à ces unités apporte souvent des solutions généralisées à l'ensemble des unités de soins. De plus, des projets d'amélioration des contraintes du travail des soignants sont introduits dans l'ensemble du CH par la Direction des ressources humaines (DRH).

Suivi de l'implantation des changements et de la prise en charge de la démarche

Un suivi de tous les changements qui visent l'amélioration des quatre contraintes ciblées est effectué dans l'ensemble du CH. L'intervention est définie comme étant les changements organisationnels réalisés par la direction afin de réduire les contraintes psychosociales au travail.

1- Phase de développement de la recherche

- 1.1- Présentation de la recherche et engagement du milieu**
- 1.2- Mesure pré-intervention**
- 1.3- Démarche d'intervention dans CH expérimental**



1.1- Présentation de la recherche et engagement du milieu

- Rencontre avec des représentants de la direction, des syndicats et des employés
- Confirmation de l'intérêt pour la recherche et **engagement de la direction**
- Encouragement à participer

Rencontre avec des représentants de la direction, des syndicats et des employés

Un hôpital expérimental a été choisi pour l'intervention sur la base d'informations obtenues au cours d'une recherche antérieure montrant une prévalence élevée de contraintes psychosociales et de détresse psychologique chez les infirmières. Une rencontre avec des représentants de la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des ressources humaines (DRH) a eu lieu pour obtenir leur engagement vis-à-vis de la réalisation de la recherche dans leur établissement. Les chercheurs ont présenté des études sur les conditions de travail et la santé des infirmières, le cadre conceptuel, les objectifs et les phases anticipées de la recherche. Une présentation a aussi été faite aux représentants syndicaux des infirmières et des préposés aux bénéficiaires, ainsi qu'aux infirmières chefs de toutes les unités de soins de l'hôpital, afin d'obtenir leur collaboration à la recherche.

Confirmation de l'intérêt pour la recherche et engagement de la direction

La DSI, la DRH et les syndicats des CH (expérimental et témoin) collaboraient à la recherche depuis 1999 et ont donné leur appui à la poursuite de l'étude. La direction du CH expérimental a entrepris plusieurs démarches pour favoriser le recrutement et la rétention du personnel soignant. La direction appuyait également la poursuite de la recherche car elle était vivement intéressée par l'évaluation à long terme d'une telle démarche. La DSI, très favorable à la recherche et soucieuse d'améliorer la qualité de vie au travail des infirmières, supportait également la poursuite de l'étude. La direction s'est engagée à désigner des représentants crédibles pour participer au groupe d'intervention (GI), à libérer et remplacer les représentants du personnel pour leur participation au GI et à favoriser la mise en œuvre des solutions recommandées par le GI.

Encouragement à participer

De plus, la DRH et la DSI se sont engagées à diffuser dans l'ensemble du CH les résultats des travaux du GI. Les gestionnaires du CH expérimental participaient au GI et ont accepté de libérer avec solde les soignants afin qu'ils participent aux travaux du GI et aux différentes rencontres avec les responsables de la recherche.

1.2- Mesure pré-intervention

Déterminer la fréquence des contraintes psychosociales et de la détresse psychologique

Comparer à une population de référence appropriée : (Santé Québec 1998)

Taux de participation :

CH expérimental : 492 sujets; 73% de taux de réponse

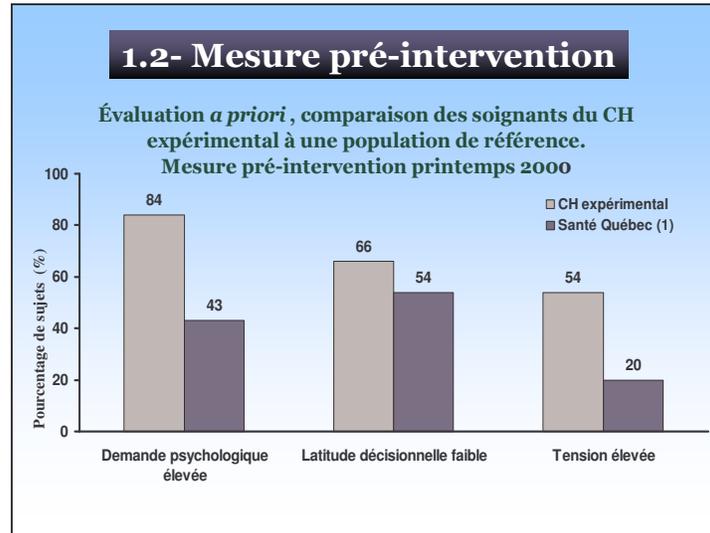
CH témoin : 618 sujets; 69% de taux de réponse

Mesure pré-intervention :

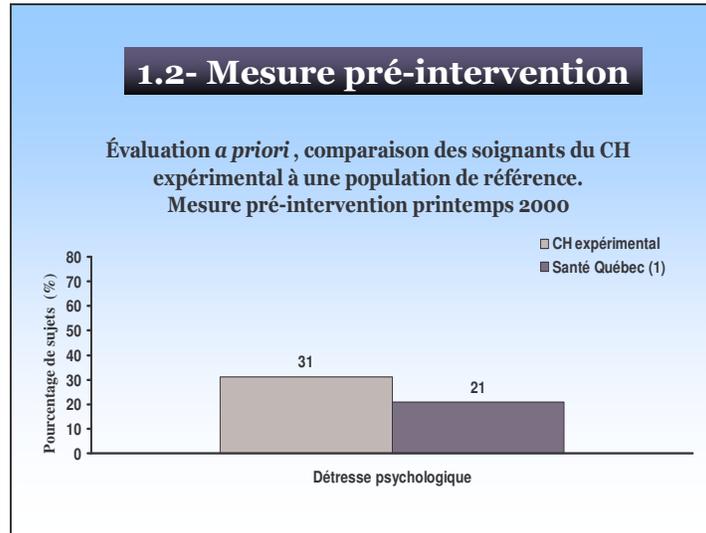
Un questionnaire sur l'environnement psychosocial au travail et la santé a été réalisé par entrevue téléphonique au printemps 2000. Le taux de réponse dans l'hôpital expérimental a été de 73% (492 soignants) et celui de l'hôpital témoin, de 69% (618 soignants).

Cette mesure *a priori* permettait de vérifier la pertinence de faire une intervention en montrant d'abord l'importance du problème et en comparant la fréquence des contraintes et des problèmes de santé chez les soignants de l'hôpital avec celle d'une population de référence appropriée : un échantillon représentatif des travailleurs et travailleuses du Québec provenant de l'enquête sociale et de santé de Santé Québec en 1998.

La mesure pré intervention a montré l'importance des problèmes de santé chez les soignants et la pertinence de l'intervention préventive sur les quatre contraintes psychosociales ciblées (demande psychologique élevée, faible latitude décisionnelle, faible soutien social de la part des collègues et des supérieurs et faible reconnaissance au travail).



La comparaison avec les travailleurs et travailleuses du Québec a montré que la demande psychologique (84%), la faible latitude décisionnelle (66%) et le faible soutien social au travail (54%) étaient plus élevés dans l'hôpital expérimental que chez la population de référence (43%, 54% et 20% respectivement).



La comparaison avec la population de référence a aussi montré un excès de détresse psychologique dans l'hôpital expérimental (31%) par rapport aux travailleurs et travailleuses du Québec (21%).

Ces constats appuyaient la pertinence d'une intervention sur l'environnement psychosocial au travail visant la prévention des problèmes de santé mentale chez les soignants.

1.3- Démarche d'intervention

- ❖ **1.3.1** - Choix de trois unités ciblées
- ❖ **1.3.2** - Constitution du groupe d'intervention (GI)
- ❖ **1.3.3** - Travaux du GI

Un processus participatif impliquant les soignants, la Direction des soins infirmiers et les syndicats des infirmières et des préposés aux bénéficiaires a été mis en place afin d'identifier les solutions à mettre en place pour diminuer les quatre contraintes psychosociales ciblées.

1.3.1 Choix de trois unités de soins pour l'intervention

- Observation
- Questionnaire pré-intervention
- Entrevues avec informateurs clés



1.3.1 Choix de trois unités de soins pour l'intervention

Pour des raisons de faisabilité, la taille de l'établissement et le nombre optimal de personnes à inclure dans le GI, trois unités ont été ciblées pour faire partie du GI. Elles ont été choisies à partir d'informations tirées de l'observation des unités de soins, de la mesure pré intervention des contraintes psychosociales au travail et de la détresse psychologique et des entrevues auprès d'informateurs clés.

Observation

L'observation directe des unités de soins au CH expérimental visait à acquérir une meilleure connaissance du milieu, de l'organisation du travail et des contraintes psychosociales au travail présentes sur les unités. Une vingtaine d'heures d'observation ont été réalisées de jour, de soir et de nuit sur la plupart des unités de soins de l'hôpital.

Questionnaire pré intervention

Les informations tirées du questionnaire pré intervention sur les contraintes psychosociales et la détresse psychologique chez les soignants ont permis de déterminer quelles unités de soins bénéficieraient le plus de l'intervention préventive : celles qui avaient la prévalence la plus élevée de contraintes ou de détresse psychologique en comparaison avec les autres unités et en comparaison avec un échantillon représentatif de travailleurs québécois.

Entrevues avec des informateurs clés

Des entrevues individuelles semi-dirigées avec des informateurs clés réalisées par les chercheurs ont permis une meilleure connaissance du milieu. Les thèmes abordés étaient : a) les éléments favorables ou défavorables à la mise sur pied des solutions; b) les difficultés de communication entre les unités et entre les quarts de travail sur une même unité pouvant affecter l'intervention; c) les relations de travail à l'intérieur des unités, et d) les contradictions entre les besoins de la direction et ceux des employés. Ces informations, ramenées au GI, ont facilité la réalisation de ses travaux.

Ces entrevues individuelles duraient environ 90 minutes. Elles ont été réalisées avec les infirmières chefs de chacune des unités ciblées par l'intervention, une coordonnatrice en soins infirmiers et une infirmière soignante. Toutes ces personnes connaissaient bien les opérations quotidiennes sur leur unité ou d'autres unités de l'hôpital en raison de leur expérience professionnelle en nursing, ce qui a permis d'atteindre rapidement la saturation des informations nécessaires à la poursuite de l'étude.

1.3.2 Constitution du groupe d'intervention

- A-** Rôle du GI
- B-** Recrutement des membres du GI
- C-** Composition du GI

1.3.2 Constitution du groupe d'intervention

A- Rôle du GI

- Identifier les contraintes
- Proposer des interventions pour les réduire
- Déterminer les priorités d'intervention et leur faisabilité
- Diffuser l'information sur l'unité de soins

Le groupe d'intervention a été constitué selon les principes des cercles de santé allemands (Beermann, Kuhn, & Kompier, 1999) qui ont démontré leur efficacité dans la prévention du stress au travail en Europe (European Agency for Safety and Health at Work, 2002). Les principes de ces cercles de santé sont : a) le travail en petits groupes, b) des membres représentant les différents niveaux hiérarchiques; c) des rencontres de travail régulières; d) de 8 à 10 rencontres de préférence; e) des rencontres animées par un modérateur externe; et f) le savoir individuel des membres du groupe servant de base à l'élaboration des solutions aux contraintes du travail. Le but ultime de ces cercles de santé est d'identifier et éliminer les problèmes à la source.

Le rôle du GI consistait à :

- 1) Identifier les contraintes sur les unités de soins à partir des modèles présentés précédemment, c'est-à-dire, la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social des supérieurs et des collègues, la reconnaissance. Il s'agissait pour les membres de déterminer ce qui dans leur propre travail et celui des collègues sur l'unité de soins, contribuait à l'augmentation des contraintes ciblées.
- 2) Proposer des interventions pour réduire ces contraintes dans une perspective de prévention primaire. Les membres du GI devaient identifier des pistes de solutions à apporter à l'organisation du travail dans le but de prévenir et/ou de réduire l'apparition de problèmes de santé mentale liés à l'environnement psychosocial au travail.
- 3) Déterminer les priorités d'intervention et leur faisabilité.
- 4) Diffuser l'information sur l'unité de soins et de ramener au GI les commentaires et réactions des personnes que les membres du GI représentaient.

En s'appuyant sur les modèles théoriques maîtrisés par l'équipe de recherche, modèles qui permettaient d'aborder l'origine professionnelle de certains problèmes de santé mentale sous l'angle de l'organisation du travail plutôt que d'attribuer ces problèmes aux seules faiblesses individuelles des travailleurs, les membres du GI ont été en mesure, dans un premier temps, de cibler les principales contraintes de leur environnement de travail sur chacune des trois unités pour ensuite rechercher les solutions visant à réduire ces contraintes du travail.

L'identification des contraintes et de leurs solutions ont été réalisées en collaboration avec les soignants des unités qui ont été consultés par leurs collègues membres du GI. Le soutien des membres du GI représentant la DSI, la DRH et les syndicats a également permis de grandement faciliter l'atteinte de ces trois objectifs.

1.3.2 Constitution du groupe d'intervention

B- Recrutement des membres du GI (critères)

- Volontariat et crédibilité (reconnaissance par les pairs)
- Leadership
- Capacité de travailler en équipe et de mobiliser
- Agent de changement
- Capacité de communiquer ses idées et d'écouter celles des autres

Le recrutement des membres du GI s'est fait de façon volontaire. Les personnes éligibles devaient être reconnues par leurs pairs, démontrer un certain leadership et une capacité de travailler en équipe. Elles devaient faire preuve d'une capacité de communication, d'écoute et de mobilisation. Ce mode de recrutement a permis, d'avoir accès à des personnes intéressées à participer pleinement au GI et à remplir les responsabilités inhérentes à leur rôle au sein du GI.

Les critères suivants ont été affichés sur les trois unités de soins ciblées :

Les membres du GI devaient démontrer ou posséder :

- ✓ Un désir de s'impliquer activement dans le GI,
- ✓ une très bonne connaissance de leur unité, de son fonctionnement, de ses particularités et de sa clientèle,
- ✓ une bonne connaissance du fonctionnement de la réalité d'autres unités de l'hôpital,
- ✓ la capacité de mobiliser les gens et de les consulter afin d'améliorer leur qualité de vie au travail,
- ✓ un bon jugement et un esprit ouvert,
- ✓ une volonté d'apprendre à identifier les contraintes du travail et à trouver des solutions pour les réduire, tout en diffusant cet apprentissage auprès de leurs collègues et
- ✓ être en mesure de travailler en équipe.

1.3.2 Constitution du groupe d'intervention

C- Composition du GI (10 à 15 membres)

- Représentants de la direction
- Infirmières chefs d'unité
- Représentants des syndicats
- Personnel soignant (préposé(e)s aux bénéficiaires et infirmières)

Le GI comprenait 5 représentants des soignants (4 infirmières et 1 préposé aux bénéficiaires), 1 commis-réceptionniste, 2 représentants syndicaux, 3 infirmières chefs des trois unités de soins et 1 représentant de la DRH et de la Direction des soins infirmiers (DSI).

À l'exception des trois chefs d'unités qui devenaient de facto membres du GI, les autres membres ont été désignés différemment.

Du côté des salariés, une campagne de recrutement s'est déroulée sur chacune des unités visées par la recherche. Compte tenu des ressources humaines limitées, les travailleurs avaient été avisés qu'une infirmière par unité, un préposé aux bénéficiaires pour les trois unités et un commis-réceptionniste pour les trois unités seraient choisis pour devenir membres du GI et représenter l'ensemble de leurs collègues.

En ce qui concerne la représentation de la DSI et de la DRH aux travaux du GI, ce sont les directeurs de ces deux directions qui ont nommé leur représentant. Le membre du GI représentant le syndicat des infirmières a été nommé par la présidente; du côté du syndicat représentant les préposés aux bénéficiaires et les commis-réceptionnistes, la présidente du syndicat a elle-même été en mesure de participer aux travaux du GI.

1.3.3 Travaux du groupe d'intervention (GI)

- **Huit rencontres** des membres du GI sur une période de 4 mois
- **Rencontres** toutes les **2 à 3 semaines**
- **Consultation** des collègues sur les unités entre les rencontres

Les travaux du GI se sont étalés sur quatre mois, au cours de huit rencontres de trois heures chacune toutes les 2 ou 3 semaines, de décembre 2000 à mars 2001. Au cours de chaque rencontre, les membres du GI étaient guidés par deux chercheurs de l'équipe afin de centrer la recherche de solutions sur les contraintes ciblées.

À l'extérieur des rencontres formelles du GI, les soignants membres du GI, libérés pour l'équivalent d'une demi-journée, avaient pour mandat de rencontrer leurs collègues des trois quarts de travail pour leur diffuser l'information en provenance du GI et recueillir leurs commentaires et suggestions. Les représentants syndicaux membres du GI avaient également pour mandat la diffusion de l'information auprès de leurs membres et le recueil de suggestions et de commentaires. Les chefs d'unité devaient offrir un soutien aux salariés membres du GI et promouvoir la recherche dans leur propre unité. Les représentants de la DSI et de la DRH membres du GI veillaient à diffuser l'information recueillie à leurs supérieurs, facilitaient la recherche de solutions aux contraintes identifiées par les membres des unités et amenaient des informations aux membres du GI tout en étant responsables de mandats spécifiques.

Avant que les travaux du GI ne débutent, chacun des membres a été informé par l'équipe de recherche que les rencontres du groupe visaient des objectifs précis et qu'elles ne pouvaient servir de prétexte à la discussion des questions relatives aux relations de travail. En effet, en raison de la présence d'acteurs qui traditionnellement pouvaient avoir des contacts de nature conflictuelle, il importait de bien faire comprendre que le GI constituait un lieu privilégié où les énergies de chaque membre seraient dirigées vers un but commun soit l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants par la prévention de l'apparition de problèmes de santé mentale liés au travail.

Le mode de fonctionnement participatif des rencontres du GI fut également expliqué : travail en partenariat et en interdisciplinarité au cours duquel chaque membre aurait un droit de libre expression sur :

- les préoccupations relatives aux réalités vécues par les unités;
- l'identification des contraintes du travail;
- les pistes de solutions proposées.

Après chacune des rencontres, un compte-rendu était rédigé, soumis aux membres et validé. La démarche du GI pourra être exportée et mise en œuvre dans les autres unités de soins de l'établissement.

Ce mode de fonctionnement a été privilégié pour faciliter la prise en charge, par l'ensemble des représentants du milieu, d'une démarche d'identification des contraintes du travail et des solutions à leur apporter.

1.3.3 Travaux du GI (suite)

- A- Identification des contraintes selon les cibles
- B- Identification des pistes de solution
- C- Dépôt d'un rapport à la DSI avec les plans d'action

A- Identification des contraintes selon les cibles

Dès la première rencontre les modèles théoriques de la recherche ont été présentés aux membres du GI. Les travaux du GI ont consisté en l'identification de contraintes liées aux variables des modèles de Karasek, Johnson et Siegrist. Ces modèles visent la prévention primaire des problèmes de santé par une intervention sur l'environnement de travail et spécifiquement, sur la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien des supérieurs et des collègues et la reconnaissance.

La première rencontre a aussi permis de revenir sur les résultats du questionnaire téléphonique afin de faire le lien avec les modèles théoriques. Les membres du GI ont pu constater la fréquence élevée des contraintes psychosociales déclarées par les soignants de leur établissement et donner leur avis sur les éléments qui pouvaient expliquer, dans leur travail sur les unités de soins, la présence de tels niveaux de contraintes.

Ils ont ainsi identifié les conditions de travail délétères qui ont d'abord été listées, puis décrites en détail et finalement regroupées en 56 pistes d'intervention qui ont ensuite été classifiées selon des catégories de problèmes (travail et esprit d'équipe, affectation, remplacement et dotation, organisation du travail, formation, communication et ergonomie) et selon les quatre facteurs psychosociaux ciblés par la recherche, chaque problème pouvant être lié à plus d'un facteur psychosocial. Les problèmes le plus fréquemment signalés concernaient la demande psychologique (43%), la reconnaissance (24%), la latitude décisionnelle (20%), et le soutien social au travail (13%).

Le travail et l'esprit d'équipe ont été mentionnés à plusieurs reprises par les membres du GI autour de la variable reconnaissance, particulièrement entre les différents groupes professionnels (commis, préposés, infirmières et médecins) qui ne se sentent pas

reconnus ou respectés par les autres, mais aussi autour de la variable du soutien social tant émotionnel qu'informationnel.

Sous le thème de l'affectation, remplacement, dotation et probation, la demande psychologique, est augmentée par le manque de stabilité des équipes sur les unités qui entraîne un besoin de formation constamment renouvelé et une surveillance plus grande de la part du personnel régulier.

Par ailleurs, les discussions ont révélé un manque de communication et d'information qui occasionne des frustrations et de la démotivation chez les employés qui ne comprennent pas comment se prennent les décisions, ne se sentent pas consultés (latitude décisionnelle) ni respectés (déséquilibre efforts-reconnaissance).

Pour plus de détails, voir le rapport de recherche :

<http://www.csssdc.qc.ca/publications/doc/RIPOST/RrInterEvaOptiEnvPsySoc.pdf>

et deux articles publiés sur le sujet de la recherche (Bourbonnais et al., 2006; Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, & Lower, 2006)

B- Identification de pistes de solutions

Des solutions visant la demande psychologique ont été discutées sur la base du travail d'équipe : consolidation de l'équipe, augmentation de l'équipe de base et stabilisation des remplacements. Des solutions visant la latitude décisionnelle incluaient l'enrichissement du travail, la formation et la consultation des soignants sur tous les quarts de travail dans la prise de décision concernant leur travail. Le soutien social a été abordé dans le contexte de l'amélioration des moyens de dissémination de l'information (réunions d'équipe). Finalement, les solutions au déséquilibre efforts-reconnaissance visaient l'amélioration des communications au sein de l'équipe de soins et la reconnaissance de l'importance du travail de chaque soignant.

C- Dépôt d'un rapport à la DSI avec les plans d'action

Un rapport des travaux du GI a été présenté à la DSI à l'automne 2001. Ce rapport contenait des recommandations de solutions (plans d'action) ordonnées selon un ordre de priorité et de faisabilité. Plusieurs solutions avaient déjà été apportées à plusieurs des contraintes identifiées au cours des travaux du GI. Elles étaient liées à des conditions qui pouvaient être plus facilement solutionnées et gérées par les unités (changements ergonomiques, transmission de l'information sur les quarts de soir et de nuit, gestion des remplacements par les unités plutôt que par la Direction des ressources humaines pour favoriser une plus grande stabilité du personnel, réunions d'équipe sur une base régulière, formation spéciale pour répondre à des besoins spécifiques tels les soins palliatifs. D'autres solutions concernaient des contraintes organisationnelles qui demandaient l'appui et l'accord de la direction pour leur réalisation à court, moyen ou long terme. Elles ont fait l'objet d'un plan d'action et un ou des membres du GI étaient désignés

responsables du suivi. Ces solutions incluaient des changements ergonomiques majeurs tels le remplacement du système de cloches des patients, la création d'une banque de personnel expérimenté pour remplacer selon la spécialité de l'unité de soins, meilleure formation des nouvelles infirmières durant la période de probation, enrichissement des tâches des préposés aux bénéficiaires, nouveau système de distribution des médicaments, révision du système de communication et d'information à travers l'hôpital, entre les unités de soins et les quarts de travail.

1.3.3 Travaux du GI (suite)	
CIBLES	Changements proposés
DEMANDE PSYCHOLOGIQUE :	⇒ Stabiliser les équipes de travail
RECONNAISSANCE :	⇒ Améliorer les perceptions de l'importance du rôle et des compétences
SOUTIEN SOCIAL :	⇒ Renforcer le travail d'équipe (réunions régulières, communication entre les quarts de travail, etc.)
LATITUDE :	⇒ Favoriser une plus grande délégation et un enrichissement des tâches selon les compétences de l'équipe de soins

Cette diapositive présente un exemple de changement proposé pour améliorer chacune des quatre contraintes ciblées par l'étude.

1.3.3 Travaux du GI (suite)

Exemple de plan d'action

- **Cible** : demande psychologique
- **Problème priorisé** : manque de personnel stable
- **Objectif de changement** : stabiliser les équipes de travail
- **Moyens pour atteindre cet objectif** :
 - ✓ Accélérer la titularisation
 - ✓ Créer une banque de remplaçants expérimentés

Cette diapositive présente un exemple de plan d'action concernant la demande psychologique (cible).

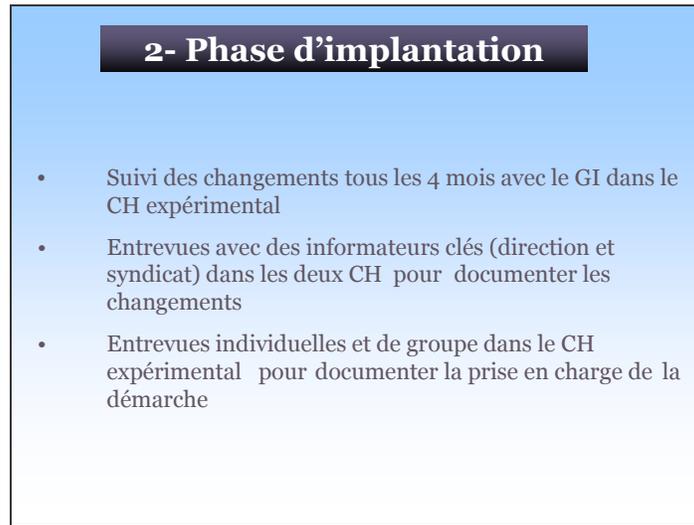
Problème priorisé :

Lorsqu'un poste doit être comblé, les délais encourus sont considérés très longs. Entre l'affichage et la nomination, le poste est occupé par des remplaçants qui ne connaissent pas bien le travail à faire. Les remplacements posent d'énormes contraintes car ce ne sont pas toujours les mêmes remplaçants qui reviennent, ce qui épuise et démotive à la longue les infirmières en place qui doivent continuellement former et surveiller le travail réalisé par les remplaçants.

Objectif de changement : stabiliser les équipes de travail

Moyens pour atteindre cet objectif :

- Changements à apporter au processus de dotation pour accélérer la titularisation
- Création d'une banque de remplaçants déjà formés et/ou expérimentés pour éviter la surcharge chez les infirmières régulières.



2- Phase d'implantation

- Suivi des changements tous les 4 mois avec le GI dans le CH expérimental
- Entrevues avec des informateurs clés (direction et syndicat) dans les deux CH pour documenter les changements
- Entrevues individuelles et de groupe dans le CH expérimental pour documenter la prise en charge de la démarche

2- Phase d'implantation

Un deuxième volet qualitatif de la recherche consistait à documenter les changements qui ont été implantés dans chacun des établissements. Les changements n'étant pas sous la responsabilité des chercheurs, plusieurs pouvaient se produire tant dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin pour différentes raisons, tels le contexte économique et les politiques de gestion des établissements de santé. Les décisions concernant ces changements étaient prises par les gestionnaires des établissements. La documentation de l'implantation de l'intervention a exigé un suivi exhaustif des changements durant toute la durée de la recherche, jusqu'à la 2^e mesure post-intervention à 36 mois. Ce suivi a été effectué auprès du GI lors de rencontres tous les quatre mois, par des entrevues avec des informateurs clés et des entrevues semi-dirigées, individuelles et de groupe avec des soignants.

Un suivi de tous les changements qui visaient l'amélioration des quatre contraintes ciblées a été effectué dans l'ensemble du CH expérimental.

Au cours de trois rencontres qui ont eu lieu de janvier 2002 à hiver 2003, le GI a contribué à l'évaluation de l'implantation de l'intervention en faisant le suivi des changements apportés suite aux recommandations incluses dans le rapport du GI. Les membres rapportaient l'étendue des changements adoptés et commentaient la réduction des contraintes identifiées. Ils abordaient également la prise en charge de la démarche d'identification des contraintes et des solutions par les soignants. Enfin, ils élaboraient le plan de communication et de diffusion des résultats aux unités de soins ciblées et à l'ensemble des unités de l'établissement.

Les chercheurs ont réalisé des entrevues avec des informateurs clés afin de documenter en continu le processus d'implantation des interventions. Ces entrevues ont été effectuées

auprès des gestionnaires (chefs d'unités de soins, représentants de la DSI, représentants de la DRH), des représentants du syndicat des infirmières et du syndicat des préposés et des responsables du dossier santé et sécurité au travail afin de recueillir toute information concernant les changements organisationnels susceptibles d'influencer les quatre contraintes à l'étude et ce, dans l'ensemble des unités de l'hôpital. Le suivi s'est fait par plusieurs moyens : entretiens face-à-face, par téléphone, ou par courriel, consultation de documents administratifs, de rapports annuels, de comptes-rendus de réunions des comités de gestion, de santé et sécurité, de l'organisation du travail et des équipes de soins. Ces informations ont été ramenées au GI. Dans le CH témoin, le suivi concernant les changements organisationnels susceptibles d'influencer les quatre contraintes s'est effectué au moyen de rencontres régulières avec le directeur adjoint aux ressources humaines qui était le responsable de la santé sécurité au travail (SST) de cet hôpital. Nous avons aussi analysé les documents internes administratifs relatifs aux changements organisationnels introduits dans l'hôpital.

Des entrevues individuelles et de groupe semi-dirigées ont été réalisées afin de décrire le processus d'implantation des changements et d'évaluer la prise en charge de la démarche d'intervention participative par le milieu. Les soignants ont été invités à décrire la démarche d'intervention participative et leur implication réelle et souhaitée dans l'implantation des changements. Ils ont également été amenés à identifier les facteurs qui ont facilité ou nui à la démarche ainsi que ceux qui permettraient de l'améliorer et favoriseraient sa diffusion.

3- Phase d'évaluation

- 2e mesure post-intervention 36 mois après le début de l'intervention
- Comparaison pré, post-intervention (2000-2004)
 - Groupe expérimental:
N = 311; Taux de réponse : 77%

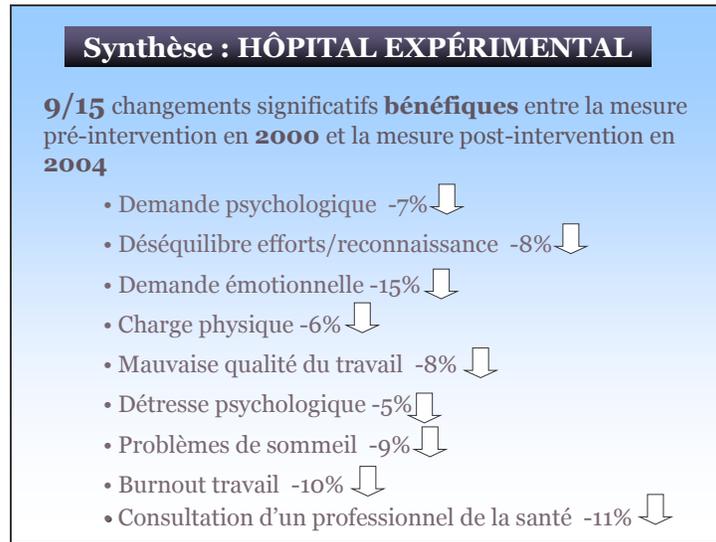
 - Groupe témoin :
N = 301; Taux de réponse : 69%

3- Phase d'évaluation

2^e mesure post-intervention

Une entrevue téléphonique a été réalisée 36 mois après le début de l'intervention (printemps 2004). Dans l'hôpital expérimental, 311 soignants ont répondu au questionnaire pour un taux de réponse de 77% alors que dans l'hôpital témoin, 301 soignants ont répondu pour un taux de réponse de 69%.

Le climat particulier de découragement lié aux changements majeurs résultant de la restructuration du réseau (coupures de budget et de postes, supplantation, etc.) a rendu le recrutement plus difficile. Plusieurs mesures ont alors été prises pour maximiser le pourcentage de participation (publicité, affichage, relances systématiques par les interviewers, prix de participation). Considérant ce contexte particulier et les mesures prises pour le contrer, le pourcentage de participation obtenu nous semble maximal.



Dans l'hôpital expérimental, sur 15 variables mesurées, 9 ont évolué de façon positive entre la mesure pré-intervention en 2000 et la mesure post-intervention en 2004. La demande psychologique est passée de 84% à 77% (diminution de 7%). Le déséquilibre entre les efforts fournis au travail et la reconnaissance obtenue est passé de 67% à 59% (diminution de 8%). La demande émotionnelle est passée de 60% à 45% (diminution de 15%). La charge physique a diminué de 57% à 51% (baisse de 6%). La qualité du travail a été déclarée moins souvent mauvaise passant de 54% en 2000, avant l'intervention à 46% en 2004, après l'intervention (diminution de 8%).

Les problèmes de santé ont aussi diminué en ce qui concerne la détresse psychologique qui est passée de 30% à 25% (diminution 5%). Les problèmes de sommeil sont passés de 37% à 28% (diminution de 9%), l'épuisement au travail est passé de 49% à 39% (diminution de 10%) et enfin la consultation d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant le questionnaire est passée de 44% à 33% (diminution de 11%) entre les deux mesures.

**Synthèse : HÔPITAL EXPÉRIMENTAL
(suite)**

Faible diminution (non significative) des quatre autres contraintes mesurées : la latitude, le soutien des supérieurs et des collègues et la reconnaissance

Faible diminution des deux autres problèmes de santé : la perception de la santé générale et le burnout client

Les autres contraintes sont restées stables ou ont diminué, mais pas de façon significative entre 2000 et 2004. La faible latitude décisionnelle est toujours déclarée par 64% des sujets en 2004. Le faible soutien social des supérieurs et le faible soutien social des collègues sont respectivement déclarés par 79% et 62% des sujets. Enfin la faible reconnaissance est passée de 47% à 42% (- 5%), mais cette amélioration n'est pas statistiquement significative.

Enfin, deux autres problèmes de santé ont été déclarés moins souvent en 2004, bien que ces améliorations ne soient pas statistiquement significatives. La perception de la santé moyenne ou mauvaise est déclarée par 10% des sujets en 2004 en comparaison avec 11% en 2000. Enfin, le burnout client ou l'épuisement lié au travail avec des patients est passé de 24% avant l'intervention, en 2000, à 23% en 2004.

Synthèse : HÔPITAL TÉMOIN

- **3 changements significatifs bénéfiques :**
 - Charge physique -8% ↓
 - Demande émotionnelle -11% ↓
 - Problèmes de sommeil -7% ↓

- La **majorité** des **problèmes de santé** et des **contraintes** se sont **détériorés** entre 2000 et 2004 mais ces détériorations ne sont pas significatives

Dans l'hôpital témoin, trois changements significatifs bénéfiques ont eu lieu entre la mesure pré intervention et la mesure post intervention à 36 mois. Ces améliorations touchent la charge physique qui est passée de 72% à 64% (diminution de 8%) entre 2000 et 2004, de la demande émotionnelle qui est passée de 54% à 43% (baisse de 11%) et enfin des problèmes de sommeil qui ont été déclarés par 42% des sujets en 2000 et 35% en 2004 (baisse de 7%).

La majorité des autres contraintes et problèmes de santé se sont détériorés entre les deux mesures bien que ces changements ne sont pas statistiquement significatifs. Il s'agit de la latitude décisionnelle qui a connu une baisse de 2% (de 29% à 27%), le soutien social des supérieurs, une baisse de 4% (de 19% à 15%), le soutien des collègues, une détérioration de 4% (de 37% à 33%), la qualité du travail, une diminution de 3% (de 49% à 46%). La détresse psychologique a pour sa part augmenté de 4% (de 29% à 33%) entre la mesure pré intervention et la mesure post intervention. La perception de la santé moyenne ou mauvaise a connu une augmentation de 2% (de 9% à 11% des sujets) entre les deux mesures alors que le burnout travail a augmenté de 2% (de 48% à 50%) entre les deux mesures en 2000 et 2004.

CONCLUSION

Les **résultats** obtenus dans l'hôpital expérimental, **36 mois** après l'intervention, **appuient** la pertinence d'**intervenir** sur l'**environnement** psychosocial pour **diminuer** les contraintes dans une perspective de **prévention primaire** des problèmes de santé psychologique chez les soignants

Les résultats obtenus dans l'hôpital expérimental, 36 mois après l'intervention, appuient la pertinence d'intervenir sur l'environnement psychosocial pour diminuer les contraintes dans une perspective de prévention primaire des problèmes de santé psychologique chez les soignants.

En effet, alors que plusieurs contraintes psychosociales au travail ont diminué de façon significative entre la mesure pré intervention et la mesure post intervention dans le groupe expérimental, les problèmes de santé ont aussi diminué de façon significative dans cet hôpital. Par contre, peu de changements significatifs se sont produits dans le groupe témoin pendant la même période, que ce soit au niveau de la réduction des contraintes que des problèmes de santé.

Les effets à plus long terme de l'intervention vont dépendre de la volonté de la direction et des employés à s'approprier la démarche d'identification des contraintes de l'environnement psychosocial du travail et à adopter des solutions pour les réduire.

Le fait que l'intervention visait des contraintes psychosociales dont le lien avec la santé est bien documenté dans plusieurs milieux de travail augmente son potentiel de généralisation à l'extérieur du secteur hospitalier. En effet, bien que les contraintes psychosociales ainsi que les moyens de les réduire identifiés dans cette étude soient spécifiques au secteur de la santé, la démarche d'identification et de résolution des problèmes ainsi que l'évaluation rigoureuse des effets de l'intervention préventive sont facilement exportables dans d'autres milieux de travail à travers le Canada. Les résultats auront une contribution importante à la prévention primaire des problèmes de santé mentale qui constituent une des principales causes d'absence pour maladie dans la population en âge de travailler.

DISCUSSION

Limites de l'intervention:

Présentes dans toutes les interventions en milieu réel :
on ne peut contrôler l'intervention

- Intervention limitée à trois unités dans l'hôpital
- Problème de représentation au GI
- Problème de communication du GI au reste du personnel
- Beaucoup de changements proposés n'ont jamais été implantés (restructurations et coupures budgétaires)

Les limites de l'intervention

Intervention limitée à trois unités dans l'hôpital

La démarche d'intervention dépendait de la disponibilité des chercheurs et du personnel soignant et ne pouvait être implantée dans l'ensemble de l'hôpital expérimental. Aussi, trois unités de soins ont été ciblées plus spécifiquement. Toutefois, l'intervention n'était pas limitée à ces trois unités représentées par les membres du GI. Plusieurs des 56 contraintes identifiées par le GI ont conduit à des solutions applicables à l'ensemble des unités de soins et certains changements adoptés par la DSI ont été implantés dans l'ensemble de l'hôpital. Il est toutefois difficile de déterminer dans quelle mesure les problèmes propres aux autres unités de soins ont été correctement identifiés ni l'intensité de l'intervention dans ces unités.

Problème de représentation au GI

Les entrevues auprès des soignants ont dévoilé la nécessité de revoir la composition du GI et le rôle de ses membres, particulièrement des représentants des soignants. D'abord bien perçue par les soignants, du fait de la présence de représentants de la DRH et de la DSI, la composition du groupe d'intervention a présenté certaines limites en raison de l'absence d'un acteur qui tient une grande place dans le collectif de travail. En effet, les médecins n'ont pas été invités à faire partie du GI et n'ont pas été consultés et ce, même si leurs relations avec d'autres soignants étaient mentionnées parmi les irritants. Par ailleurs, certains membres se sont sentis obligés de participer à la recherche, notamment les chefs d'équipes, parce que leur unité avait été ciblée.

Problème de communication du GI au reste du personnel

La consultation des soignants a également présenté certaines limites, dont une diversité importante dans la façon de faire la consultation, l'absence de formation à une technique de cueillette de données, une consultation dans un contexte de surcharge où les personnes consultées n'étaient pas libérées et le risque de conflits d'intérêts de soignants qui consultent dans leur propre milieu.

Beaucoup de changements proposés n'ont jamais été implantés à cause de nombreuses compressions budgétaires qui avaient lieu en même temps que la démarche d'intervention.

Conditions de succès des interventions participatives

A) Variables de contexte

- ❖ Soutien de la direction et implication de tous les niveaux d'encadrement
- ❖ Leadership
- ❖ Participation des travailleurs dans l'identification des problèmes et le développement des solutions

Les conditions de succès des interventions participatives

Le succès d'une telle démarche dépend de plusieurs éléments dont **l'engagement et le soutien de la haute direction**. La démarche d'intervention doit refléter une priorité de la direction de l'établissement et du conseil d'administration, plutôt que d'être le projet de seulement quelques personnes. L'engagement à appuyer la mise en œuvre des plans d'action proposés par le groupe d'intervention assure aux soignants que les choses bougeront et qu'ils seront écoutés par la direction.

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

Enfin, la démarche participative dépend dès le départ de la **participation des soignants**. Il a été démontré que la participation des travailleurs, lorsqu'elle implique un objectif de revoir l'organisation du travail pour augmenter la latitude décisionnelle contribue à l'amélioration de la santé mentale et la productivité et réduit l'absentéisme du travail (Bond & Bunce, 2001).

Conditions de succès des interventions participatives (suite)

B) Variables de processus

- ❖ Identification *a priori* des groupes de travailleurs à risque sur la base de modèles théoriques valides
- ❖ Implantation rigoureuse des changements requis chez les groupes de travailleurs ciblés
- ❖ Appropriation de la démarche d'intervention par le milieu de travail (empowerment)

Une *identification a priori* des contraintes et des problèmes de santé doit être réalisée afin d'identifier les groupes de travailleurs à risque. En effet, il ne sert à rien de réaliser une intervention chez des travailleurs qui vont bien et ont une bonne qualité de vie au travail, un peu comme on ne ferait pas un programme de prévention du tabac chez des non-fumeurs.

Puisque toutes les parties impliquées dans l'intervention travaillent à identifier des pistes de solutions à des problèmes vécus au travail et font des recommandations de changements, il est primordial qu'une réponse soit apportée par la direction et que ces **changements requis soient implantés**.

Enfin, il s'avère essentiel que le milieu de travail **s'approprie la démarche d'intervention** car cette démarche doit avoir une certaine pérennité en dehors de l'implication des chercheurs.

10 étapes de l'intervention participative

- ❖ Présentation du projet aux travailleurs et obtention de l'engagement de la direction
- ❖ Sensibilisation et mobilisation des travailleurs et création d'un groupe d'intervention (GI)
- ❖ Réalisation d'un portrait quantitatif de la situation (mesure *a priori*) à partir de modèles théoriques validés
- ❖ Présentation des résultats du portrait aux travailleurs et au GI et clarification de la perspective adoptée pour l'amélioration de l'environnement de travail
- ❖ Élaboration de plans d'action par le GI à partir du portrait et des discussions de groupes avec les travailleurs et la direction

Rappel des dix étapes primordiales pour réaliser des interventions efficaces.

10 étapes de l'intervention participative*

- ❖ Implantation des plans d'action par les travailleurs concernés
- ❖ Réunion périodique du GI pour discuter des progrès et des obstacles (suivi des changements proposés)
- ❖ Évaluation de l'efficacité avec le même questionnaire que pour le pré-test (évaluation *a priori*)
- ❖ Présentation des résultats au GI et à la direction
- ❖ Suivi des changements et appropriation de la démarche d'identification des problèmes dans les départements et les équipes de travail

* Adapté de Mykletun, p. 29-30 http://cbib.arbetslivsinstitutet.se/ah/2000/ah2000_10.pdf

Références

- Beermann, B., Kuhn, K., & Kompier, M. (1999). Germany: reduction of stress by health circles. In M. Kompier & C. Cooper (Eds.), *Preventing Stress, Improving Productivity. European case studies in the workplace* (p. 222-241). New York: Routledge.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 290-302.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(1), 54-64.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., & Mâsse, B. (2005). Psychosocial work environment and certified sick leaves among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 483-509.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., & Moisan, J. (1996). Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 22(2), 139-145.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., & Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335-342.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., & Lower, A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 326-334.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., et al. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé Mentale au Québec*, 24(1), 136-153.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Vézina, M., Jauvin, N., & Brisson, I. (2005). Les caractéristiques du travail et la santé des agents en services de détention. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 53(2), 127-142.
- Bourbonnais, R., Mâsse, B., Brisson, C., Vézina, M., Malenfant, R., & Viens, C. (2000). *Cumulative exposure to job strain and mental health among nurses during restructuring in the health care sector*. Paper presented at the 6th International Congress of Behavioral Medicine, Brisbane, Australia.
- Bourbonnais, R., & Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39(2), 194-202.
- Burke, R. J. (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress*, 7(1), 77-87.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). Les ressources humaines: développer les compétences, raviver la fierté. In *Les solutions émergentes: rapport et recommandations de la Commission d'étude sur*

- les services de santé et les services sociaux* (p. 111-132). Québec: Gouvernement du Québec.
- CSST. (2002). Statistiques relatives aux lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre. (2001). *Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais: rapport annuel 2001 sur la santé des populations* (No ISBN:2-89494-325-3). Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2002). *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*: Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., & Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II Study). *Social Science & Medicine*, 48(1), 77-87.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M. R. (2000). *Mental health in the workplace: introduction executive summaries*. Genève: International Labour Office.
- Goldenhar, L. M., LaMontagne, A. D., Katz, T., Heaney, C., & Landsbergis, P. (2001). The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(7), 616-622.
- Institut de la statistique du Québec. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Gouvernement du Québec.
- International Labor Organisation. (2000). Rapport du BIT sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux États-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni (p. 4).
- International Labor Organisation. (2002, Mars). Résoudre les problèmes psychosociaux liés au travail. *Travail*, 42, 9.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease, morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 15, 271-279.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., & Hayashi, T. (1997). Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(1), 54-59.
- Kompier, M., & Kristensen, T. S. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In A. Véga (Ed.), *Stress in the*

- workplace: past, present and future* (p. 164-190). London & Philadelphia: Whurr publishers.
- Kristensen, T. S. (1996). Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(3), 246-260.
- Larocque, B., Brisson, C., & Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du Job Content Questionnaire de Karasek. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 96*, 371-381.
- Lourijisen, E., Houtman, I., Kompier, M., & Gründemann, R. (1999). The Netherlands: a hospital, healthy working for health. In M. Kompier & C. Cooper (Eds.), *Preventing Stress, Improving Productivity. European case studies in the workplace* (p. 86-120). New York: Routledge.
- Marmot, M., Theorell, T., & Siegrist, J. (2002). Work and coronary heart disease. In S. Stansfeld & M. Marmot (Eds.), *Stress and the heart: psychosocial pathways to coronary heart disease* (p. 50-71). London: BMJ Books.
- Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A., & Guéguen, A. (2002). Facteurs psychosociaux du stress au travail et absentéisme pour raison de santé. In *Stress au travail et santé psychique* (Éditions Octares ed., p. 153-162). France.
- Niedhammer, I., & Siegrist, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 46*, 398-410.
- Organisation mondiale de la santé, *La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs* dans Rapport sur la santé dans le monde 2001, Genève, OMS, 2001.
- (2001). Parkes, K. R., & Sparkes, T. J. (1998). *Organizational interventions to reduce work stress. Are they effective? A review of the literature*. Oxford: University of Oxford.
- Peter, R. (2002). Effort-reward imbalance and ill health. *Psychotherapeut, 47*, 386-398.
- Ranno, J. P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*. Montréal: Sun Life, Vice présidence, opérations vie et groupe invalidité.
- Sauter, S. L., Murphy, L. R., & Hurrell, J. J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *American Psychologist, 45*(10), 1146-1158.
- Schaufeli, W. B., & Kompier, M. A. J. (2001). Managing Job Stress in the Netherlands. *International Journal of Stress Management, 8*(1), 15-34.
- Schnall, P. L., Belkic, K., Landsbergis, P., & Baker, D. (2000). *The workplace and cardiovascular disease* (Vol. 15). Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Siegrist, J. (2002a). Commentary: Work stress and coronary heart disease - a gender (role) specific association ? *International Journal of Epidemiology, 31*, 1146.
- Siegrist, J. (2002b). Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scandinavian Journal of Public Health, 30*(Suppl 59), 49-53.
- Siegrist, J., & Peter, R. (2000). The effort-reward imbalance model. In P. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis & D. Baker (Eds.), *The Workplace and Cardiovascular Disease* (p. 83-87). Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.

- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P., & Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1127-1134.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 302-307.
- Stansfeld, S. A., Rael, E. G. S., Head, J., Shipley, M., & Marmot, M. (1997). Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 27, 35-48.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). *Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada*. Retrieved 4 mars 2002, 2002, from http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic221/cd221d_f.html
- van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- van der Doef, M., Stan, M., & Diekstra, R. (2000). An examination of the job demand-control-support model with various occupational strain indicators. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 165-185.
- Vézina, M. (1998). La santé mentale au travail. Peut-il y avoir place à la lésion professionnelle? *Le Médecin du Québec*, 33(4), 113-116.
- Vézina, M. (2002). Stress au travail et santé psychique: rappel des différentes approches. In *Stress au travail et santé psychique* (Éditions Octares ed., p. 47-58). France.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2004). Les facteurs de risque psychosociaux. In É. L. G. d'argile (Ed.), *Manuel d'hygiène du travail : du diagnostic à la maîtrise des facteurs de risque*. Montréal: Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité au travail (AQHSST).
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A., & Laurendeau, M. C. (1992). *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Boucherville: Gaétan Morin.
- Vinet, A. (2004). *Travail, organisation et santé. Le défi de la productivité dans le respect des personnes*. Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Vinet, A., Bourbonnais, R., & Brisson, C. (2003). Travail et santé mentale : une relation qui se détériore. In L. P. d. I. U. Laval (Ed.), *Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation*. Québec: Sous la direction de J-P Brun, C Blais, S Montreuil et A Vinet.
- White, J. P. (1997). Health care, hospitals, and reengineering: The Nightingales sing the blues. In A. Duffy, D. Glenday & N. Pupo (Eds.), *Good jobs, bad jobs, no jobs. The transformation of work in the 21st Century* (p. 117-142). Toronto: Harcourt Brace.