

RAPPORT DE RECHERCHE

ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE VISANT LA RÉDUCTION DES CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES DE TRAVAIL

Par

Louise St-Arnaud, Ph.D.

Équipe de recherche RIPOST,
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud

Sylviane Gignac, M.Sc.

Équipe de santé au travail,
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Avril 2005

Vous pouvez vous procurer ce document au coût de 10 \$ en faisant votre chèque à l'ordre du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud et en le faisant parvenir à l'adresse suivante :

Madame Renée-Claude Landry
Centre de documentation
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud
55, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1R 1S9

Téléphone : (418) 641-2572 poste 5551
Télécopieur : (418) 522-5437
Courriel : reneeclaude.landry@ssss.gouv.qc.ca

Ce rapport est également offert en version PDF sur notre site Web : www.cchvdr.qc.ca

Dépôt légal : 2005
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-922823-13-X

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. LA DÉMARCHE D'INTERVENTION PARTICIPATIVE	2
1.1 Les objectifs	2
1.2 Le mode de fonctionnement.....	2
1.3 Le déroulement de l'intervention.....	4
2. LA MÉTHODE D'ÉVALUATION	9
2.1 Les entrevues	9
2.2 Analyse des données.....	11
3. LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION.....	12
3.1 Composition, rôle et mode de fonctionnement du GI.....	12
3.1.1 <i>La composition du GI : intéressante mais « bonifiable »</i>	12
3.1.2 <i>L'espace de discussion : une liberté d'expression restreinte</i>	13
3.1.3 <i>Le rôle du GI dans le processus d'identification des contraintes : une source d'ambiguïté</i>	14
3.2 L'identification des contraintes et des solutions	15
3.2.1 <i>Des pratiques diverses dans un contexte difficile</i>	15
3.2.2 <i>Une opportunité pour répondre à des besoins matériels</i>	18
3.2.3 <i>Le désengagement des soignants dans la recherche de solutions</i>	20
3.2.4 <i>Une course à obstacle pour régler des problèmes complexes</i>	21
3.3 Les retombées de la démarche d'intervention	23
3.3.1 <i>Des réactions positives</i>	23
3.3.2 <i>Les déceptions</i>	24
3.4 La prise en charge de la démarche	27
3.4.1 <i>Un suivi fragile</i>	27
3.4.2 <i>Sans les chercheurs, point de salut</i>	29
4. DISCUSSION.....	30
4.1 Les principales faiblesses de la démarche d'intervention.....	31
4.2 Pistes pour améliorer l'intervention et sa prise en charge	33
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37

INTRODUCTION

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche longitudinale portant sur l'évaluation de l'efficacité d'une intervention visant la réduction de quatre contraintes psychosociales de l'organisation du travail (demande psychologique, faible latitude décisionnelle, faible soutien social au travail et déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance) et la réduction des problèmes de santé mentale liés au travail dans un centre hospitalier de Québec employant 674 soignants. S'appuyant sur des méthodes quantitative et qualitative, cette recherche intègre trois phases soit : 1) une phase de développement qui consiste à produire des connaissances permettant de développer des interventions visant à diminuer la prévalence des contraintes psychosociales; 2) une phase d'implantation qui consiste à évaluer le processus d'implantation des interventions; 3) une phase d'évaluation des effets de l'intervention sur la prévalence des contraintes psychosociales, les problèmes de santé mentale et l'incidence des absences pour maladie. La présente étude se situe à la phase d'implantation et vise à évaluer la prise en charge de la démarche d'intervention participative par le milieu.

Dans un premier temps, ce rapport de recherche fait état de la démarche d'intervention participative proposée par les chercheurs en fonction des objectifs poursuivis et fait état du déroulement de l'intervention. Dans un deuxième temps, la méthodologie d'évaluation est présentée, suivent ensuite les résultats de l'analyse des données. En quatrième partie, la discussion présente les principales faiblesses de la démarche d'intervention et les pistes pour l'améliorer.

1. LA DÉMARCHE D'INTERVENTION PARTICIPATIVE

1.1 Les objectifs

La démarche participative menée par les chercheurs vise à prévenir les problèmes de santé mentale chez les soignants d'un milieu hospitalier. Pour ce faire, deux objectifs généraux sont poursuivis, soit :

- 1) La réduction de la détresse psychologique reliée au travail chez les soignants d'un centre hospitalier de Québec, par la diminution des contraintes de l'organisation du travail qui sont à la source de cette détresse. L'atteinte de cet objectif devrait conduire à une diminution du nombre d'absences reliées à la santé mentale.
- 2) La prise en charge par l'établissement et dans les unités d'une démarche d'intervention participative visant à prévenir et à réduire en continu la détresse psychologique chez les soignants.

La présente évaluation s'inscrit dans le cadre de ce deuxième objectif visé par la démarche participative.

1.2 Le mode de fonctionnement

L'approche participative proposée par les chercheurs est basée sur la formation d'un groupe d'intervention (GI) composé de représentants des soignants, des syndicats, de la direction des ressources humaines (DRH) ainsi que de la direction des soins infirmiers (DSI).

La participation des membres de l'organisation aux travaux du GI devait permettre au milieu de travail de s'approprier la démarche d'identification et d'analyse des contraintes, de résolution de problèmes et d'identification des solutions visant la prévention de l'apparition des problèmes de santé mentale. La prise en charge de la démarche par le milieu devait être facilitée par la présence des chercheurs au sein du GI.

Plus précisément, le rôle du GI consistait à :

- ✓ identifier les contraintes des unités participantes;
- ✓ diffuser l'information du contenu des rencontres (réunions du GI) aux soignants et ramener leurs réactions et commentaires au GI;
- ✓ déterminer les priorités d'intervention, les solutions et leur faisabilité;
- ✓ participer à l'implantation et à la diffusion des changements;
- ✓ évaluer le processus d'implantation des changements.

Les représentants de la DRH et de la DSI ont été nommés par la direction. Leur rôle est principalement celui de vecteur vers les décideurs. Les représentants syndicaux ont été nommés par la présidence syndicale. Pour des raisons de faisabilité (taille de l'établissement, nombre optimal de personnes à inclure dans le GI), trois unités de soins ont été ciblées dans l'hôpital pour faire partie du GI. Ces unités ont été sélectionnées en raison de leur score élevé de tension au travail ou de détresse psychologique. Ces trois unités comptent 90 soignants sur les 674 de l'hôpital expérimental. À l'exception des trois chefs d'unités qui ont été désignés *de facto* en raison de leur rôle, les représentants des soignants (infirmières, préposés et commis-réceptionnistes) ont été recrutés sur une base volontaire lors d'une campagne de recrutement qui s'est déroulée sur chacune des unités. Le GI était composé des personnes suivantes :

- ✓ la chercheuse responsable de l'étude;
- ✓ un cochercheur responsable de l'animation;
- ✓ une assistante de recherche;
- ✓ une représentant de la DSI;
- ✓ un représentant de la DRH;
- ✓ une représentante du syndicat des infirmières et infirmiers;
- ✓ un représentant du syndicat des préposés aux bénéficiaires;
- ✓ les trois chefs des unités ciblées;
- ✓ un représentant des infirmières et infirmiers de chaque unité (3 personnes);
- ✓ un représentant des préposés aux bénéficiaires (1 personne);
- ✓ une représentante des commis-réceptionnistes (1 personne).

1.3 Le déroulement de l'intervention

Au total, huit rencontres de travail du GI et trois rencontres du groupe de suivi de l'intervention (GSI) ont été organisées et ont eu lieu dans les locaux de l'hôpital. Les trois premières rencontres du GI se sont tenues à une semaine d'intervalle. Les rencontres suivantes se sont espacées sur une période de quatre mois. Initialement, six rencontres avaient été planifiées, mais en cours d'intervention, deux rencontres ont été ajoutées à la demande des membres du GI. Des comptes rendus ont été rédigés à chaque réunion. Un point d'ajouts et de modifications au compte rendu précédent était à l'ordre du jour. Ce point permettait aux membres d'apporter des modifications au contenu et d'ajouter des items manquants. De cette façon, les comptes rendus permettaient de suivre la dynamique des réunions. Ils ont été affichés au poste de garde de chacune des unités. À la lumière des comptes rendus, les travaux des membres se sont déroulés de la façon suivante :

- Les objectifs de la recherche et les différentes étapes qui la composent ont été présentés aux participants lors de la première réunion. Les membres du GI ont été informés par les chercheurs que les séances de travail ne pouvaient servir de lieu pour discuter des questions relatives aux relations de travail. Le mode de fonctionnement participatif a été explicité, soit un groupe de discussion basé sur un travail en partenariat et le droit de libre expression. Les chercheurs ont également expliqué le cadre théorique de la recherche, soit le modèle demande-latitude-soutien de Karasek et coll. et celui du déséquilibre effort/reconnaissance de Siegrist. Les quatre variables qui expliquent la détresse psychologique, soit la demande psychologique, la reconnaissance, le soutien social au travail et la latitude décisionnelle, ont été présentées ainsi que leur prévalence et celle de la détresse psychologique dans l'hôpital. De plus, les membres ont été invités à faire la lecture des synthèses d'observation effectuées au cours de l'été 2000 sur chacune des unités, et ce, dans le but d'entamer une discussion pour identifier les contraintes communes et spécifiques aux trois unités. Regroupés en deux sous-groupes, les membres ont été invités à faire une première identification des contraintes de l'environnement de travail au regard des quatre variables identifiées dans le cadre théorique. Cette activité a généré l'identification de plus d'une dizaine de contraintes. À la fin de la rencontre, l'animateur a demandé aux représentants

des infirmiers, préposés et commis de rencontrer leurs collègues pour faire une liste des contraintes et des solutions possibles. De façon concrète, leur rôle consistait à diffuser l'information en provenance du GI et à recueillir les commentaires et les suggestions de la base. Les représentants des soignants étaient libérés l'équivalent d'une demi-journée pour rencontrer leurs collègues des trois quarts de travail.

- À la deuxième rencontre, les membres du GI ont identifié de nouvelles contraintes qui s'ajoutaient aux précédentes. Les contraintes sont alors regroupées selon les quatre grandes variables qui expliquent la détresse psychologique. À la fin de cette rencontre, une liste des contraintes à solutionner à court terme est établie, par ordre de priorité et de faisabilité.
- À la troisième rencontre, un membre suggère que les contraintes identifiées soient regroupées par thèmes. Les contraintes portant sur l'affectation et le remplacement du personnel et l'absence de travail d'équipe sont particulièrement discutées. Un premier mandat est confié à des membres du GI afin qu'ils s'interrogent sur ces problématiques spécifiques. À la fin de la rencontre, l'animateur propose de mettre l'accent sur certaines contraintes pour lesquelles on anticipe des solutions rapidement applicables, que l'on surnomme « les p'tites vites de l'animateur ». Ces dossiers sont confiés à des membres du GI et un suivi doit être fait à la prochaine rencontre.
- À la quatrième rencontre, le responsable du service d'affectation du personnel et son adjoint sont invités à donner de l'information aux membres du GI sur le processus d'affectation et de remplacement du personnel, pour les aider à mieux comprendre les enjeux de cette problématique. Comme à chaque rencontre, les membres discutent des contraintes et tentent de les préciser. La recherche de solutions est confiée à des sous-comités. Les devoirs des membres du GI en regard des « p'tites vites de l'animateur » sont réitérés. À la fin de cette rencontre, on demande aux membres du GI de réfléchir sur les moyens de prise en charge du projet dans les unités. On leur demande aussi de voir si les soignants ont des solutions aux contraintes identifiées. Il est également décidé d'ajouter au tableau des contraintes et des pistes de solutions un échancier ainsi que le nom du ou des responsables de la recherche de solutions pour chaque item.

- En plus de discuter des contraintes et des solutions, la cinquième rencontre porte sur l'attitude des collègues de travail envers le projet d'intervention, ainsi que sur la manière dont les membres du GI vivent leur rôle au sein de leur unité. Des membres se sont dits déçus de la réaction du personnel qui était, selon eux, plus en attente de recevoir que de donner. Aussi, les membres du GI sont interpellés sur les façons de mobiliser le personnel en vue d'une prise en charge de la démarche d'identification des contraintes et des solutions.
- La sixième rencontre permet de faire un retour sur les rôles et pouvoirs du GI. Il est rappelé que le GI n'est pas une instance décisionnelle, bien qu'il peut recommander des solutions pour améliorer la situation. Selon les chercheurs, le pouvoir du GI réside dans la capacité de ses membres à trouver des moyens simples mais efficaces pour améliorer la qualité de vie au travail. Enfin, comme à chaque rencontre, les membres discutent des contraintes et des solutions.
- À la septième rencontre, chaque contrainte est discutée, le ou les responsables du suivi sont nommés, les contraintes réglées sont identifiées et des dates de suivi sont données pour celles qui n'ont pas été solutionnées. De plus, les activités de suivi du GI et la prise en charge de la démarche au sein des unités et de l'ensemble de l'hôpital sont discutées. Les chercheurs demandent aux membres leur avis sur les moyens à mettre en branle pour stimuler la prise en charge par le milieu.
- La huitième et dernière rencontre fait le point sur les contraintes qui ont été réglées et celles qui restent en attente. Au total, cinquante-cinq contraintes auront été identifiées par le GI. Les contraintes ont été regroupées par thèmes et par variables explicatrices selon le modèle théorique proposé par les chercheurs (demande psychologique, latitude décisionnelle, reconnaissance et soutien social au travail). À chacune des contraintes est associée une solution avec un échéancier et le nom du ou des responsables de la vérification de la faisabilité et de la mise en oeuvre des solutions.

Après ces huit rencontres, un rapport-synthèse a été rédigé sur les travaux du GI (Bourbonnais et coll. 2001). On y retrouve un tableau présentant la fréquence des contraintes par thèmes et par variables explicatrices. Les grandes variables du modèle théorique sont décrites et les thèmes ainsi que les contraintes s'y rattachant ont été énumérés et regroupés sous chacune d'elles. On retrouve en annexe de ce rapport-synthèse un tableau des contraintes solutionnées, des contraintes à régler et du suivi des contraintes de type organisationnel nécessitant l'appui de la direction. En conclusion, on recommande que la direction du centre hospitalier présente aux membres du GI une réponse aux solutions proposées et plus spécifiquement au niveau des contraintes de type organisationnel définies en priorité. Le directeur des soins infirmiers a rencontré les membres du GI pour commenter le rapport. Ce dernier a reconnu le bien fondé des demandes, toutefois il a précisé que les changements proposés dans le rapport seraient étalés sur une période de dix ans.

Ce rapport a été présenté aux soignants de chacune des unités participantes ainsi qu'au comité de gestion de la direction des soins infirmiers de l'hôpital. À la suite de cette présentation et afin d'assurer la pérennité de la démarche, la DSI a accepté de libérer son personnel membre du GI pour participer à trois rencontres de suivi visant à favoriser la prise en charge de la démarche sur les unités.

Les trois rencontres du groupe de suivi de l'intervention (GSI) ont eu lieu à un intervalle de quatre mois et la première rencontre a débuté 13 mois après le début des travaux du GI. Au cours de cette première rencontre, les chercheurs ont rappelé aux membres qu'à la suite de la présentation du rapport-synthèse à la DSI, de petites solutions ont été mises en œuvre pour répondre à certaines des contraintes identifiées. Les chercheurs réalisent toutefois que la prise en charge par le milieu demeure un défi. À la lumière d'entrevues individuelles réalisées auprès des soignants et d'après l'information recueillie par les chercheurs lors de la présentation du rapport, il semble que l'information concernant la recherche ne se rende pas sur les unités de soins ciblées. En effet, plusieurs soignants ont affirmé ne pas être au courant du projet de recherche, ou encore, ont confondu la démarche d'intervention avec d'autres projets en cours dans l'hôpital. Aussi, certains membres considèrent que la pérennité de la démarche et sa prise en charge vont nécessiter la mise en place d'un processus de suivi et d'encadrement de

la démarche. Un plan de communication et de diffusion de la recherche tant sur les unités ciblées que pour l'ensemble des unités est exploré par les membres du GSI. Différentes stratégies de communication sont prévues afin d'assurer la poursuite de la recherche et notamment, la tenue prochaine d'un deuxième questionnaire téléphonique qui vise à mesurer les contraintes psychosociales au travail et l'état de santé des soignants.

La deuxième rencontre du GSI permet de faire le point sur la situation de chacune des unités ciblées. On y fait le suivi des solutions nouvellement implantées et des démarches relatives aux contraintes qui n'ont pas encore été réglées.

La troisième rencontre du GSI débute avec une présentation des chercheurs sur les résultats du questionnaire post-intervention qui sont positifs. En effet, une amélioration globale de la situation a été observée sur deux des trois unités participantes. Toutefois, les chefs d'unités demeurent surpris de ces résultats en raison des commentaires plutôt mitigés de la part des soignants. Le personnel semble ne pas percevoir les effets positifs des changements apportés par l'intervention.

2. LA MÉTHODE D'ÉVALUATION

La méthode d'évaluation proposée tient compte du cadre conceptuel qui a guidé la démarche d'intervention proposée, soit une « recherche-action participative », qui favorisait la participation des soignants à l'identification des problèmes vécus et des solutions pour corriger la situation. Les soignants doivent être, dans ce contexte, la principale source des données d'évaluation. Aussi, la méthode d'évaluation proposée est basée sur des entrevues de groupe réalisées auprès des soignants concernés par la démarche d'intervention participative réalisée par les chercheurs.

Les questions d'évaluation sont les suivantes :

- 1) Est-ce qu'on a pu, avec la démarche d'intervention participative, telle qu'elle a été appliquée, avoir un portrait juste des contraintes des soignants, identifier les solutions pour les réduire et établir un ordre de priorité pour corriger la situation?
- 2) Est-ce que l'intervention a permis une prise en charge de la démarche visant la réduction des contraintes de l'organisation du travail dans les unités de soins ciblées et dans les autres unités?

2.1 Les entrevues

Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées afin de décrire la démarche d'intervention auprès des soignants et d'évaluer la prise en charge de la démarche d'intervention par le milieu. L'entrevue de groupe a été choisie parce qu'elle permet aux participants, de par sa dynamique intersubjective, d'échanger et de discuter leurs interprétations des thèmes abordés et permet la construction d'une interprétation commune de ces thèmes. Notons que ces entrevues sont réalisées deux ans après le début de la démarche d'intervention.

Les entrevues ont été réalisées par deux chercheuses dont une jouait le rôle d'animatrice et l'autre, d'observatrice. Les soignants (infirmières, préposés aux bénéficiaires et commis-réceptionnistes) ont été invités, sur une base volontaire, à faire partie de ces groupes

d'entrevues. Le recrutement des participants a été fait à l'aide d'affiches qui présentaient l'objectif de la rencontre, les dates, les heures et les lieux où ils devaient se rendre pour participer à l'entrevue. Les personnes pouvaient se présenter sans s'inscrire à l'avance. Les entrevues ont eu lieu à l'hôpital en dehors des heures de travail. Une relance a été effectuée pour assurer une bonne participation des milieux concernés. Une compensation financière a été versée pour rembourser les coûts relatifs aux frais de déplacement, de garde et de stationnement.

Au début de chacune des entrevues, l'animatrice a expliqué l'objectif de la rencontre et a rassuré les participants quant au respect de l'anonymat et du caractère confidentiel de l'entrevue. Ces éléments étaient indiqués sur un formulaire de consentement sur lequel les personnes acceptaient, par écrit, que l'entrevue soit enregistrée. Les personnes étaient également avisées que leur participation se faisait sur une base volontaire et qu'elles pouvaient à tout moment quitter.

Deux entrevues de groupe ont d'abord été réalisées auprès des membres du GI, soit un groupe composé des chefs des unités ciblées (3 personnes), dont un qui était en poste depuis peu, et un groupe composé des représentants des soignants (5 personnes : infirmières, préposés aux bénéficiaires, commis-réceptionniste) qui ont participé aux travaux du GI. Ces entrevues visaient à décrire la démarche d'intervention entreprise et ont porté sur les buts, les objectifs et les activités proposées et mises en place pour réaliser l'intervention. Des questions ont également porté sur la pérennité de la démarche dans leur unité. Par la suite, huit entrevues de groupe ont été réalisées avec des infirmières (36 personnes) regroupées dans chacune des unités ciblées par la démarche, deux entrevues avec les préposés aux bénéficiaires (11 personnes), et ce, sans égard à leur unité et une entrevue avec les commis-réceptionnistes (2 personnes) des trois unités. Les soignants étaient invités à décrire le projet d'intervention, leur participation effective dans l'identification des problèmes et des solutions ainsi que les activités encore présentes sur leur unité pour assurer la continuité de la démarche. Ils ont été amenés à identifier les facteurs qui ont facilité ou nui à la démarche ainsi que ceux qui permettraient de l'améliorer. Certains soignants étaient en poste depuis moins de deux ans et de ce fait, n'étaient pas présents au début de la démarche. Toutefois, ils étaient en mesure de

témoigner de la pérennité de la démarche et de sa prise en charge. Au total, 57 personnes ont été rencontrées en entrevues. Les entrevues étaient d'une durée d'environ 1 h 30.

2.2 Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites intégralement ou en partie. Les enregistrements ont été écoutés à plusieurs reprises. Les données ont été soumises à une analyse de contenu. Dans un premier temps, les données ont été analysées par corps d'emploi, sur une base verticale afin de dégager les principaux thèmes abordés par les participants selon les phases de la démarche d'intervention. Cette étape a servi de base à l'élaboration d'une grille d'analyse qui a permis le découpage du discours en fonction des différentes étapes de l'intervention et des différentes logiques qui ont émergé du matériel. Les données ont également été analysées sur une base transversale de façon à repérer les éléments de convergence et de divergence, les variations au sein du corpus. Les caractéristiques de la démarche, ses différentes étapes, telles que rapportées par les soignants et décrites dans les comptes rendus du groupe d'intervention ont aussi été confrontées à la littérature scientifique portant sur la recherche-action ou participative.

Comme elle se faisait dans le cadre d'une évaluation, cette analyse permettait, en dernier lieu, de porter un jugement sur l'intervention, d'en dégager les forces et les faiblesses et de proposer des pistes d'amélioration à partir du savoir accumulé par cette démarche d'intervention participative. Le regard sur l'intervention permet également aux chercheurs de voir si celle-ci peut être responsable des résultats observés.

3. LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

3.1 Composition, rôle et mode de fonctionnement du GI

3.1.1 La composition du GI : intéressante mais « bonifiable »

Le GI était composé de représentants des soignants, des syndicats, de la direction des ressources humaines (DRH) ainsi que de la direction des soins infirmiers. La présence des représentants de la DRH et de la DSI a été perçue très positivement par les représentants des soignants. Ils ont été impressionnés par la composition du GI qu'ils ont qualifiée d'imposante. La présence de la haute direction a donné beaucoup de crédibilité à la démarche. Les soignants voyaient la possibilité d'être entendus par leurs supérieurs, afin que ces derniers aient toute la mesure des difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail.

La présence de différents corps d'emploi a été un autre aspect positif de la composition du GI, notamment, les préposés voyaient positivement le fait que le projet de recherche ait prévu de les consulter pour identifier les irritants et pour trouver des solutions. Selon eux, leurs supérieurs ne voient certainement pas toutes les difficultés de leur travail. De plus, les soignants sont mieux placés, selon eux, pour voir ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation.

« Qu'est ce que le projet d'intervention? Moi, je pense que c'est un projet qui peut être intéressant dans l'optique où ce que les gens ont les moyens de peut-être ... d'amener justement des irritants, mais non seulement juste les amener, mais peut-être ensemble de trouver des solutions à ces irritants-là. Au lieu de dire des fois, parce que quand on voit de haut le problème, ben ça nous donne une image de la chose. Les chefs d'unités ou certaines personnes vont dire à la direction : « Oui mais là, faut aller dans telle direction pour nos soins infirmiers ». Mais d'en bas, comme ça, nous on l' vit. Ben, peut-être qu'y a des petites solutions qu'on peut apporter pour justement rendre...plus efficace le travail ». (préposé)

Cependant, il est étonnant de constater que le corps médical est absent de la démarche, soit à titre de membre du GI, ou encore, à titre de personnes consultées. Or, les difficultés liées aux relations avec le corps médical constituent un problème important pour les soignants. Certains soignants ont souligné qu'il aurait été intéressant que des médecins participent au groupe de

travail de façon ponctuelle puisqu'ils font partie de l'équipe soignante, qu'ils vivent eux aussi des irritants et des contraintes comme les autres groupes de travailleurs.

Par ailleurs, les chefs d'unités se sont sentis obligés de participer au GI. En effet, ils ont appris en réunion, où étaient présents la direction du Centre hospitalier et les chercheurs, que les soignants de leur unité faisaient partie des unités ayant un niveau élevé de tension ou de détresse psychologique. Devant les résultats du questionnaire, ils se sont sentis directement visés, voire jugés, sur leur pratique de gestion. Les unités qui ont participé au projet n'ont pas eu, en quelque sorte, le choix d'en faire partie. C'est ce que les chefs d'unité ont ressenti.

« D'abord, moi je vais vous le dire, il y a eu une réunion avec la direction et le groupe de recherche. Suite à un sondage téléphonique où on nous donnait des résultats du sondage téléphonique, ben tu reçois devant tout le monde. Je ne pensais pas que mon unité était en détresse à ce point là. Tu te sens mal à l'aise de dire que je refuse de participer au projet de recherche. C'est toi qui cote le plus haut. Comme je vous le disais les gens venaient de vivre une fermeture, ouverture, abolitions de postes, etc., en plein sondage téléphonique. Ça se vit, c'est certain que les gens sont découragés ».(chef d'unité)

Des soignants ont souligné qu'une des unités ciblées était perçue parmi les moins surchargées de l'hôpital, possédant un bon esprit d'équipe et en conséquence, était l'une des moins à risque pour la santé psychologique. Les soignants ont tenté d'expliquer les raisons de ces résultats. Il semble qu'un événement ponctuel particulièrement difficile allié à un contexte de fusion de départements ait provoqué une crise momentanée au moment même où le questionnaire sur la détresse psychologique était appliqué.

Face aux résultats du questionnaire, il devenait difficile de ne pas participer à l'étude. C'est donc avec réserve que certains chefs d'unités se sont engagés dans la démarche participative proposée par les chercheurs.

3.1.2 L'espace de discussion : une liberté d'expression restreinte

Le mode de fonctionnement participatif a été explicité par les chercheurs lors de la première rencontre du GI. Ils ont mentionné aux membres du GI qu'il s'agissait d'un groupe de parole en partenariat basé sur la libre expression. Toutefois, au cours des entrevues, une représentante des soignants s'est dite préoccupée par la liberté d'expression. La présence du supérieur

hiérarchique, notamment du chef d'équipe, a laissé place à une certaine réserve dans l'expression des problèmes vécus par les représentants des soignants.

Les résultats d'une évaluation antérieure basée sur des entrevues individuelles ont également montré que les soignants d'une unité craignaient, lors de la consultation par leur représentant, de parler de certains problèmes, notamment de ceux liés à une situation de harcèlement, par peur de représailles. En fait, rien ne garantissait la confidentialité de leurs propos. Une représentante fait remarquer qu'il serait important de considérer qu'un soignant peut être en conflit avec son supérieur et qu'il faut se préoccuper de ce phénomène.

Par ailleurs, les problèmes identifiés par les soignants de chacune des unités se sont en partie avérés différents d'une unité à l'autre. Certaines unités avaient des problèmes très spécifiques à leur pratique. Or, le partage de l'espace de parole avec les autres unités n'a pas laissé de temps pour approfondir les problèmes spécifiques à chacune des unités. Des membres du GI ont eu l'impression que la démarche les faisait glisser sur des problèmes qu'ils jugeaient secondaires alors que l'essentiel n'était pas abordé.

« Cela a noyé certains problèmes sur mon étage, c'est sûr. Pas juste assez d'espace, mais pas assez de possibilités d'en discuter, parce que la place, il faut l'accorder à quelqu'un d'autre un moment donné. Les problèmes sont différents, on l'a dit tantôt d'une unité à l'autre. C'est sûr qu'il y a des questions de coûts là-dedans quand on libère des gens pour faire des rencontres...alors on va regrouper tout le monde ensemble puis on va sauver du temps comme ça». (chef d'unité)

3.1.3 Le rôle du GI dans le processus d'identification des contraintes : une source d'ambiguïté

À la lumière du cadre théorique présenté par les chercheurs lors de la première réunion du GI et définissant les quatre grandes contraintes psychosociales associées de la détresse psychologique, les membres, regroupés en deux sous-groupes de six personnes, ont été invités à identifier les contraintes de travail sur les unités ciblées et à proposer des pistes de solutions. Au cours de cette activité, plus d'une dizaine de contraintes ont été identifiées et des pistes de solutions ont été proposées.

Après cet exercice, les représentants des infirmières, préposés et commis ont été invités à rencontrer leurs collègues de travail afin de recueillir les commentaires et suggestions de la base. À cette fin, les représentants des soignants ont été libérés l'équivalent d'une demi-journée pour rencontrer leurs collègues des trois quarts de travail. Toutefois, cette tâche ne leur était pas spécifique; ce rôle avait également été confié aux chefs d'unités ainsi qu'aux représentants des syndicats. En effet, tous les membres du GI ont été sollicités et mis à contribution dans le processus d'identification des problèmes et des solutions ainsi que dans le processus de consultation de la base.

Ainsi, les membres du GI tenaient un double rôle dans la démarche d'identification des problèmes. D'une part, ils participaient à l'identification des problèmes à partir de leur propre expérience et d'autre part, ils agissaient à titre de représentants de la base en étant aussi mandatés pour recueillir la perception de la base. Ce double rôle a créé une certaine confusion dans le processus d'identification des problèmes et des solutions. De fait, toutes les contraintes rapportées ont été énumérées sans égard à leur source. Les contraintes et les solutions identifiées par les soignants ont été, en quelque sorte, noyées dans l'ensemble des contraintes rapportées par les membres du GI en tant qu'acteurs engagés eux-mêmes dans le processus d'identification des problèmes. Or, dans une approche participative, il importe de s'assurer que les acteurs visés par la démarche soient au cœur du processus d'identification des problèmes.

Selon un des chefs d'unité rencontrés en entrevue, les contraintes mentionnées par les représentants des soignants ont été privilégiées par les chercheurs au détriment des contraintes qu'ils rapportaient à la suite de sa consultation comme si, lorsqu'un représentant des soignants parlait, sa parole reflétait d'emblée celle de la base.

3.2 L'identification des contraintes et des solutions

3.2.1 Des pratiques diverses dans un contexte difficile

En plus d'avoir différentes personnes mandatées pour consulter la base, différentes façons de consulter ont été utilisées. Certains membres du GI ont centré leurs actions sur la diffusion d'information. D'autres ont consulté quelques collègues sur une base individuelle et ont affiché les comptes rendus. Le fait que le personnel n'était pas libéré pour participer à la démarche est

venu restreindre considérablement le processus de consultation. Dans certains cas, une feuille permettant de recueillir les contraintes a été laissée dans la salle de réunion des soignants. Chez les préposés, des rencontres de groupe ont été organisées pour discuter des contraintes et recueillir les commentaires. Dans une unité, le chef d'équipe a également organisé des discussions de groupe. Ces modes de consultation inégaux ont généré une liste de contraintes de force et de valeur inégales.

À ce sujet, le rôle exercé par une représentante des infirmières se résumait à informer les soignants de l'état d'avancement de la démarche et à leur présenter les solutions envisagées. Elle se voyait comme le lien entre le personnel de son département et le GI. Cette façon de faire n'est pas sans effets sur la prise en charge de la démarche et l'appropriation des résultats. Les soignants de cette unité ont été informés de la démarche et sont restés passifs dans l'identification des problèmes et la recherche de solutions.

Dans certaines unités, une feuille de papier permettant de recueillir les contraintes a été laissée dans la salle de réunion afin que chacun puisse y inscrire les irritants qu'il rencontrait dans son travail : *« Il y avait des questions de posées, on notait les améliorations qu'on voulait voir, pour diminuer les irritants »*. Cependant, les infirmières interrogées ont eu peine à se rappeler les irritants qu'elles ont identifiés. Certaines croyaient que le questionnaire visait les problèmes d'ordre psychologique et que la consultation sur les irritants s'adressait aux problèmes d'ordre physique : *« Le questionnaire, c'était plus psychologique, pis les irritants, c'étaient les problèmes physiques »*.

Pour les infirmières, le contexte de surcharge de travail, l'absence de libération du personnel soignant et la délégation du rôle de consultant à des représentants des soignants ont permis de faire seulement une consultation rapide, parfois en groupe, sur le quart de jour, à l'exception d'une unité où la chef d'unité a pris le temps de consulter tout son personnel. Une représentante des infirmières mentionne qu'il n'était pas évident de consulter le personnel dans un contexte de surcharge où sur une unité, deux équipes de travail avaient été jumelées. Ce contexte défavorable laissait peu de place à la discussion.

« Il faut qu'on s'entraide, faut qu'on se parle, faut se voir, mais se voir c'est pas facile avec toutes les surcharges de travail, le travail à faire, les préposés ont

leurs choses, les infirmières, chacun est pris dans son travail, puis c'est essayer de rejoindre ces gens-là, quand tu veux structurer des choses, c'est sûr, il faut que tu condenses à quelque part, si tu veux faire une rencontre en après-midi pour justement se parler sur les heures de travail, bien là tu comprimes ailleurs, tu surcharges ailleurs parce que si tu prends une heure de rencontre, ta tâche a disparaît pas, faut que tu la donnes à quelqu'un». (représentant des soignants)

Dans une équipe de jour, les infirmières d'une unité se souviennent de s'être rencontrées pour tenter d'identifier les problèmes et leurs solutions en dehors des heures de travail. Le rythme de travail effréné auquel elles étaient soumises leur laissait peu de temps pour discuter des problèmes : « *Comment voulez-vous qu'on se rencontre sur les heures de travail quand on a même pas le temps pour dîner?* ». Cette demande d'investissement de temps en dehors de leurs heures de travail semble avoir créé beaucoup d'insatisfaction : « *Il faut toujours donner de notre temps, encore ce midi, il faut donner de notre temps. On fait du supplémentaire régulièrement pis on est pas payé* ». Mais en dépit de ces exigences, les infirmières se sont investies dans la démarche. Elles se sont rencontrées à plusieurs reprises.

De son côté, le représentant des préposés a effectué des rencontres avec ses collègues des trois unités concernées. Il a également fait quelques consultations individuelles avec certains préposés. Il s'est servi du modèle théorique proposé par les chercheurs comme point d'appui à l'identification des contraintes. Toutefois, la plupart des préposés que nous avons rencontrés lors des entrevues de groupe se souviennent vaguement quand et comment ils ont été consultés. Certains se rappellent qu'un de leurs collègues participait à un projet d'intervention, sans plus. Quelques-uns n'ont jamais même entendu parler du projet. Un préposé se souvient clairement d'avoir été consulté individuellement sur les contraintes de travail. Certains se souviennent d'avoir été sollicités dans un contexte où ils étaient débordés de travail et n'étaient pas libérés pour traiter de ce sujet. Un préposé se souvient d'une réunion où une représentante des infirmières lisait les comptes rendus du GI et prenait en note ce que les préposés avaient à dire. Le fait que les acteurs se souviennent peu de leur participation et des contraintes qu'ils ont soulignées peut s'expliquer par les effets d'un biais de rappel puisqu'ils ont été interviewés plus de deux ans après la période de consultation initiale. Cependant, une faible participation à la démarche liée à un manque de standardisation du processus de consultation peut également expliquer la difficulté à se rappeler ce qui a été fait et ce qui a été dit.

Pour ce qui est des commis rencontrées en entrevue, elles sont arrivées sur les unités ciblées par la démarche d'intervention plusieurs mois après le début du projet. Une commis n'a pas été mise au courant du projet de recherche à son arrivée sur l'unité et elle demandait comment le projet fonctionnait. Les commis disent n'avoir jamais été consultées par la représentante des commis ou avoir participé à des réunions où les irritants étaient discutés. Le fait d'être sollicitées pour participer aux entrevues d'évaluation constituait la première fois où elles participaient à la démarche d'intervention.

« Moi, c'est la première année que je suis invitée à ça (la démarche d'intervention), parce que moi avant, avant que mon chef d'unité parte là, a m'a jamais parlé de ça. J'ai jamais été concernée dans ça, consultée rien de ça ». (commis)

Cependant, une commis se souvenait d'avoir participé à une rencontre où les chercheurs ont présenté ce qui s'était fait dans le cadre de ce projet et elle a retenu de cette rencontre que le projet avait permis de faire l'achat de matériel comme les chaises roulantes. Les comptes rendus des rencontres du GI étaient affichés mais elles ne les ont pas consultés croyant qu'ils s'adressaient uniquement aux infirmières.

3.2.2 Une opportunité pour répondre à des besoins matériels

Le projet semble avoir donné la possibilité de faire des demandes matérielles, comme si une opportunité s'ouvrait après plusieurs années de grandes restrictions : *« On avait une ouverture, on avait la permission ». « Le projet a permis d'acquérir bien des choses, ça donné un bon coup de pouce ». « On a eu des chaises, c'est beaucoup plus confortable ». Le personnel s'est fait dire : « Si vous avez des demandes, faites-les ».*

Ces demandes ont produit un glissement des objectifs qui visait l'identification des contraintes psychosociales, vers des demandes d'équipement et de matériel. En effet, les représentants et les chefs d'unités ont rapporté au GI les besoins des soignants qui ont profité de cette tribune pour présenter différentes demandes, dont des demandes matérielles.

« Il s'est produit un drôle de phénomène dans cet exercice là. C'est qu'au départ, l'objectif était de réduire la détresse psychologique des individus qui travaillent en soins. Donc, a priori, pis je pense que les chercheurs, eux-mêmes,

ont été surpris, c'est qu'a priori, eux autres ont dit probablement qu'on va devoir travailler sur la latitude décisionnelle, essayons d'augmenter la latitude décisionnelle, essayons d'augmenter la reconnaissance. Ils pensaient pas eux autres de se retrouver dans la quincaillerie, ils pensaient pas de se retrouver dans une situation où on allait parler de chaises pour s'asseoir pis de chaises roulantes qui manquent, pis de portes qui ferment mal ». (représentant des soignants)

Une des explications amenées pour expliquer l'affluence de demandes matérielles est que les soignants ont confondu la démarche d'intervention avec un autre projet en cours et très publicisé dans le milieu de travail, qui a mis l'emphasis sur la rénovation des lieux physiques de travail.

Les soignants justifient aussi ces demandes matérielles par le fait que leurs besoins n'ont pas été comblés par les années passées, malgré plusieurs demandes, et dont la carence les empêchait de travailler efficacement. Ce besoin primaire devait être comblé avant de discuter des problèmes liés à l'organisation du travail. Le GI est devenu un lieu pour régler des problèmes de matériels et d'équipements.

« Vous êtes-vous promené dans l'établissement, dans la plupart des établissements? C'est vraiment étonnant de voir la pauvreté du mobilier et de l'ajustement des postes de travail, parce que là, à quelque part, ce rendez-vous là que les établissements ont avec ça, y étaient tellement atteint là, on était tellement rendu là là, que il y a pratiquement pas aucun débat qui peut se faire sur le travail, l'organisation du travail, sans que cet aspect là finisse par apparaître ». (représentant des soignants)

Une participante a expliqué le lien entre les besoins matériels et la détresse psychologique. La surcharge de travail vient exacerber ce problème. Aussi, le GI a été contraint, en quelque sorte, de traiter ces demandes, s'il voulait se pencher sur les causes importantes de la détresse psychologique.

« Un moment donné, on a une charge de travail à remplir, on a un laps de temps pour la faire, on manque de temps. Quand on est mal équipé, ça prend encore plus de temps. Alors c'est ce qui amène des tensions, pis des conflits, on a l'impression qu'on a mal faite notre job, on n'a pas le temps de finir, on est surchargé. Quand on n'a pas le matériel qu'il faut pour la faire, ça augmente la tension ». (représentant des soignants)

Malgré tous les besoins matériels exprimés par les soignants, tous s'entendent pour dire que la détresse psychologique n'est pas due au manque de matériel mais touche plutôt les relations entre les individus et la surcharge de travail.

3.2.3 Le désengagement des soignants dans la recherche de solutions

Les soignants membres du GI ont constaté le peu d'investissement du personnel soignant de leurs unités dans la recherche de solutions. Ils ont noté un désintéressement au projet, une diminution de la participation aux réunions où étaient présentés les comptes rendus. Il semble que certains soignants aient été déçus de l'importance accordée aux demandes matérielles. Une infirmière se souvient que leur représentante était « *frustrée* » par la démarche. Elle avait l'impression que la démarche de consultation sur les irritants menait essentiellement à l'identification de problèmes physiques : « *Nos problèmes n'étaient pas que des irritants physiques* ».

« Il y a eu un effet, un moment donné, les gens n'y croyaient plus, ils ont tout fait ça pour rien finalement. C'est là qu'on peut expliquer le retrait, les gens avaient moins d'intérêt à se présenter aux réunions, à s'impliquer, à faire des choses ».(chef d'unité)

Certains expliquent le désengagement des soignants, d'une part, par le fait que les solutions ne sont pas évidentes étant donné la complexité des problèmes et, d'autre part, par le contexte actuel étant donné que les soignants n'ont pas de moments pour se réunir, pour en discuter.

« Il n'y a pas de solutions évidentes. Il y a pas beaucoup de mouvements qui font en sorte qu'un moment donné, on va s'en sortir là... On a des idées, mais quand tu viens pour mettre ça en pratique, c'est pas évident... Se parler davantage, former des équipes de travail, essayer de structurer l'organisation du travail parce que la détresse psychologique, c'est ça à quelque part, il faut qu'on se tienne, faut qu'on s'entraide, faut qu'on s'en parle. Faut voir, mais se voir c'est pas facile avec toutes les surcharges de travail ». (représentant des soignants)

Des infirmières se souviennent d'avoir été invitées à rechercher des solutions et elles ont vivement réagi à cette demande. Elles ont eu l'impression que tous les problèmes qu'elles avaient identifiés leur retombaient sur les épaules : « *C'est toujours nous autres qui faut qui trouve les solutions* ». « *Les gens s'attendaient beaucoup à avoir des suggestions* ».

Le manque de participation à l'identification des solutions est ainsi expliqué, en partie, par la surcharge de travail qui ne laisse pas le temps aux soignants de se parler, de se consulter sur des solutions possibles. Par ailleurs, les soignants ne croient plus que quelque chose va être fait pour améliorer leurs conditions de travail. Ils n'en sont pas à leur première déception et hésitent à s'investir dans un autre projet. Ils subissent toujours les contrecoups d'un contexte où il faut réduire les coûts et faire avec peu.

3.2.4 Une course à obstacle pour régler des problèmes complexes

Lors de la première réunion du GI, deux groupes de travail ont, en près d'une heure, identifié une première liste de contraintes. Une semaine plus tard, la consultation dans le milieu avait eu lieu et près d'une soixantaine de contraintes faisaient désormais partie de la liste. Le fait que de nombreuses contraintes aient été traitées dans un court laps de temps n'a pas permis de les discuter, de bien les comprendre et de les arbitrer. Aussi, certains soignants ne se reconnaissaient pas dans les problèmes identifiés. Pour certains, la liste était tellement longue, que les vrais problèmes étaient noyés.

Certains membres du GI se sont retrouvés en désaccord avec certains problèmes et solutions identifiés : *« Des réunions, moi pour parler à mon personnel, j'ai pas eu besoin d'une recherche pour me dire, il faut le faire »(chef d'unité)*. Des solutions ont été proposées au GI et se sont avérées inadéquates. La contrainte n'était pas analysée, pas précisée pour chacune des unités, ainsi que la solution à appliquer. De plus, il semble qu'il n'y ait pas eu assez d'espace, de temps au sein du GI pour discuter de la pertinence de certaines solutions proposées et pour tenir compte des façons de faire et du savoir des gens concernés.

« Il y a toute leur organisation du travail, aux médecins, qui fait que ça crée des problèmes, leur façon de traiter, leurs objectifs de traitement, la façon dont certains médecins dans l'hôpital, en général, je vais sortir de mon équipe, parlent aux infirmières. On nous a demandé au GI d'écrire des lettres aux médecins, ben moi, je ne suis pas à l'aise avec ça, demander aux docteurs de l'hôpital, de dire pourriez-vous mettre des gants blancs pour parler aux infirmières...Des fois, ils nous proposaient (les chercheurs) des choses. Ils ne s'imposaient pas nécessairement. À la fin, on insistait, bien excusez-moi, mais ils revenaient à la charge pour dire la lettre a toujours pas été écrite aux médecins, ça toujours pas été fait, tu sais un moment donné, j'ai senti qu'ils mettaient de la pression à quelque part...Moi, le problème que j'ai avec les

professionnels avec qui je travaille, je les gère déjà, si un médecin manque de respect envers mon personnel, il est rencontré. Je suis capable de le faire. Je le faisais. Certaines solutions n'étaient pas adéquates. Les problèmes, je les gère déjà... C'est un peu dans ce sens là que je disais tantôt au début de la rencontre, les problèmes sont similaires mais est-ce que les moyens pour les régler seront les mêmes? ». (chef d'unité)

Des solutions ont été proposées par les membres du GI. Dans certains cas, ces solutions ont été rapportées à partir de ce qui se faisait dans d'autres unités ou dans des milieux semblables. Les désaccords au sein du GI n'ont pu faire l'objet de discussions. Le temps pressait et les débats n'ont pas eu lieu. Très rapidement des solutions ont été identifiées et des priorités d'action ont été fixées. Les chercheurs voulaient des solutions rapidement applicables de façon à produire des effets positifs sur les unités ciblées. Des soignants membres du GI sentaient une pression, l'urgence de mettre rapidement des solutions en place, alors que les changements dans ces milieux, dont l'organisation est complexe, ne peuvent être apportés sans avoir regardé les impacts de ces changements sur les autres éléments de l'organisation. Pour ce faire, il faut du temps.

« Dans nos organisations, faut pas penser qu'on fait les choses en un, deux, six mois, c'est un an, deux ans là, c'est compliqué un hôpital. Tu touches à un affaire et ça a un impact sur quelqu'un ou un autre environnement, juste faire agrandir des portes... ». (chef d'unité)

En bout de piste, la recherche de solutions est devenue le mandat des chefs d'unités qui se sont sentis seuls, écrasés devant l'ampleur de la tâche.

« C'est devenu d'une lourdeur incroyable, je me dis mon Dieu gérer tout ça, essayer de trouver des solutions à tout ça, c'est comme nous faire porter la barque sur nos épaules, c'était décourageant. Même le personnel, quand on disait vous pouvez consulter la liste des contraintes qu'on a identifiées, ils disaient bien voyons donc, il y en a bien trop, on a pas le temps de lire ça, c'est bien trop gros, c'est décourageant ». (chef d'unité)

3.3 Les retombées de la démarche d'intervention

3.3.1 Des réactions positives

Des infirmières identifient quelques retombées positives de la démarche d'intervention. Les principaux gains sont au niveau du matériel. Le projet a permis de débloquer un peu d'argent afin d'améliorer leurs conditions de travail, notamment d'avoir des chaises ergonomiques, d'avoir un lève-patient. La démarche a permis aux infirmières de demander des choses qu'elles n'auraient pas demandées en temps normal. Toutefois, certaines infirmières avaient peine à cibler les gains qui résultaient de la démarche d'intervention de ceux qui venaient d'un autre type de démarche. Notons que des démarches parallèles d'intervention ont eu lieu dans certains autres départements de l'hôpital.

Pour certaines infirmières, le projet d'intervention a permis d'avoir de l'écoute plus haut. Certaines de leurs demandes ont été entendues, demandes qu'elles exprimaient depuis plusieurs années. Ainsi, au-delà des gains matériels, les infirmières d'une unité ont bénéficié d'une reconnaissance de leur travail spécialisé. Cette reconnaissance a eu des impacts sur le ratio du personnel et d'une certaine façon, semble avoir aidé l'unité à protéger certains postes de coupures. Aussi, le projet a été une opportunité pour recevoir certaines choses. Dans une unité (oncologie), elles ont obtenu un meilleur soutien, notamment pour le personnel de fin de semaine : « *Le projet a servi à ça. Il y a eu un psycho-oncologue qui est devenu de garde les fins de semaine* ». Des services d'aide psychologique ont été développés pour aider les soignants à traverser l'épreuve du décès d'un patient. Bien que très apprécié, ce type d'intervention a essentiellement mené à des stratégies d'adaptation individuelle. En fait, le plus gros moyen de défense des infirmières est qu'elles se parlent beaucoup : « *Les infirmières se sont toujours parlé. Une et l'autre se ramassent* ». En général, elles arrivent à s'en sortir par le soutien qu'elles s'apportent les unes aux autres. Aussi, peu d'interventions ont été faites à la source du problème et il reste encore beaucoup à faire. Pour les infirmières de cette unité, le gros des problèmes reste encore présent. Les relations difficiles avec les médecins ne sont pas faciles à régler et il n'y a pas de solution miracle. Les infirmières doivent conjuguer avec des approches très différentes d'un médecin à l'autre dépendamment des pratiques en soins

palliatifs et des philosophies de chacun : « *La philosophie de chacun, c'est pas facile à changer* ».

Des gains ont également été perçus dans les relations avec les préposés : « *Le projet a permis d'apporter des solutions aux problèmes des préposés* ». La démarche a permis aux infirmières de prendre connaissance de l'insatisfaction des préposés. Certaines d'entre elles ont modifié leur comportement, tenté d'être plus respectueuses dans leurs demandes et fait un effort pour collaborer au travail des préposés en situation de surcharge.

Un préposé a démontré une certaine satisfaction d'avoir obtenu de l'équipement pour travailler plus efficacement dans le cadre de la démarche d'intervention. Il peut apprécier à sa juste valeur ces améliorations parce qu'il travaille dans une unité où le personnel est suffisant pour la charge de travail et où l'entraide, la collaboration entre préposés et infirmières, est présente. De plus, une unité a obtenu l'ajout d'une ressource pour le transport des bénéficiaires, ce qui est considéré comme une mesure pouvant aider à réduire la charge des préposés.

« Le projet de recherche a aidé....Tu dis que c'est plus ou moins important, c'est vrai que c'est pas ce qui est principal sauf avoir du matériel adéquat, ça te donne une économie de temps et tu te plains que tu manques de temps. Si ça te permet d'aller chercher un peu de temps, c'est déjà ça de gagné, mais c'est sûr que c'est pas la principale cause...Nous autres on avait en partant le personnel nécessaire pour bien fonctionner, il restait juste comme de s'ajuster pis d'optimiser tout ça pour que les gens soient satisfaits ». (préposé)

La collaboration entre les infirmières et les préposés de cette unité est en partie attribuée au projet de recherche parce que les infirmières ont été sensibilisées, mais en même temps, les préposés se demandent si cette ouverture à la collaboration des infirmières n'était pas présente avant le projet. Cette unité a la réputation d'être une des unités où il est le plus agréable de travailler dans l'hôpital parce qu'il y a un esprit d'équipe expliqué par le fait que l'unité a « *le personnel qui est nécessaire pour abattre le fardeau de tâches* ». (préposé)

3.3.2 Les déceptions

Certains préposés attendaient beaucoup de ce projet; ils le voyaient comme un endroit où ils seraient écoutés. Cependant, ils ont vu rapidement que ce serait difficile d'améliorer le travail

d'équipe, la collaboration avec les infirmières parce qu'elles n'avaient pas l'ouverture nécessaire, elles ne voulaient pas participer.

« C'était comme une porte de salut mais il y en a qui ont pas voulu embarquer, il y en a qui étaient complètement fermées, absolument rien savoir de la recherche là. Les infirmières qui sont encore là, y veulent rien, absolument rien savoir ». (préposé)

En effet, la collaboration avec les infirmières est restée difficile. Dans deux unités, des préposés, en collaboration avec les infirmières, ont participé aux tournées dans les chambres des patients. Cette nouvelle pratique se voulait un moyen d'améliorer le travail d'équipe. Toutefois, cette mesure ainsi que d'autres (distribution des cabarets, répondre aux cloches) n'ont pas tenu la route, après deux ou trois journées d'essai. Les infirmières ne voulaient pas s'y engager. Or, les préposés comptaient sur cette mesure pour alléger leur travail, mais ils ont remarqué rapidement le désengagement de certaines infirmière. Les relations de travail sont toujours aussi difficiles. Un préposé explique qu'il faut ramener l'esprit d'équipe avant de penser à la collaboration.

« On pensait notre tournée de l'après-midi ça aiderait à rapprocher les gens...pis ça pas eu l'effet comme on s'attendait, on est encore comme chiens et chats, par moment, on fait des tournées des fois, on s'entend bien avec certaines infirmières mais il y en a d'autres fois, d'autres...c'est toujours les mêmes ». (préposé)

Dans le cadre de le courant de la démarche d'intervention, une réorganisation de la brancarderie a été implantée. et avait comme objectif de redonner du temps aux préposés des unités. Toutefois, la mesure, telle qu'elle a été gérée par l'administration, a entraîné la coupure d'un poste de préposé sur une unité. De l'avis de tous, elle a généré plus de problèmes qu'elle en a réglés.

Par ailleurs, si le projet a permis d'accéder à du matériel, ces gains n'ont pas été reçus de la même façon par toutes les infirmières. Dans certaines unités, les infirmières se sont dites particulièrement déçues par ces gains matériels : *« On a eu des chaises mais on a même pas le temps de s'asseoir dessus »*. Elles ont l'impression que les vrais problèmes, les problèmes de base, ceux qui affectent la charge de travail et génèrent du stress, n'ont pas été réglés.

« Ils savent notre détresse. J'étais contente qu'il y ait quelqu'un de sensible à notre détresse. Mais eux autres, ça leur a fait des papiers de plus pour décrire notre détresse mais ils ont pas plus répondu à nos attentes ». (infirmière)

Pour les infirmières de certaines unités, le cœur du problème n'est pas avec les préposés, ni avec les médecins, mais bien avec la charge de travail. Ce dont elles ont besoin, c'est une infirmière de plus, un préposé de plus.

« L'affaire qu'on veut, ils veulent pas nous la donner. Ils nous ont donné un bonbon, mais l'affaire qu'on voulait, ils ne nous l'ont pas donnée. Dans les irritants, il y avait les cloches. Pourquoi il y avait les cloches, c'est parce qu'on est en surcharge. Toutes les petites affaires qui nous ont données, c'était comme pour nous endormir ». (infirmière)

Aussi, certaines infirmières sortent très amères de la démarche d'intervention. Elles ont l'impression que le GI a écouté leurs doléances, mais aucun poste n'a été créé : *« Ils les ont reçues nos doléances, mais c'est pas eux autres qui vont les créer les postes. Suite à ça ont a eu des bonbons, mais les vrais problèmes sont pas réglés ».*

Dans le même sens, les préposés se sont dits déçus que le projet n'ait pas réglé les problèmes qu'ils considèrent les plus importants, soit la surcharge de travail et le manque de collaboration entre préposés et infirmières. Ils se sont prêtés au jeu, ils ont donné leurs idées, mais le milieu n'a pas bougé suffisamment. Pour eux, le fait que le projet soit venu combler quelques besoins matériels n'a pas aidé à diminuer la détresse parce qu'ils n'en sont pas la cause. De plus, au moment des entrevues, ils travaillaient toujours dans un contexte où il est question de coupures de poste et de matériel, ce qui vient augmenter la détresse au lieu de la réduire.

À l'évidence pour eux, l'achat d'équipement, la réorganisation de la brancarderie, l'amélioration du travail d'équipe ne peuvent que sauver quelques minutes de travail et ne réduisent pas suffisamment le fardeau de travail. L'amélioration de la gestion de l'unité a ses limites et ne peut elle-même réduire suffisamment la surcharge de travail : *« Le besoin criant, le problème, c'est qu'il manque du personnel. Les gens sont fatigués, les gens sont brûlés autant au niveau des infirmières que des préposés. » (préposé)*

3.4 La prise en charge de la démarche

3.4.1 *Un suivi fragile*

Outre l'identification de contraintes du travail et la recherche de pistes de solutions aux contraintes identifiées, les rencontres du GI avaient pour but de permettre aux membres de découvrir un espace communicationnel leur donnant l'opportunité de s'approprier une démarche participative visant la résolution de problèmes, démarche pouvant être exportée et mise en œuvre dans les autres unités sans la présence des chercheurs.

On note une certaine appropriation de la démarche au sein d'une unité qui a permis aux soignants de parler, de discuter des problèmes de leur unité et parfois, de trouver des solutions : « *Moi je pense qu'on le fait, je pense que l'on se l'est appropriée malgré la déception que j'ai eue et mon personnel aussi* » (chef d'équipe). Ce type de rencontres se faisait avant la transformation du réseau et constitue une voie intéressante à garder pour réduire la détresse psychologique. Les chefs et les représentantes désirent qu'elles puissent continuer.

« Nous, dans le cadre de rencontres d'équipes, on a désamorcé des crises, on a, en tout cas, je me suis investie, les équipes se sont investies, se sont impliquées, on a désamorcé des crises et à se parler, à se dire les choses. Alors, c'est peut-être ça que les gens, on est encore beaucoup centré sur le matériel, peut-être parce qu'il nous en manque encore beaucoup, les besoins sont grands, sont énormes mais c'est un fait que le volet de discussion, de rencontres, de se dire les choses ». (chef d'équipe)

Dans l'unité où la collaboration entre préposés et infirmières est présente, des rencontres se sont faites pour discuter des contraintes et de solutions sur tous les quarts de travail. Cependant, un préposé fait remarquer que ces rencontres se sont espacées dernièrement, sur le quart de jour. Les préposés soulignent qu'il y avait un bon esprit d'équipe et d'entraide sur cette unité avant la démarche d'intervention. Ils jugent que l'esprit d'équipe et la collaboration restent fragiles et les rencontres sont toujours nécessaires. Le mouvement de personnel est assez important et la vigilance est requise.

Sur une autre unité, il ne se fait plus de rencontres depuis longtemps, selon leurs dires. Les préposés mentionnent par ailleurs, que leur chef d'unité n'est pas très réceptif à leurs demandes

et est plus enclin à répondre à celles des infirmières. Ils ne se sentent pas appréciés. Selon les préposés, l'ouverture du chef d'unité à écouter les préposés et à considérer leurs besoins, à fournir un surplus de préposés au moment opportun, a un rôle à jouer dans l'établissement d'un bon climat de travail.

Enfin, dans la dernière unité, des rencontres ont commencé une semaine avant les entrevues d'évaluation. Elles se sont avérées nécessaires parce que les infirmières trouvaient qu'elles avaient peu de collaboration des préposés et inversement, les préposés disaient qu'ils n'avaient pas de collaboration des infirmières. Les préposés fondent beaucoup d'espoir sur cette approche. Ils sentent une bonne écoute de la part de leur chef d'unité. Les préposés observent aussi que le comportement des infirmières a changé dernièrement à la suite de l'intervention de leur chef d'unité. Mais est-ce que ces changements vont perdurer?

« On sent qu'il s'est passé quelque chose. Les infirmières viennent nous aider pour les cabarets, passer les cabarets pis les ramasser...on voit qu'ils le font un petit peu...on les sent drôle...ils le font un petit peu à contrecœur ». (préposé)

Par ailleurs, les mesures à prendre pour régler certains problèmes ne relèvent pas de l'unité et la chef d'unité doit utiliser la voie hiérarchique de l'organisation pour acheminer les demandes sans grands espoirs que l'unité ait des réponses satisfaisantes. Il y a tellement de paliers que les choses tombent dans l'oubli, selon leurs dires.

« J'ai identifié différemment mes réunions. Maintenant, quand ils voient apparaître un avis de convocation, réunion de personnel, ils savent ce que ça veut dire. On va gérer nos problèmes internes. Quand il y a de grands problèmes avec des solutions qui dépassent mes responsabilités, c'est dit, expliqué. Je reçois votre demande, mais c'est au niveau de la direction que ça peut se régler ». (chef d'équipe)

La prise en charge est difficile à faire vivre actuellement au sein des unités. Les soignants s'impliquent peu, rien ne se fait sans le chef d'unité qui doit tout orchestrer pour que ce soit possible. Les rencontres s'espacent parce que la surcharge de travail ne laisse plus le temps de les faire. Il n'y a pas de place formelle pour les réunions, ni de libération pour ce faire, ce qui met en péril la prise en charge sur l'unité. Les soignants ne peuvent dans les faits se parler, se réunir, en venir à un consensus sur les heures de travail. Aussi, ils n'ont pas beaucoup d'espoir

que cette démarche puisse continuer. Ils ont besoin de réunions formelles, de temps, de libération pour conserver ce mécanisme.

« Ça stagne un peu. Chez nous en tout cas, on le sait qu'il y a des rencontres à faire, on sait qu'il faut s'en parler, sauf qu'il y a rien. Ça prend quelqu'un de responsable qui va l'assumer cette rencontre là, la préparer aussi. On peut pas juste dire on s'assoit après-midi là. Ben, qu'est-ce qu'on se dit, il faut structurer ces choses là, ça demande du temps, il faut observer, il faut questionner, faut aller voir ».(représentant)

3.4.2 Sans les chercheurs, point de salut

Le GI n'est plus fonctionnel. Les membres du GI ne savent pas s'il y aura d'autres rencontres. Maintenant, si les chefs avaient des demandes à faire pour améliorer l'organisation du travail, ils devraient prendre la voie habituelle de l'établissement, le groupe de recherche n'étant plus là. Beaucoup de contraintes dépassent les responsabilités d'un chef d'unité. Le projet a été intégré dans un autre projet en cours, le forum et ils ne savent pas trop ce qui s'y passe. Beaucoup des irritants soulevés dans le projet de recherche sont restés en amorce et les soignants ne sont pas consultés sur les solutions.

Les membres du GI se sont sentis abandonnés; le projet ne pouvait pas continuer sans l'équipe de recherche. Ils n'étaient pas assez équipés, selon leurs dires, pour continuer. Après le départ de l'équipe de recherche, ce sont les chefs d'unité qui se sont retrouvés avec le mandat d'améliorer la situation sur leur unité et ce, sans ressources humaines et financières supplémentaires. Selon leurs dires, avec le retrait de l'équipe de recherche, ils se sont retrouvés seuls avec *« leur petit bonheur ou leur petit malheur »*.

« Ici, c'est une démarche scientifique. Maintenant, l'impression que j'aie, c'est tout nous revenait, dans le fond, à nous, alors que l'équipe de recherche se dissociait. Peut-être que c'est ça qu'on aurait un peu eu besoin et je me considère très autonome et très responsable, mais un moment, t'es seul.... Il y en a du matériel là-dedans ».(chef d'unité)

Les personnes consultées ne voient pas comment les chercheurs pourraient être remplacés au sein du GI, comment cette structure pourrait perdurer dans l'établissement. Elles avaient même oublié, lors des entrevues, cette possibilité de prise en charge par l'établissement. Sans chercheurs sur le GI, elles se retrouvent seules dans leur unité à faire vivre le projet de

recherche. Selon elles, la poursuite des travaux ne peut se faire sans avoir quelqu'un pour mobiliser les gens, pour les obliger à produire dans le cadre d'un échéancier. Ceux qui initient un projet ne peuvent se retirer tant que la situation l'exige. Un accompagnement est nécessaire.

« Moi je pense que si tu veux donner un élan à un projet, faut que tu sois présent. Plus tu t'informes sur le projet, plus tu t'informes s'il y a un suivi, plus tu démontres un intérêt, plus t'as de chances qu'il y ait des suites... ». (chef d'unité)

4. DISCUSSION

Cette recherche-action est basée sur la participation du milieu à une démarche d'identification des problèmes et de recherche de solutions visant la prévention des problèmes de santé mentale. De façon concrète, le personnel de trois unités a été ciblé pour participer à la démarche d'intervention participative en raison de leur score élevé à l'échelle de détresse et de tension psychologiques. Un groupe d'intervention (GI) composé de chercheurs, de représentants des soignants, des syndicats, de la direction des ressources humaines ainsi que de la direction des soins infirmiers, était mandaté pour identifier les contraintes des unités ciblées, diffuser l'information du contenu des rencontres aux soignants et ramener leurs réactions et commentaires au GI, déterminer les priorités d'intervention, les solutions et leur faisabilité, participer à l'implantation, à la diffusion des changements et à l'évaluation du processus d'implantation.

Dans les faits, le GI a été activement mis à contribution dans la démarche participative afin d'identifier les problèmes et les solutions. Le rôle des soignants des unités ciblées a principalement consisté à recevoir de l'information sur les activités du GI et à participer au processus de consultation lorsqu'ils étaient sollicités. De façon générale, les soignants ciblés par la démarche ont peu participé à la recherche-action et ceux qui se sont investis se sont rapidement retirés de la démarche. Enfin, le GI ne fonctionne pas en l'absence des chercheurs. Aucune réunion n'a eu lieu après le départ des chercheurs; le milieu ne s'est pas approprié la démarche. Par contre, certains chefs d'unités ont pris l'habitude de rencontrer leur équipe, bien que la régularité de ces rencontres demeure fragile en raison des problèmes de surcharge du personnel.

4.1 Les principales faiblesses de l'intervention

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. À ce propos, Lescarbeau (1994 p.49) fait remarquer que lorsque « *le fonctionnement d'une organisation est en cause, les forces en présence ne sont pas habituellement perceptibles par un même acteur. Chacun a sa perception de la situation mais à partir de la position qu'il occupe dans cette organisation* ». Aussi, la participation de tous les acteurs concernés par le problème est prescrite.

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. Selon Barbier (1996), dans une démarche d'intervention participative, il est préférable que le groupe de projet soit composé de personnes volontaires, intéressées et mobilisées par leur détermination à résoudre le problème.

La démarche proposée par les chercheurs était bien considérée au départ par les soignants parce qu'ils se voyaient à même de parler de la situation qu'ils vivaient et d'entrevoir les solutions. Cependant, la conception des chercheurs sur la participation du milieu, de l'identification des problèmes à la recherche de solutions, mettait principalement à profit le groupe d'intervention. La présence des soignants au GI (infirmières, préposés et commis) se voulait un moyen d'assurer la représentation des problèmes vécus par la base. Mayer et coll. (2000, p. 264) demeurent critiques face au rôle de représentant dans la définition des problèmes : « *Cette approche, bien que couramment utilisée, est source de biais en raison de la représentativité non évidente de ces informateurs* ». Dans le même sens, Lescarbeau (1994) considère qu'un problème communiqué directement par ceux qui le vivent est plus précis et mieux situé dans son contexte que lorsqu'il est rapporté par un tiers.

Par ailleurs, le recours à des personnes du milieu pour recueillir les contraintes présente certaines limites. En effet, il s'avère habituellement nécessaire de protéger l'identité des répondants ou de garantir le respect de leur anonymat pour faciliter l'obtention d'une information valide et pertinente. Les personnes consultées peuvent être amenées à censurer certaines informations par craintes de représailles (Lescarbeau, 1994). La stratégie de recueil de données doit favoriser au maximum l'expression et l'émergence de la parole des enquêtés. Sur ce point, un membre du GI s'est dit préoccupé par la liberté d'expression. La présence du supérieur hiérarchique, notamment du chef d'unité, a laissé place à une certaine réserve dans l'expression des problèmes vécus par les représentants des soignants. De fait, la présence d'acteurs de position hiérarchique différente est rarement conseillée dans une démarche d'identification des problèmes (Lescarbeau, 1994, Chambaud et Richard, 1984).

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.

L'exercice d'identification des contraintes, tel qu'il a été réalisé, a produit une liste d'une soixantaine de contraintes de valeur inégale. Les soignants ne se reconnaissaient pas dans cette énumération. Selon Lescarbeau et coll. (2003), une simple synthèse des contraintes sans analyse s'avère généralement insuffisante pour aider un milieu à choisir des pistes d'action. Or, plus les problèmes identifiés ont une signification réelle pour les personnes concernées, plus elles s'investissent dans la démarche et participent à la recherche de solutions (Lescarbeau, 2004). Le fait d'assister à des activités sans y exercer un rôle actif ne constitue pas de la participation.

De façon générale, les soignants ne se sont pas investis dans la recherche de solutions. Les solutions ont été proposées par les membres du GI. Dans certains cas, ces solutions ont été rapportées à partir de ce qui avait été fait dans d'autres unités ou dans des milieux semblables. Sur cette façon de faire, Watzlawick et coll. (1974) mentionnent que les gestionnaires utilisent fréquemment cette stratégie de répliquer ce qui se fait ailleurs parce que cela permet

d'économiser du temps. Mais il arrive parfois qu'en simplifiant l'étape de l'analyse du problème, la solution retenue s'avère impropre.

4.2 Pistes pour améliorer l'intervention et sa prise en charge

Dans cette recherche, ce sont les membres du GI, particulièrement les représentants des soignants, qui ont été à la fois invités à exprimer les contraintes de travail qu'ils percevaient et à recueillir les contraintes auprès des soignants des unités ciblées. Selon Lescarbeau et coll., (2003), la création d'un GI, composé de personnes clés, qui assure un lien entre les chercheurs et la base est une formule grandement privilégiée dans une démarche de recherche participative et plusieurs auteurs en recommandent l'utilisation, notamment pour favoriser la prise en charge d'une démarche par le milieu. Cependant, dans ce contexte, le rôle du GI s'apparenterait plus à celui d'un groupe de chercheurs collectifs; les membres qui y participent n'ont pas à identifier les problèmes à partir de leur propre expérience. Ils agissent comme lien entre le milieu et les chercheurs, et en ce sens, ils ne doivent pas se substituer à la base (Barbier, 1996).

Par ailleurs, la faible participation des personnes concernées semble avoir eu des effets sur l'issue de l'intervention. Plusieurs soignants considéraient que la démarche d'intervention n'avait pas touché les problèmes importants à l'origine de la détresse psychologique. Aussi, l'étape de consultation des acteurs auprès de la base devrait être plus structurée. De fait, la stratégie de cueillette de données exige l'application d'une méthode rigoureuse permettant d'assurer la validité et la crédibilité des données (Barbier, 1996; Goyette et Lessard, 1987; Rhéaume 1982). Devant un problème de santé complexe et délicat tel que la détresse psychologique où les relations entre les acteurs font partie du problème, il faut s'assurer d'une expression libre de la parole sans peur de représailles (LeBortef, 1981). Rappelons également que l'information rapportée par un tiers présente certaines limites. Aussi, il est suggéré que la personne qui recueille ce type de données soit neutre et bien formée à rendre compte de la parole recueillie.

Pour ce qui est de la méthode à utiliser dans ce contexte, Geoffrion (1993) propose la discussion de groupe comme méthode pour étudier des problèmes délicats tels que les problèmes de santé. L'interaction entre les participants crée une dynamique de groupe qui

facilite le débat contrasté sur le thème. Pineault et Daveluy (1986) suggèrent d'utiliser des techniques qui visent à cerner un consensus et la tendance s'oriente vers des techniques utilisant de petits groupes, ce qui favorise la démocratisation du processus de décision et l'implication des individus directement concernés. Gélinas et Gagnon (1983) tiennent compte du fait qu'il existe des visions multiples du monde chez les acteurs; chacun comprend le problème à sa façon et y conçoit ses solutions. En considérant ce phénomène, on comprend qu'il est important d'intégrer à la démarche d'identification des problèmes, où chacun y va de ses idées, une étape d'arbitrage visant à construire une compréhension commune de la réalité. Une vision commune du problème favorise l'émergence de pistes de solutions cohérentes et facilite également l'implantation des mesures retenues. Cette façon de faire assure également une meilleure reconnaissance des interventions lors de leur implantation. De fait, certaines interventions n'ont pas été appréciées par les soignants alors qu'elles avaient bel et bien été demandées par certains membres du personnel.

Par ailleurs, il est difficile de trouver des solutions adéquates lorsque le problème n'est pas bien compris. La synthèse des irritants classifiés sous les quatre variables du cadre théorique permet difficilement de comprendre la situation et les forces en présence. La liste des contraintes ne permet pas d'expliquer un phénomène dans son contexte. Goyette et Lessard-Hébert (1987) mettent en garde les chercheurs sur cette façon de faire qui risque de mener à l'accumulation de données descriptives peu utiles à l'action. En effet, pour que les personnes concernées puissent s'investir et participer réellement au processus, les problèmes identifiés doivent avoir une signification réelle pour elles (Lescarbeau, 1994). Le travail des chercheurs et du groupe d'intervention consiste à interpréter les données compilées de façon à leur donner un sens, en faisant une ou des hypothèses qui devront être validées par le milieu.

Aussi, il importe de faire une validation auprès de la base des hypothèses proposées par les chercheurs, le GI ou le collectif de chercheurs, en utilisant une méthode rigoureuse qui permettra de compléter et d'enrichir les résultats (Morin, 1991-1992; Barbier, 1996). La démarche doit prévoir une étape qui assure un retour systématique auprès des soignants pour justement valider, nuancer et améliorer le portrait de la situation et les forces en présence. Pour les personnes concernées par le problème, le fait de collaborer à l'analyse d'un problème

permet de faire évoluer leurs perceptions de la situation et leur permet d'aborder autrement les éléments qui viennent l'influencer. De plus, cette façon de faire favorise l'émergence des pistes d'action et facilite l'implantation dans le milieu des mesures retenues.

Enfin, concernant la prise en charge, les entrevues réalisées révèlent que les membres du GI se sont sentis abandonnés par les chercheurs. Sur le sujet, Barbier (1996) mentionne qu'une recherche-action est terminée lorsque le problème est réglé, s'il peut l'être, et ce sont les principaux concernés qui doivent prendre cette décision. La démarche n'a pas été reprise dans les autres unités de l'hôpital. Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003) soulignent que c'est la pratique de la participation qui la conditionne ainsi que le soutien que les acteurs ont reçu pour développer les compétences requises pour utiliser de nouvelles méthodes dans leurs activités de gestion. Pour ce faire, il aurait fallu intégrer au sein du GI une personne qui aurait appris le processus d'une démarche d'intervention et qui aurait ainsi pu, par la suite, l'exporter dans une autre unité avec le soutien des chercheurs.

Certains constats de la présente étude arrivent un peu tard pour améliorer la démarche dans cet établissement. Toutefois, ils pourront certainement guider les prochaines interventions. Idéalement, l'évaluation d'une démarche d'intervention devrait s'inscrire en cours de processus soit, à chacune des étapes de la recherche-action. Les premières étapes d'une démarche sont particulièrement importantes à évaluer pour assurer la solidité de la suite. En effet, lorsque les objectifs ne sont pas atteints dès le départ, c'est toute la démarche qui est fragilisée. Une intervention sur le terrain est généralement marquée par de nombreux imprévus pouvant nécessiter une réorientation de l'action. Aussi, l'évaluation en continu permet d'apporter les ajustements nécessaires à la réalisation de l'intervention de façon à mieux assurer l'atteinte des objectifs.

CONCLUSION

Cette étude évalue la prise en charge d'une démarche d'intervention participative visant la réduction des contraintes psychosociales et de la détresse psychologique de soignants d'un hôpital. La méthode d'évaluation tient compte du cadre conceptuel qui a guidé la démarche d'intervention soit une « recherche-action participative », qui favorisait la participation des soignants à l'identification des problèmes vécus et des solutions pour corriger la situation.

L'évaluation a mis en lumière que le rôle d'identification des problèmes et des solutions a été assumé par un groupe d'intervention (GI) composé de représentants des soignants, des syndicats, de la direction et des chefs d'unité. De façon générale, l'ensemble des soignants a peu participé à la démarche d'intervention ce qui semble avoir eu des effets sur la prise en charge de la démarche. La consultation du personnel sur les contraintes qu'il vivait a présenté certaines limites, notamment une consultation par les membres du GI sans technique précise, sans libération du personnel consulté, et sans mesure pour protéger l'anonymat des répondants. Dans le processus d'identification des contraintes psychosociales, on observe un glissement vers des demandes d'équipement et de matériel. Aussi, plusieurs soignants ont eu l'impression que l'intervention n'avait pas touché les problèmes importants qu'ils subissaient toujours, selon leurs dires. Par ailleurs, la démarche d'intervention n'a pas été poursuivie par le milieu de travail lorsque les chercheurs se sont retirés du groupe d'intervention et aucune prise en charge de ce problème par d'autres instances de l'organisation n'a été observée par les soignants.

Une consultation de la littérature concernant la recherche-action participative a permis, dans le cadre de cette évaluation, d'identifier des pistes pour améliorer l'intervention auprès de groupes de travailleurs aux prises avec la détresse psychologique. Ces recommandations portent particulièrement sur les techniques à utiliser, au niveau de la consultation des travailleurs et de l'analyse des données, pour assurer une vision systémique du problème et pour identifier les solutions spécifiques à une organisation.

BIBLIOGRAPHIE

Barbier, R. *La recherche action*, Paris, Anthropos 1996, 109 p.

Bourbonnais, R, et coll. « Travaux du groupe d'intervention visant l'identification des contraintes de l'environnement de travail et des solutions à apporter afin de prévenir les problèmes de santé reliés au travail des soignants », Rapport préliminaire, Groupe de recherche RIPOST, CLSC-CHSLD H-V. des Rivières, 2001, 34 p

Chambaud, L. et Richard, L. « Le projet santé agricole: éléments d'analyse et de réflexion ou les difficultés de l'approche recherche-action dans le réseau de la santé communautaire », Saint-Jean sur Richelieu, Hôpital du Haut-Richelieu, 1984, 49 p.

Chapdelaine, A., Gosselin, P. *Pour rendre la santé communautaire*, Montréal, Boréal, 1984.

Gélinas, A. et Gagnon, C. *Systémique, recherche-action et méthodologie des systèmes souple*, Chicoutimi, GRIR/UQAC, vol. II, no. 1, mars 1983, 16 p.

Geoffrion, P. « Le groupe de discussion » dans B. Gauthier, *Recherche sociale*, 2^e édition, Les Presses de l'Université du Québec, 1993, p311-336.

Goyette, G, et Lessard-Hébert. M. *La recherche action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Québec, Les presses de l'Université du Québec, 1987, 204 p.

Le borterf, G., « La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux », *POUR*, no. 90, p. 36-46.

Lescarbeau, R. *L'enquête feed-back*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 1994, 155 p.

Lescarbeau, R., Payette, M., St-Arnaud, Y. *Profession : consultant*, 4^e édition, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 2003, 333 p.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. Turcotte, D. et collaborateurs. *Méthode de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 2000, 409 p.

Morin, A. *Recherche-action intégrale et participation coopérative*, 2 vol. : Méthodologie et étude de cas, théorie et rédaction du rapport, Montréal, Agence d'Arc, 1991-1992, 222 p. et 201 p.

Pineault, R et Daveluy, C. *La planification de la santé, concepts, méthodes stratégies*, Montréal, Éditions nouvelles, 1995, 480 p.

Potvin, N. « L'évaluation d'un programme en santé communautaire : une question de négociation », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol.5, no1, avril/mai 1990, p. 57-71.

Rhéaume, J. « La recherche-action : un nouveau mode de savoir », *Sociologie et sociétés*, vol. 14, no.1, 1982, p. 43-52.

Watzlawick, P., Weekland, J., Fish, R. *Changements : paradoxe et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1974.