Fragilisation de la santé psychologique des préposés aux bénéficiaires au Québec

Autor(en): **Aubry, François / Bergeron Vachon, Frédérike / St-Hilaire, France**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **75 (2017)**

Heft 1

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-823276

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

FRAGILISATION DE LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES AU QUÉBEC

François Aubry
Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
Francois.aubry@uqo.ca

Frédérike Bergeron Vachon
Assistante de recherche
frederike.bergeron@gmail.com

France St-Hilaire
Faculté d'administration, Université de Sherbrooke
France.St-Hilaire@USherbrooke.ca

Cet article présente les résultats d'une étude réalisée en 2015 dans un Centre intégré de santé et de service sociaux (CIUSSS) du Québec, Canada. L'objectif principal est de mieux comprendre le problème d'absentéisme des préposés aux bénéficiaires pour cause de santé psychologique dans les organisations gériatriques publiques. Nous avons réalisé une étude qualitative composée de 13 entrevues semi-dirigées avec des PAB travaillant en CHSLD ayant vécu une période d'absentéisme. Nos résultats précisent les causes de l'absentéisme propres aux PAB de l'établissement, et mettent de l'avant l'importance fondamentale du soutien social de la part des gestionnaires immédiats dans la prévention des problématiques de santé psychologique et le suivi des PAB lors du retour au travail.

Mots-clés: préposés aux bénéficiaires, absentéisme, santé psychologique, gestionnaire immédiat, prévention, CHSLD.

INTRODUCTION

Les préposées aux bénéficiaires[1] (PAB) travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD[2]) au Québec ont pour mission générale de maintenir l'autonomie des personnes âgées dépendantes (AQESSS, 2014). Intégrées à une équipe de soins composée d'infirmières auxiliaires et d'infirmières (OIIQ, 2014), elles ont à réaliser des actes d'assistance envers les résidents afin d'assurer leur bien-être (soins d'hygiène, aides aux déplace-

1 Équivalent des aides-soignantes, en Europe. Nous féminisons ici le terme de PAB, du fait du grand nombre de femmes exerçant le métier (près de 80 % au Québec, selon Grenier, 2008).

2 Équivalent des Établissement médico-sociaux (EMS) en Suisse Romande.

ments, aux repas, etc.), à l'exclusion de tout acte médical[3].

En raison du vieillissement de la population et du resserrement des critères d'admission des personnes âgées en centre d'hébergement, les besoins des résidents sont de plus en plus importants, se traduisant notamment par une intensification de l'activité des PAB. Actuellement, cette intensification se traduit par une augmentation de la complexité des tâches et de la charge de travail (p. ex.: faire face à des problématiques d'agressivité des résidents, réaliser des manœuvres auprès de personnes disposant de peu d'autonomie), et ce, dans un contexte d'optimisation budgétaire qui ne permet pas aux établissements publics de recruter un plus grand nombre de personnel. Cette situation a deux conséquences directes sur le travail des PAB. La première, clairement énoncée dans les recherches en cours, a trait à l'augmentation de la pénibilité physique et des risques en termes de lésions professionnelles et de troubles musculo-squelettiques (Aubry, 2014). Des données récentes (Bédard, 2012) montrent que les PAB sont les membres professionnels du secteur de la santé et des services sociaux parmi les plus touchés par des lésions professionnelles: 30 % des lésions indemnisées par la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST), en 2009, dans ce secteur, concernent les PAB. La seconde a trait au développement des problématiques de santé psychologique. Des données claires illustrent cette situation, telle que les forts taux d'assurance salaire comptabilisés par les établissements, en lien avec des périodes d'absentéisme du personnel pour des raisons de santé psychologique (MSSS, 2013).

Comment comprendre l'importance actuelle des taux d'absentéisme pour des raisons de santé psychologique des PAB? Nous avons pu documenter ailleurs (Aubry et Couturier, 2013) que les PAB doivent constamment parvenir à gérer la tension entre leur volonté de «prendre soin» des personnes hébergées - qui constitue le fondement de leur identité professionnelle - et leur incapacité à atteindre cet idéal, du fait des contraintes en termes de charge de travail. En ce sens, le métier de PAB est émotionnellement exigeant, non pas seulement parce que la question humaine est au centre de leur pratique, mais parce que les travailleurs doivent composer avec une intensité organisationnelle qui rend complexe la question du «prendre-soin».

L'objectif principal de cet article[4] est d'identifier les facteurs principaux qui peuvent expliquer l'absentéisme pour cause de santé psychologique des PAB. Notre première hypothèse est que cette tension entre l'intensification du travail et le prendre-soin constitue la base de la fragilisation de la santé psychologique. Notre seconde hypothèse est que, dans le contexte actuel d'optimisation des services, l'organisation de travail en CHSLD ne fournit pas aux PAB les moyens de réduire efficacement cette tension, alors que les gestionnaires immédiats (chefs d'unité de vie) pourraient détenir une place centrale dans la prévention des problématiques psychologiques, et le retour au travail des PAB.

Après avoir précisé la méthodologie, nous présentons dans une première partie la problématique générale de l'absentéisme pour des raisons de santé psychologique en nous référant à quelques données bibliographiques issues de la littérature scientifique. Dans une seconde partie, nous présenterons les résultats ainsi que quelques recommandations et stratégies issues de la recherche.

---

3 Sauf dans certains cas très précis, permis par la Loi.

4 Cet article s'appuie sur les résultats d'une étude publié dans un rapport complet en 2015 (Aubry et al., 2015).

MÉTHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude qualitative et exploratoire dans un CIUSSS de la région de Montréal. 13 entrevues semi-dirigées ont été enregistrées avec 13 PAB du CIUSSS ayant vécu des journées d'absentéisme pour des raisons de problèmes de santé psychologique. Concernant les modalités d'échantillonnage et la stratégie de recrutement, les critères d'inclusion furent le fait d'être une PAB employée par le CIUSSS (en temps complet, partiel ou partiel occasionnel), de travailler dans un centre d'hébergement et d'avoir vécu une période d'absentéisme durant les quatre dernières années avant la date de début de l'étude. Le personnel d'agence ne fut pas convié aux entrevues. Concernant les modalités de recrutement, une invitation à participer à l'étude a été diffusée auprès de 89 PAB du CIUSSS ayant vécu une période d'absentéisme pour des raisons de santé psychologique. La participation des PAB à cette étude était volontaire.

Une grille d'entrevue fut construite, composée de quatre thèmes:

1) Description de la période d'absentéisme (p. ex.: durée, problématiques sociales et de santé subies, relation avec l'employeur durant la période d'absentéisme);

2) Investigations des facteurs ayant conduit à l'absentéisme (p. ex. causes familiales et/ou individuelles vécues, causes organisationnelles et/ou professionnelles, soutien social);

3) Identification des facteurs facilitant la prévention de l'absentéisme au travail (rôle de l'encadrement immédiat, personne-ressource, latitude décisionnelle, rôle des autres PAB);

4) Identification des facteurs facilitant la réinsertion au travail après une période d'absentéisme (p. ex. appuis fournis par l'employeur, proposition d'idées de soutien que l'employeur pourrait développer, éléments favorisant l'engagement au travail, latitude).

Les entrevues furent enregistrées sous format audio. Deux professionnelles de recherche ont transcrit l'intégralité des entrevues, en anonymisant chacune des entrevues pour éviter les risques de reconnaissance des propos. De plus, elles ont réalisé le codage et l'analyse des données. La stratégie d'analyse privilégiée fut l'analyse thématique (Demazière et Dubar, 1997), basée sur les quatre thèmes de la grille d'entrevue. Le choix de ces thèmes ne fut pas rigide: nous avons adopté une perspective inductive qui s'inspire de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967). Cela nous a permis d'identifier d'autres thèmes émergents durant notre démarche de codage et d'analyse, non connus préalablement.

1. L'ABSENTÉISME POUR DES RAISONS DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE, DES CONSTATS GÉNÉRAUX AUX PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

1.1 Un phénomène en croissance

Plusieurs articles récemment publiés montrent clairement que le problème d'absentéisme pour des raisons de santé psychologique est globalement en croissance depuis une ving-

taine d'années, et que les problèmes de santé psychologique sont une cause majeure de l'absentéisme. À titre d'illustration, Corbière et Durand (2012) rapportent que 30 % des absences des travailleurs des pays membres de l'OCDE sont dues à des problèmes de santé mentale courants, soient, par exemple, la dépression, l'anxiété et les troubles d'adaptation. St-Arnaud et Pelletier (2013) vont dans le même sens, puisqu'elles reconnaissent que les problèmes de santé psychologique sont l'une des causes les plus importantes d'absentéisme en milieu de travail.

Une telle étude nécessite de s'accorder sur la définition des concepts de santé psychologique et d'absentéisme. Le concept de santé psychologique au travail, utilisé largement par les gestionnaires de CISSS et CIUSSS, prend en compte l'importance majeure de l'organisation du travail. Il est défini par Foucher (2003, p.35) comme tel:

«*La santé psychologique au travail fait référence, d'une part, aux possibilités qu'offrent le contexte organisationnel, les conditions de travail et les tâches dévolues à l'individu de se sentir valorisé, de s'épanouir, de mener une vie équilibrée et d'avoir un niveau de stress qu'il est capable de gérer; d'autre part, la santé psychologique au travail fait référence à l'état que développe l'individu par rapport aux indices que sont l'estime ou la valorisation de soi, l'épanouissement, l'équilibre de vie et le niveau de stress. Enfin, il faut aussi prendre en compte la capacité d'adaptation de l'individu à son travail et au milieu dans lequel celui-ci est réalisé*».

Comment définir l'absentéisme? Au sens strict du terme, il s'agit d'un symptôme organisationnel des problèmes de santé psychologique au travail. Il est la conséquence pour l'organisation du fait qu'un employé ne se présente pas à son travail alors qu'on y est convié (Harrisson et Martocchio, 1998), ou comme une solution momentanée lorsqu'on ne peut plus répondre individuellement aux exigences de l'organisation (Dumond, 2009). La littérature fait état de nombreuses causes concomitantes, individuelles (p. ex.: motivation, comportements d'évitement), familiales (conciliation travail- famille principalement) et organisationnelles (p. ex.: contraintes de travail, charge de travail) pour expliquer l'absentéisme. Les causes organisationnelles semblent les plus fréquemment citées: il est reconnu, notamment, que les travailleurs de plus de 45 ans sont le groupe le plus représenté concernant l'absentéisme, du fait de problèmes relatifs au vieillissement de la main d'œuvre et aux pathologies physiques et mentales consécutives à des organisations du travail intensives (Kimiwaki et coll., 2000; Pousette et Hans, 2002). De plus, les raisons familiales sont également en cause; la gestion difficile des contraintes temporelles entre la pratique professionnelle et la vie familiale peut occasionner une fragilisation psychologique à l'origine de périodes d'absence (Divay, 2010). En ce sens, on reconnaît ici globalement que l'absentéisme a pour cause une fragilisation de la santé psychologique des travailleurs, provoquée par une gestion complexe de l'activité professionnelle et de la sphère familiale. Un troisième facteur peut également être intégré, soit la subjectivité de la personne: sa fragilité psychologique, l'existence de comportements d'évitement, ou encore le manque d'engagement dans le travail peut avoir ainsi un rôle déterminant dans sa capacité à gérer les exigences organisationnelles et/ou familiales et personnelles et, conséquemment, amène le travailleur à s'absenter.

1.2 Une organisation du travail fragilisée dans le secteur de la santé

Dans le cadre spécifique des organisations de santé, l'absentéisme a des conséquences importantes pour le travailleur, l'organisation et la qualité des soins. Pour le travailleur, il est reconnu que les problèmes d'absentéisme pour des raisons de santé psychologique se traduisent fréquemment par de longues périodes d'invalidité, en plus de représenter un risque élevé de rechute (St-Arnaud et Pelletier, 2013). De plus, elles sont à la base de nombreuses incertitudes organisationnelles, notamment une gestion compliquée des équipes de travail, une organisation du travail complexifiée et un impact budgétaire important. Il a été noté que l'absentéisme dans le milieu de la santé entraîne une baisse de la qualité des soins aux patients, du fait de la rotation du personnel (Brami, Damart et Kletz, 2013; Castle, 2013).
Randon, Baret et Prioul (2011) rapportent qu'il existe 4 types d'approche pour expliquer l'absentéisme du personnel soignant: l'approche personnelle (p. ex.: grossesse, dépression, responsabilités familiales), l'approche attitudinale (p. ex.: satisfaction, engagement au travail, stress et épuisement professionnel), l'approche organisationnelle (p. ex.: horaires de travail, faible latitude décisionnelle, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral) et l'approche médicale (p. ex.: charge de travail, postures inadaptées, etc.). Selon les auteurs, les deux dernières attitudes (organisationnelle et médicale) sont prioritaires dans le milieu de la santé. Elles responsabilisent les organisations dans la prévention de ces problématiques.
Malgré ces constats, et alors même que les PAB sont considérées comme les personnes les plus en contact avec les résidents âgés (Aubry et Couturier, 2013), peu d'études provinciales, nationales ou internationales ont identifié directement les causes produisant l'absentéisme pour des raisons de santé psychologique des PAB.

1.3 L'importance du soutien social et de la latitude décisionnelle des travailleurs dans l'organisation de santé

Quel est le lien logique entre la fragilisation de la santé psychologique des employés et l'absentéisme? Une étude fait ressortir que le manque d'encouragement et de soutien dans la culture de l'organisation est le facteur le plus important lié au travail pour expliquer l'absentéisme de ces travailleurs (Eriksen, Bruusgaard et Knardahl, 2003). Il semble ainsi que le manque de soutien social des gestionnaires immédiats envers cette population fragilisée psychologiquement les conduit à s'absenter du travail.
Plusieurs autres études ont également montré un lien direct entre la faiblesse de la latitude décisionnelle dont disposent les travailleurs et la fragilisation de leur santé psychologique (Vézina et St-Arnaud, 2011a). Vandenberghe, Stordeur et d'Hoore (2009) définissent la latitude décisionnelle comme un «sentiment de contrôle éprouvé par l'individu par rapport à son environnement de travail et à la manière d'effectuer son travail» (p. 212). Dans la même lignée, Vézina et St-Arnaud (2011b, p.122) apportent que:

«Le risque de développer une détresse psychologique ou des symptômes dépressifs est environ quatre fois plus élevé chez les travailleurs ayant à faire un travail émotionnellement exigeant sans pouvoir bénéficier de latitude décisionnelle ou de soutien social adéquat, alors qu'il est deux fois moins élevé lorsque ces travailleurs peuvent bénéficier de latitude décisionnelle».

En effet, nous savons que la latitude décisionnelle dont dispose le travailleur ainsi que le degré de soutien social qu'il perçoit sont des facteurs d'importance pour expliquer le stress et les conséquences mentales qui en découlent. En effet, selon le modèle demande – autonomie – soutien (Karasek et Theorell, 1990), modèle phare pour expliquer le stress au travail, il y a situation de tension pour l'individu lorsqu'il y a déséquilibre entre la demande psychologique (élevée) et la latitude décisionnelle (faible). À terme, cette tension est associée à des problèmes de santé psychologique. Une situation professionnelle conjuguant un travail exigeant sur le plan émotionnel jumelé à un faible pouvoir décisionnel dans son travail pourrait être un facteur important de vulnérabilité pour les travailleurs. Le soutien social accroit cette interaction, c'est-à-dire que la présence de soutien des collègues ou du supérieur immédiat, perçu par le travailleur permettra de réduire l'effet de ce déséquilibre, alors que l'absence de soutien augmentera la situation de tension. En d'autres mots, le soutien social, provenant principalement du supérieur immédiat, agit en tant que tampon entre les demandes psychologiques élevées et la faible latitude décisionnelle.

C'est dans le même sens qu'une étude menée sur le lien entre l'absentéisme et les effets de la latitude décisionnelle, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail au sein d'une unité de soins infirmiers a permis de montrer que la latitude décisionnelle avait un effet direct sur l'absentéisme (Vandenberghe, Stordeur et d'Hoore, 2009). De plus, toujours selon cette étude, il a été montré que l'absence de court terme était souvent utilisée comme moyen de protection, c'est-à-dire que l'évitement des situations génératrices d'émotions négatives était une manière pour l'individu de se protéger et de rétablir son équilibre psychique interne.

2. RÉSULTATS

2.1 Les facteurs organisationnels à la base de la période d'absentéisme

L'élément le plus fréquemment rapporté par les PAB pour expliquer leur période d'absentéisme concerne la lourdeur de la charge de travail, et leur incapacité à pouvoir y répondre (n = 13). Toutes les répondantes précisent qu'elles ressentent graduellement la quantité de charge de travail et de tâches augmenter, alors même que les ressources dont elles disposent ont tendance, selon elles, à se maintenir, voire à diminuer. L'étape de travail la plus symbolique à cet égard concerne sans nul doute l'urgence qu'elles disent subir pour parvenir à terminer «dans les temps» le plan de travail matinal (levers, toilettes, déjeuners, etc.) avant l'heure du dîner. Considérée comme une «course contre la montre», cette étape est emblématique de la difficulté pour les PAB à concilier la qualité du travail idéale et la quantité de travail réelle. C'est un tel écart qui conduit à des formes de fatigue et d'affaiblissement de la santé psychologique.

«C'est stressant comme travail parce que c'est comme si l'on te demande on va dire de faire quelque chose qui n'est pas faisable. (...) Parce que c'est comme s'il faut que ces personnes soient faites avant midi, mais il t'en reste trois en fin de compte... C'est beaucoup trop lourd l'organisation et ça devient stressant parce que l'on travaille avec des êtres humains. Moi comme je l'expliquais à mon chef d'unité: écoute, quelque part on est des humains qui travaillent avec des humains» (Participante 1)

Le conflit de rôle marquant se résume à: «Prends ton temps, mais dépêche-toi». Cette pression vécue au quotidien les amène à craindre de ne plus savoir où est la place pour la dimension humaine et relationnelle de leur travail, définie par le «prendre soin». Prendre le temps d'écouter la personne âgée qui ne va pas bien un matin est un exemple concret de tâche que les PAB disent ne plus être capables de réaliser, occasionnant alors une insatisfaction importante. Cette dimension que les PAB considèrent pourtant au cœur de leur pratique doit trop souvent être mise de côté en raison de la charge de travail qu'elles considèrent comme trop élevée. La contrainte de quantité et l'organisation rigide du travail évacuent le contexte humain et le souci de la qualité des soins, et créent une insatisfaction qui est, selon les PAB, à l'origine d'une détérioration de leur santé psychologique.

«Moi je dis toujours que je travaille avec une personne humaine. Quand elle a besoin, je ne peux pas la laisser là. Je ne peux pas faire semblant de ne pas l'entendre. Je ne peux pas. Quand je sors d'ici, il faut que dans ma tête et dans mon cœur ce soit correct. Je ne peux pas partir avec un doute» (Participante 3)

D'autres facteurs, abordés par les PAB, peuvent augmenter le sentiment de surcharge de travail, tels que le fait d'organiser l'intégration du personnel d'agence pour qu'il s'adapte aux caractéristiques des unités et des résidents, ou encore de coordonner la phase d'orientation des recrues.

2.2 Un évènement critique mal ou non géré dans le cadre d'un manque de soutien du gestionnaire immédiat (chef d'unité)

Une charge de travail lourde crée une situation d'insatisfaction relative à l'activité idéale envisagée (le «prendre-soin»), et une fatigue psychologique, à la base de l'absentéisme. L'autre enjeu majeur concerne la relation complexe avec la ou le gestionnaire immédiat, ici en l'occurrence le ou la chef d'unité de vie.

Pour environ la moitié des préposées rencontrées (n= 7), un événement critique mal ou non géré vécu au travail (p. ex.: une plainte d'une famille ou une ambiance d'équipe de travail éprouvante) a été un élément déclencheur de l'arrêt de travail. Si l'événement critique représente une source de stress, les PAB déplorent aussi le manque de soutien et d'appui des gestionnaires pour régler la situation. Elles soulignent que leur demande d'appui pour résoudre la situation n'est pas souvent entendue.

«Tu peux bien dire que tu es épuisée, au final... Le gestionnaire, le chef d'unité de vie ne t'écoute pas. Ça a toujours été la base d'une certaine pression. Avec la pression de l'unité, moi je me suis dit qu'il fallait que j'aille me reposer. Je ne voulais plus travailler sur cette unité-là. Je voulais sortir de là. Donc je suis partie en maladie. Ça été le gros de la raison» (Participante 6)

De plus, la moitié des préposées rencontrées (n= 7) ont dit avoir eu un conflit ou une relation plutôt difficile avec leur gestionnaire immédiat. L'absence de soutien et d'écoute en cas de situation difficile, notamment lors d'insatisfaction relative aux tâches demandées est particulièrement mentionnée.

«J'ai l'impression parfois que les chefs et les infirmières ils sont là pour les résidents et pas pour nous. C'est pour ça que des fois les gens tombent en maladie. Ils gardent tout pour eux. Ils n'ont pas personne pour aller expliquer tout ça. On est là pour travailler donc <Ne venez pas me dire tous vos problèmes, vous êtes ici pour travaille>. J'ai l'impression que si je vais voir ma chef d'unité en commençant à lui expliquer mes problèmes, je ne pense pas qu'elle va bien m'accueillir. Je garde ça en dedans de moi et je vais tomber malade plus tard. Ils sont là pour les résidents et pas pour nous» (Participante 4)

2.3 Participation aux décisions

La plupart des préposées ont l'impression que leur point de vue sur l'organisation de leur travail et la lourdeur de la charge de travail est peu ou pas considéré par les chefs d'unité. D'ailleurs, certaines insistent sur le fait qu'elles ont perdu la confiance et l'envie de s'impliquer dans les rencontres officielles dites «de consultation», puisque cela n'amène pas de réels changements. Les préposés révèlent ainsi un fossé important entre la réalité du terrain telle qu'elles la perçoivent et la réalité perçue par les gestionnaires. Cette différence de manière de voir la réalité de terrain est à la base, selon elles, de discordances importantes entre les logiques organisationnelles qui leur sont imposées et les ressources qu'elles doivent posséder pour répondre aux besoins des personnes âgées auprès desquelles elles travaillent.

«On n'a pas toujours l'impression qu'ils [les gestionnaires] comprennent. Il y a des affaires pour eux, c'est banal, mais pour nous c'est important. On va débattre notre point, mais ça flotte dans le vide. C'est très frustrant. (...) Je me dis toujours que ce n'est pas de leur faute vu qu'ils ne sont pas dans nos bottines. Je me dis: qu'ils viennent faire une journée... Juste une. Ils vont comprendre à vie» (Participante 3)

2.4 Un manque de suivi et de soutien lors du retour au travail

Plusieurs PAB rencontrées (n= 5) ont souligné le manque d'encadrement et de soutien lors de leur retour au travail après une période d'absence pour des raisons de santé psychologique. Exprimant le fait qu'elles ont vécu lors de ces périodes une étape délicate, souvent éprouvante, elles auraient souhaité un suivi plus adéquat et de proximité de la part du gestionnaire immédiat. Parallèlement, elles reconnaissent qu'un tel suivi peut provoquer un malaise pour l'ensemble du personnel à parler publiquement, lors des activités de travail, de problèmes de dépression ou autres troubles de santé mentale.

«À part ça tu pars en congé et tu reviens et c'est comme si de rien n'était. (...) Probablement que le monde est gêné, mal à l'aise. Il y en a peut-être aussi qui se sont parlé ou whatever, je ne sais pas...» (Participante 5)

Selon les préposées, aucune mesure ou aucun accompagnement formel de l'organisation ne semble leur avoir été proposé. Plusieurs avancent qu'elles auraient souhaité une démonstration réelle, ou à tout le moins symbolique, du soutien de leur chef d'unité de vie à leur retour.

«Je n'ai pas eu de suivi; ça, c'est moi-même qui ai dit: <Regarde, on va essayer de voir ça autrement. > Parce que, oui, j'avais peur de revenir, et j'avais peur de retomber dans les mêmes choses. (...) J'aurais peut-être aimé avoir un: <Comment tu 'feels'?> Quelque chose de même. Il n'y a rien eu» (Participante 9)

Les différents facteurs énoncés mettent l'accent sur le rôle important des gestionnaires immédiats (chefs d'unité de vie) dans la prévention des problématiques de santé psychologique des PAB. Selon les PAB, un éloignement du gestionnaire immédiat des équipes de travail de même qu'un manque de suivi individualisé nuisent au retour au travail, et peuvent même être à la source de situations d'absentéisme chronique.

3. PISTES DE RECOMMANDATIONS

Nous présentons ici plusieurs stratégies issues des résultats pour prévenir l'absentéisme et favoriser le retour au travail des PAB vivant des périodes d'absentéisme pour des raisons de santé psychologique. Ces recommandations ciblent globalement l'importance de la latitude décisionnelle des PAB et la valorisation du rôle de soutien du gestionnaire immédiat, soit le chef d'unité de vie.

3.1 Donner une plus grande latitude décisionnelle aux préposées

Il est reconnu qu'un travail exigeant sur le plan psychologique jumelé à une faible latitude décisionnelle (peu ou pas de marge de manœuvre sur les décisions concernant l'organisation de son travail) sont des facteurs associés à un haut risque de détresse psychologique au travail (Karasek et Theorell, 1990). En matière de prévention, la mise en place de mesures visant à augmenter la marge de manœuvre et le pouvoir décisionnel des préposées sur les aspects qui influencent directement ou indirectement leur travail est donc une voie importante à privilégier. Voici quelques exemples de mesures qui pourraient être mises en place dans cette optique.

Premièrement, certaines préposées ont exprimé le désir d'avoir plus de flexibilité dans l'application de leur plan de travail pour pouvoir mieux s'ajuster aux besoins des personnes âgées et ainsi réduire les tensions vécues entre les exigences de quantité et de qualité des pratiques. Cela donnerait également une plus grande marge de manœuvre aux préposées pour gérer les imprévus sans alourdir davantage leur tâche.

«C'est sûr que c'est long de faire ça, les guides de travail et tout ça, c'est vraiment long à faire, mais pour moi, c'est un guide, tu ne peux pas respecter ça à la lettre, c'est impossible, tu ne peux pas faire ça. On est avec des personnes âgées, on ne peut pas suivre ça à la lettre, ça fait qu'il faut, des fois, détourner un petit peu» (Participante 8)

Les préposées ont également mentionné l'importance d'organiser des rencontres fréquentes entre gestionnaires et préposées pour permettre, entre autres, d'échanger sur des problèmes vécus au quotidien dans leur pratique et réfléchir conjointement aux solutions à apporter.

«Si j'étais gestionnaire, je ferais une réunion par mois. Si je n'ai pas le temps, je fais ça au moins à chaque 3 mois. Je rassemble tous mes préposés sur l'étage et je demande ce qui nous tracasse. Je pose la question <Qu'est-ce qui se passe avec les résidents? Est-ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas? Si vous voulez discuter personnel avec moi? S'il y a quelque chose qui vous stress...> J'aimerais discuter avec mes préposés pour savoir si tout va bien». (Participante 4)

Cela pourrait aussi permettre d'impliquer plus largement les préposées dans toutes les étapes de la planification et de la mise en place de changements organisationnels les concernant et affectant leur travail (participation aux décisions). Les préposées rencontrées ont, en effet, déploré le fait d'être souvent mis devant le fait accompli concernant certaines décisions de gestion sans avoir été consultées en cours de route.

«Dans le meilleur des mondes ce serait aussi que, et j'aimerais que tu le dises ça...Que les boss soient dans une salle avec nous pis qu'on puisse poser des questions aux bonnes personnes en face de nous. (...)Pas un intermédiaire qui nous dit: <Je vais m'informer!> et puis que ça se peut. Non non. Un direct. (...) Quand je suis entrée ici dans le temps, ça se faisait. On avait des réunions une fois par mois ouvertes. On pouvait poser les questions qu'on voulait au grand boss. Puis, je trouvais que c'était bien. Cependant, lui ce grand boss-là, il passait dans le corridor et me disait <Bonjour [prénom de la préposée]. Ça va bien?> Il nous connaissait. Maintenant, c'est tout juste s'il nous connaît. Il y en a parfois qu'on voit et qu'on ne sait même pas c'est qui» (Participante 3)

Il semble finalement important que les préposés puissent bénéficier d'une marge de manœuvre en ce qui a trait à leurs assignations et à leurs horaires. La possibilité de refuser une assignation sans pénalité a été identifiée comme une étape importante, car le préposé est sans doute le mieux placé pour cibler des situations qui risquent de le fragiliser.

3.2 Miser sur le rôle de soutien des gestionnaires immédiats, comme acteurs clés pour dépister et désamorcer les situations difficiles

Le gestionnaire immédiat peut jouer un rôle clé de soutien en cas de situation difficile vécue par les préposées. Ressentir un soutien clair et avoir un espace pour exprimer rapidement une situation difficile après l'évènement contribuent grandement à minimiser les effets négatifs d'une situation critique sur le moral des préposées. Les supérieurs immédiats sont également des acteurs clés pour dépister des signes avant-coureurs chez les travailleuses qui semblent plus fragiles. Mais pour pouvoir assumer ce rôle de soutien et de prévention, les supérieurs immédiats doivent être appuyés par l'organisation. Ce rôle doit être reconnu dans leur tâche globale, nécessitant du temps libéré à cet effet. De plus, des formations en vue de développer des habiletés d'écoute active et de dépistage sont sans doute nécessaires pour soutenir les chefs d'unité.

«Offrir plus d'aide, prendre des nouvelles d'eux autres, de venir les voir et dire <OK, ne t'inquiète pas on va s'arranger pour que ça ne recommence pas comme c'était>. Venir nous voir et discuter des situations» (Participante 2)

CONCLUSION

Ce rapport présente une recherche exploratoire dont la validité des résultats est limitée par le faible nombre d'entrevues réalisées (13). Néanmoins, plusieurs pistes de réflexion se dessinent pour prévenir l'absentéisme des PAB pour des raisons de santé psychologique, et permettre un retour au travail de qualité des employées, et ce, relativement à la courte recension des écrits effectuée et aux résultats de la phase d'étude.

La littérature scientifique précise clairement qu'il faut donner plus de latitude décisionnelle aux soignants, afin qu'ils se sentent reconnus et valorisés dans leurs tâches et fonctions. Cela est particulièrement vrai pour les soignants à la base de l'organisation gériatrique. Toutes les modalités organisationnelles impliquant a minima les PAB peuvent permettre un enrichissement de leur tâche, et ainsi un engagement supplémentaire dans l'organisation. Cet engagement peut permettre de meilleures relations au travail (notamment avec le gestionnaire immédiat), mais aussi un sentiment d'implication au travail qui peut être utile dans le cadre de la prévention de l'absentéisme, mais aussi pour le retour au travail.

Également, nos résultats mettent clairement en lumière la place majeure des gestionnaires immédiats, c'est-à-dire les chefs d'unité de vie, dans la prévention de l'absentéisme et la gestion du retour au travail. Selon les propos des PAB, chacune des phases relatives au processus d'absentéisme (reconnaissance des facteurs provoquant l'absence, appui lors de la période d'absence, assistance lors du retour, etc.) doivent être encadrées minutieusement par le gestionnaire immédiat. Il est important que la préposée se sente soutenue par un acteur de proximité, compréhensif de ses difficultés organisationnelles, familiales et individuelles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOCIATION QUÉBECOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec. Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, 2014, Montréal, AQESSS.

AUBRY, François. Les enjeux en santé et sécurité du travail de l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. Dans Lerouge, L. (dir.). *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (p. 91-100), 2014, Toulouse, Octarès.

AUBRY, François et COUTURIER, Yves. Les contraintes temporelles: un facteur de fragilisation de la santé au travail des préposés aux bénéficiaires en CHSLD. Dans Tremblay, D.-G. (dir.). *Temporalités sociales, temps prescrits, temps institutionnalisés* (p.119-131), 2013, Québec: Presses de l'Université du Québec.

AUBRY, François, BERGERON VACHON Frédérike, MATTE GUILMAIN, Laurence, BEAUREGARD, Nancy et ST-HILAIRE. *S'absenter, c'est se protéger? Stratégies pour prévenir l'absentéisme des préposés aux bénéficiaires causé par des problématiques de santé psychologique et soutenir le retour au travail*, Carnet-synthèse, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal – Centre InterActions, juin 2015, Montréal, Canada.

BÉDARD, Sylvie. Portrait des lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux, *Objectif Prévention*, 2012, vol. 35, no 1, p. 8-9.

BRAMI, Laurent, DAMART, Sébastien, et KLETZ, Frédéric. Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 2013, no 3, p. 168-189.

CASTLE, Nicholas G. Consistent assignment of nurse aides: Association with turnover and absenteeism. *Journal of Aging & Social Policy*, 2013, vol. 25, no 1, p. 48-64.

CORBIÈRE, Marc et DURAND, Marie-Josée. Agir pour prévenir et réduire l'absentéisme lié à la maladie mentale Preventing and reducing absenteeism linked to mental illness, *Médecine Sciences Amérique*, 2012, vol 1, no 4.

DEMAZIÈRE, Didier et DUBAR, Claude. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple des récits d'insertion*, 1997, Québec, Presses de l'Université Laval.

DIVAY, Sophie. Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'«absentéisme» dans un hôpital local. *Sociétés contemporaines*, 2010, no 1, p. 87-109.

DUMOND, Jean-Paul. L'absentéisme pour raison de santé: comparaison méthodologique. *Santé publique*, 2009, vol. 21, no 1, p. 25-35.

ERIKSEN, W., BRUUSGAARD, D., et KNARDAHL, S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine*, 2003, vol. 60, no 4, p. 271-278.

FOUCHER, Roland. Développer une vision intégrant performance et santé psychologique. R. Foucher, A. Savoie et L. Brunet (Éds.). *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*, Montréal, Éditions Nouvelles, 2003, p. 3-64.

GLASER, Barney et STRAUSS, Anselm. *The discovery of grounded theory*, 1967, Chicago, Adeline.

GRENIER Nancy. *Portrait de la main d'oeuvre Préposés aux bénéficiaires (Rapport Grenier)*, 2008, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

HARRISON, David A. et MARTOCCHIO, Joseph J. Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of management*, 1998, vol. 24, no 3, p. 305-350.

KARASEK, Robert A. et THEORELL, Töres. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, 1992, New-York, Basic books, 1992.

KIVIMÄKI, Mika, ELOVAINIO, Marko, et VAHTERA, Jussi. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 2000, vol. 57, no 10, p. 656-660.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire 2013*, 2013, Québec, Gouvernement du Québec.

ORDRE DES INFIRMIÈRES et INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, 2014, Montréal, OIIQ.

POUSETTE, Anders et HANSE, Jan Johansson. Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types-a multigroup structural equation modelling approach. *Work & Stress*, 2002, vol. 16, no 3, p. 229-250.

RANDON, Sophie, BARET, Christophe, et PRIOUL, Christine. La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*, 2012, no 9, p. 133-149.

SAINT-ARNAUD, Louise et PELLETIER, Marième, *Soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi*, Études et recherches/Guide technique RG-758, 2013, Montréal: Institut de recherche en santé et sécurité Robert Sauvé.

VANDENBERGHE, Christian, STORDEUR, Sabine, et D'HOORE, William. Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, 2009, vol. 72, no 3, p. 209-228.

VÉZINA, Michel et SAINT-ARNAUD, Louise. Les interventions pour prévenir les problèmes de santé mentale liés au travail. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions* (p. 205-226), 2011b, Québec, Presses de l'Université du Québec.

VÉZINA, Michel et SAINT-ARNAUD, Louise. L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, 2011a, no 1, p. 119-128.