

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL DÉMASQUÉE CHEZ DES INTERVENANTS
PROFESSIONNELS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL EXTENSIONNÉE DE
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PAR
GENEVIÈVE ROY

OCTOBRE 2019



BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue obtained the permission of the author to use a copy of this document for non-profit purposes in order to put it in the open archives Depositum, which is free and accessible to all.

The author retains ownership of the copyright on this document. Neither the whole document, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pas vu le jour sans la contribution de plusieurs personnes. Tout d'abord, j'aimerais remercier tous les intervenants professionnels¹ qui m'ont côtoyé et qui ont porté un intérêt à mon projet de recherche. Ces personnes ont su enrichir ma longue réflexion sur le phénomène des intervenants porteurs d'une souffrance psychologique. Merci infiniment à tous les participants. Sans vous, mon projet ne serait qu'un protocole et rien de plus. Votre authenticité et votre générosité dans les échanges m'ont permis de mieux comprendre comment le monde du travail pouvait avoir des impacts qui ne sont pas récupérables. Aussi, le fait de constater à quel point vous, les intervenants professionnels, êtes sans cesse obligés de confronter vos propres limites tous les jours m'a complètement bouleversée. Vous vous êtes livrés à moi en toute confiance et en toute transparence et je vous remercie pour cette honnêteté.

À toi, Isabelle Chouinard, ma directrice de mémoire : travailler sous ta direction a été pour moi un honneur. Tu as su comprendre dès notre première discussion le sens que je voulais donner à mon projet de recherche. Tu as embarqué sans hésitation dans ma

¹ Afin d'alléger le texte, le genre masculin a été utilisé pour désigner les hommes et les femmes lorsque les deux font partie d'un groupe de résultats contenant à la fois des hommes et des femmes. L'emploi de la forme masculine est privilégié sans pensée discriminatoire envers le genre, le but ultime étant de faciliter et d'alléger la lecture du texte.

démarche. Merci pour ta grande écoute et la grande sensibilité dont tu as su faire preuve dans nos discussions. J'ai beaucoup de gratitude envers toi.

Je ne vous oublie pas, vous, les membres de ma famille, qui m'avez accompagnée dans ce projet avec le plus grand respect. Ma sœur, Caroline, sans toi la qualité de mes travaux ne serait pas ce qu'elle est. Tu as su alléger mon parcours en me donnant ton précieux temps et en faisant preuve d'une grande écoute. Enfin, mon mari, je te remercie infiniment pour ta patience, ta disponibilité pendant les dernières années et ton respect envers mes nombreux projets et l'intensité que je leur accordais.

Je tiens à remercier également Julien Bélanger, dont les commentaires et précisions m'ont permis d'améliorer certains passages dans le texte. Un dernier remerciement très sincère à Oscar Labra, professeur à la maîtrise en travail social, qui est arrivé sur ma route à un moment critique. Je suis tellement reconnaissante de son immense implication et de sa grande disponibilité à la fin de mon parcours; sans son aide, ce projet n'aurait probablement pas été publié. Merci encore.

Enfin, mes remerciements les plus sincères vont au coordonnateur du comité régional de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et aux membres exécutifs des syndicats; vous avez facilité le contact avec les intervenants professionnels et contribué à mener à terme, dans un court délai, la partie empirique.

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ACRONYMES.....	xii
RÉSUMÉ.....	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	5
1.1 Contexte du monde du travail.....	5
1.1.1 Nouvelle gestion publique au Québec.....	7
1.2 Les réformes dans le secteur sociosanitaire.....	8
1.3 Nouvelle « individualité » et crise des valeurs.....	12
1.4 Objectifs de recherche.....	16
1.5 Recension des écrits.....	16
1.5.1 Loi 10.....	17
1.5.2 L'impact des nouveaux modes d'organisation du travail liés à la nouvelle gestion publique : une mise en contexte.....	20
1.5.3 Impacts de la souffrance au travail sur la santé chez les intervenants professionnels.....	23
1.5.4 Les facteurs de la souffrance au travail.....	26
1.5.5 Plaisir au travail.....	35
1.5.6 Pertinence sociale et scientifique de la recherche.....	43
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL.....	45
2.1 Souffrance au travail.....	45

2.2	Médiations	49
2.2.1	Dimension objective	51
2.2.2	Dimension subjective.....	53
2.3	Figures de médiation.....	55
2.3.1	Stratégies défensives.....	56
2.4	Schéma conceptuel	58
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....		61
3.1	Stratégie générale de la recherche	61
3.2	Stratégie d'échantillonnage	62
3.3	Échantillonnage	65
3.3.1	Profil des participants	65
3.3.2	Milieu de pratique.....	67
3.4	Méthodes de collectes de données.....	68
3.5	Méthode de traitement et d'analyse des données	70
3.6	Limites et biais de la recherche	72
3.7	Considérations éthiques.....	73
CHAPITRE IV RÉSULTATS		75
4.1	Pratiques relationnelles de gestion.....	76
4.1.1	Manque de soutien.....	76
4.1.2	Non-consultation.....	78
4.1.3	Contrôle de l'activité professionnelle	78
4.1.4	Non-reconnaissance du travail fait	80
4.1.5	Abus de pouvoir.....	81
4.1.6	Non-transparence	83
4.1.7	Manque de considération.....	83
4.1.8	Non-respect des dispositions locales	84
4.1.9	Manque d'expérience.....	85
4.2	Pratiques relationnelles du collectif de travail.....	86
4.2.1	Attitudes malveillantes des collègues de travail	86
4.2.2	Conflit de valeurs interpersonnelles	88
4.2.3	Conflit de rôles.....	89
4.2.4	Pouvoir du corps médical	89

4.3	Exigences organisationnelles paradoxales.....	90
4.3.1	Attentes organisationnelles.....	90
4.3.2	Attentes collectives.....	92
4.3.3	Attentes personnelles.....	93
4.3.4	Attentes professionnelles.....	93
4.4	Pratiques de travail « hyperperformatives ».....	94
4.4.1	Réforme découlant de la loi 10.....	94
4.4.2	Débordement du travail.....	98
4.4.3	Standardisation des pratiques professionnelles.....	100
4.5	Environnement physique.....	101
4.5.1	Espaces de travail mal adaptés.....	102
4.5.2	Espaces de travail non confidentiels.....	102
4.5.3	Espaces de travail bruyants.....	103
4.6	Composantes propres à l'intervenant professionnel favorisant ou entravant l'apparition de la souffrance au travail.....	103
4.6.1	Attitudes/comportements nuisibles.....	103
4.6.2	Attitudes et comportements positifs.....	104
4.7	Synthèse des résultats de l'objectif 1 : dimension objective.....	105
4.8	Formes de souffrance.....	106
4.8.1	Souffrance psychologique.....	106
4.8.2	Souffrance émotionnelle.....	109
4.8.3	Souffrance physique.....	112
4.8.4	Souffrance éthique.....	113
4.8.5	Souffrance par contagion.....	114
4.9	Synthèse des résultats de l'objectif 2 : dimension subjective.....	118
4.10	Figures de médiation individuelles.....	119
4.10.1	Rationalisation du discours.....	120
4.10.2	Marchandage interne.....	121
4.10.3	Isolement.....	122
4.10.4	Dénonciation.....	123
4.10.5	Lâcher-prise/résignation.....	124
4.10.6	Recentrage sur les clients.....	125
4.10.7	Mise en place de ses limites.....	125
4.10.8	Hypertravail.....	126
4.10.9	Décorporation/désengagement.....	127
4.10.10	Pensées fantasmatisques.....	128

4.10.11	Prise de distance	129
4.10.12	Deuxième vie professionnelle	129
4.11	Figures de médiation collectives	130
4.11.1	Soutien relationnel du métier vécu à l'intérieur du collectif de travail respectif.....	130
4.11.2	Soutien relationnel du métier vécu à l'extérieur du collectif respectif	131
4.12	Figures de médiation organisationnelles	133
4.12.1	Discuter avec les gestionnaires	133
4.12.2	Prendre des congés de maladie/congés sans solde.....	134
4.12.3	Consulter le programme d'aide aux employés	135
4.12.4	Aménager son horaire de travail.....	136
4.13	Figures de médiation familiales.....	136
4.13.1	Soutien des proches	137
4.14	Synthèse des résultats de l'objectif 3 : figures de médiation.....	137
CHAPITRE V DISCUSSION.....		139
5.1	Discussion portant sur l'objectif 1.....	140
5.1.1	Pratiques relationnelles de gestion et souffrance	140
5.1.2	Pratiques relationnelles du collectif de travail et souffrance	144
5.1.3	Exigences organisationnelles paradoxales et souffrance	145
5.1.4	Pratiques de travail « hyperperformatives » et souffrance	147
5.1.5	Environnement physique et souffrance.....	150
5.1.6	Composantes propres à l'individu : souffrance ou plaisir	150
5.2	Discussion portant sur l'objectif 2.....	151
5.2.1	Formes de souffrance au travail.....	152
5.3	Discussion portant sur l'objectif 3.....	156
5.3.1	Médiations individuelles et souffrance	156
5.3.2	Médiations collectives et souffrance.....	162
5.3.3	Médiations familiales et souffrance.....	163
5.3.4	Médiations organisationnelles et souffrance.....	164
5.4	Recherches futures et retombées pour la pratique du travail social.....	166
CONCLUSION.....		170
APPENDICE A LETTRE D'INVITATION		174

APPENDICE B	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	177
APPENDICE C	GUIDE D'ENTRETIEN	183
APPENDICE D	APPROBATION ÉTHIQUE.....	185
RÉFÉRENCES.....		188

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Interactions entre les concepts de la souffrance au travail	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Profil des participants : sexe et années d'expérience	66
3.2 Profil des participants : discipline d'appartenance et répartition des participants	67

LISTE DES ACRONYMES

APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
AQESSS	Association d'établissements de santé et de services sociaux
CÉR-UQAT	Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CISSSAT	Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
GMF	Groupe de médecine familiale
LAP	Loi de l'administration publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PAE	Programme d'aide aux employés
PDT	Psychodynamique du travail
SISSAT	Syndicat interprofessionnel en soins de santé de l'Abitibi-Témiscamingue
TMS	Troubles musculosquelettiques

RÉSUMÉ

Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec est confronté depuis plusieurs décennies à des restructurations importantes, telles que des modifications significatives dans les équipes de travail et à la fois de milieu de travail, voire de chefs de service pour certains. Ces remaniements ont été producteurs d'une souffrance au travail et ce problème figure comme le noyau étudié dans cette présente étude. En effet, la souffrance au travail résulte d'une articulation entre une dimension objective, relative aux conditions de travail, et une dimension subjective ayant trait à l'individu. Cette articulation s'accomplit grâce à des médiations que réalisent les professionnels dans un contexte de grands changements sociaux qui bouleversent à la fois le secteur sociosanitaire et les agents qui interviennent au sein des organisations qui le composent. Les objectifs de recherche consistaient à : 1) dégager les éléments de la dimension objective se rapportant à la souffrance au travail chez les répondants, 2) dégager les éléments de la dimension subjective se rapportant à la souffrance au travail chez les répondants, 3) documenter les figures de médiation mobilisées à l'égard de la dimension objective et subjective. Pour y parvenir, cette étude a employé une méthodologie de type qualitative et a privilégié une analyse thématique d'un corpus de données composé d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès d'intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et issus de différents champs professionnels tels que le travail social, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie, les sciences infirmières et la psychoéducation. Le cadre d'analyse de cette étude a été construit autour de concepts tels que : la souffrance au travail, les médiations (la dimension objective et la dimension subjective) ainsi que les figures de médiation. Les résultats de recherche ont permis de faire ressortir six composantes dans la dimension objective de la souffrance au travail : les pratiques relationnelles de gestion, les pratiques relationnelles du collectif de travail, les exigences paradoxales, les pratiques de travail « hyperperformatives », l'environnement physique et les composantes propres à l'intervenant professionnel favorisant ou entravant l'apparition de la souffrance au travail. Ces composantes laissent émerger différentes formes de souffrance au travail (psychologique, émotionnelle, physique, éthique, par contagion) chez les intervenants professionnels en rapport à la dimension subjective. Du fait de cette tension entre les dimensions objective et subjective, l'individu se retrouve confronté à des situations de déséquilibre dans sa vie organisationnelle qui nécessitent d'amorcer un processus de médiation, par l'intermédiaire duquel quatre grandes

figures de médiation (individuelles, collectives, familiales, organisationnelles) se manifestent et se traduisent par le recours à des stratégies défensives, pour lui permettre de survivre aux différentes contraintes organisationnelles. Or, les données tirées de cette étude témoignent du mouvement réflexif que les intervenants professionnels doivent engager s'ils veulent éviter l'exclusion du système. En toile de fond, il existe une souffrance qui contraint tous les intervenants professionnels, peu importe leur catégorie professionnelle, et de laquelle émanent plusieurs autres maux du travail.

Mots clés : souffrance au travail, contraintes organisationnelles, pratiques de gestion, médiations, organisations sociosanitaires.

INTRODUCTION

Depuis les dernières décennies, la souffrance au sein des organisations est devenue un des problèmes des plus complexes dans les milieux de travail (Saunders, 2016). Le phénomène de la souffrance au travail en fait une expérience qui s'avère difficilement saisissable pour les travailleurs professionnels éprouvant un mal-être dans leur pratique professionnelle (Richard et Mbonimpa, 2013). Dans ce contexte, il est difficile pour les intervenants professionnels de se pencher sur les manifestations de ces malaises puisque les conditions de pratique modifient profondément leur manière d'analyser les situations de travail jugées difficiles. Dans un environnement économique qui privilégie l'efficacité, les organisations, notamment celle du secteur sociosanitaire, se sont engagées elles aussi dans une série de changements organisationnels et managériaux afin d'être plus performantes. Cependant, ces bouleversements organisationnels ne sont pas sans conséquence pour les travailleurs et le sens de leurs interventions. Dans les faits, ces mutations s'accompagnent souvent de risques pour la santé mentale des travailleurs. Au Québec, six millions de journées sont perdues annuellement en raison des difficultés de santé mentale liées au travail (Brun, 2009). Dans un sondage mené au Canada auprès de 6 600 employés en provenance des milieux de travail syndiqués, 70 % de ces individus présentent des inquiétudes face à leur santé psychologique et 50 % d'entre eux ont connu des manifestations liées à la souffrance comme l'épuisement, l'irritation et la frustration au cours du dernier mois (Ipsos, 2012).

Dans la brochure intitulée *Exposure to stress*, qui a été publiée par le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2008), on retrouve un portrait

de l'exposition professionnelle au stress qui montre que le secteur de la santé et des services sociaux serait l'un des milieux où la détresse psychologique est la plus marquée. Les métiers d'aide (Deschamps et Boulanger-Deschamps, 2011), peu importe la catégorie professionnelle et le secteur d'activité (Montreuil, 2016), seraient particulièrement vulnérables au *burn-out* et à la dépression (Truchot, 2004). Plus particulièrement, la souffrance au travail trouve sa source dans les enjeux actuels du processus de modernisation du secteur sociosanitaire. Une augmentation des méthodes nouvelles de travail, liées au contexte de transformations organisationnelles, contribue à accroître les résistances chez les travailleurs (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Therriault, Streit et Rhéaume, 2004). Confronté à une augmentation des exigences de performance et de la charge professionnelle, le travail des intervenants professionnels devient contraignant et déqualifié (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 2000). La plainte de la souffrance au travail semble s'exprimer à plus grande échelle étant donné la récente réforme dans le secteur de la santé et des services sociaux qui est amorcée depuis 2015 (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016) : les pratiques professionnelles de l'intervention sociale ont été largement modifiées et font partie des réflexions en matière de santé mentale.

Bien que les perspectives psychologiques et sociologiques mettent amplement en lumière ce phénomène, nous observons que la perspective du travail social nous semble moins abordée et représente en ce sens une avenue de recherche prometteuse pour rendre plus visible ce phénomène et rompre ce silence, puisqu'il semblerait que les intervenants professionnels souffrent individuellement et, pour certains, n'osent pas prendre la parole pour exprimer leur réalité de travail (Richard et Mbonimpa, 2013). Comprendre les impacts des changements structurels et organisationnels sur les pratiques de travail et sur la santé mentale des intervenants professionnels est complexe. Dans le contexte actuel de transformation organisationnelle, les caractéristiques de cette souffrance semblent peu connues dans les régions éloignées.

De sorte que peu de recherches se sont intéressées à ce phénomène chez les intervenants sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et issus de plusieurs professions. Dans ce contexte, la question de recherche est la suivante : *quel est le portrait de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux?* Cette étude vise une meilleure compréhension de la souffrance au travail en vue d'établir un portrait global de cette problématique chez les intervenants professionnels de la région issus du travail social, de l'ergothérapie, de l'orthophonie, de la psychoéducation, de la psychologie et des sciences infirmières.

Dans un premier temps, le premier chapitre est consacré à la problématique à l'étude. Le sujet de recherche y est présenté en décrivant le contexte du monde du travail dans lequel s'insère la souffrance, en peignant les grandes lignes de ces transformations. Ce chapitre est constitué également d'une recension des écrits qui documente les effets des modes d'organisation du travail liés à la nouvelle gestion publique (NGP) en regard à la souffrance au travail. Cela permet d'évoquer les différentes expressions de ce malaise et les effets sur les conditions de pratiques des intervenants professionnels. Dans le deuxième chapitre, le cadre conceptuel de la recherche est présenté; ce qui permet d'organiser la mise en forme de l'objet d'étude empirique. Il sera alors possible de saisir de manière plus précise la perspective adoptée à l'égard du concept de souffrance au travail, ici conçue comme une articulation entre une dimension objective, quant aux conditions de travail des intervenants professionnels, et une dimension subjective, concernant les aspirations, les besoins des intervenants professionnels et les différentes stratégies défensives que ces mêmes intervenants utilisent à l'intérieur de la vie organisationnelle afin de contrer la souffrance vécue au travail. Dans le troisième chapitre, nous traiterons de la méthodologie employée, notamment en ce qui concerne la stratégie de la recherche et d'échantillonnage, la population à l'étude, les modalités de recrutement des participants ainsi que la méthode de collecte et d'analyse des données. Pour conclure ce chapitre, les limites et

biais de la recherche ainsi que les considérations éthiques respectées lors du recrutement des répondants seront brièvement présentés. Le quatrième chapitre fait état des résultats que nous avons récoltés dans cette recherche; ce chapitre dévoile les résultats se rapportant aux dimensions objective et subjective des conditions de pratique des intervenants professionnels et se penche sur les différentes manifestations de la subjectivité des intervenants. Le cinquième et dernier chapitre discute de ces derniers points à la lumière des recherches existantes et du cadre conceptuel retenu pour la collecte et l'analyse des données. Ainsi, ce chapitre conclut avec des recommandations pour l'intervention en vue de favoriser chez le lecteur la réflexion sur ses propres comportements, dans l'optique de retrouver un pouvoir d'agir collectif.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

Ce premier chapitre dresse un portrait de la problématique de l'étude. Afin de bien saisir l'étendue de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels, il importe tout d'abord de situer le sujet de recherche en décrivant le contexte du monde du travail dans lequel s'insère cette souffrance. Par la suite, nous décrirons certains aspects chez l'individu d'aujourd'hui dans le contexte de l'évolution du monde du travail.

1.1 Contexte du monde du travail

Le travail se retrouve souvent dans la mire pour évoquer différentes pathologies telles que le stress chronique, l'anxiété, la dépression, l'épuisement professionnel, etc. Il est possible de distinguer trois dimensions dans l'univers du travail : celle qui exige des savoir-faire, celle des rétributions en termes de gains financiers ou symboliques et, finalement, celle du rôle essentiel dans la construction identitaire de l'individu (De Gaulejac, 2011). Dans le monde contemporain, l'expression du conflit au travail s'insère dans toutes ces dimensions et s'exprime par une dévalorisation et une perte de sens dans l'ensemble des actes posés (ibid) étant donné l'évolution de la nature du travail. Pour Dejours (2015), la pénibilité du travail contemporain n'est plus la même qu'autrefois à cause du contexte économique, politique et social qui rend plus complexes les conditions de travail des gens. Dans ce sens, la pénibilité du travail

(augmentation de la charge) serait liée aux transformations du marché à la suite de la mondialisation de l'économie et à l'intensité de la concurrence liée à l'avènement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (Dejours, 2015; De Gaulejac, 2011) qui ont soulevé de nouveaux problèmes sociétaux.

De nouvelles contraintes, qui sont de nature physique, mais aussi et surtout d'ordre psychologique, s'ajoutent aux organisations du travail en matière de charge mentale afin de remplir des objectifs rendant possible les difficultés de santé mentale des travailleurs (De Gaulejac, 2011, 2010a, 2009; Kirouac, 2015; Lorient, 2012; Ruta, 2003; Saunder, 2016). Au début du XIXe siècle, la survie des travailleurs était au cœur des revendications (limite de la durée du travail) (Dejours, 2015). À la suite de la Première Guerre mondiale jusqu'en 1968, les employés manifestaient contre leurs conditions de travail (ibid). De l'évolution de ces revendications, les transformations des organisations du travail ont été à l'origine des problèmes de santé mentale et, par conséquent, des pathologies de surcharge au travail ont été identifiées tels les troubles musculosquelettiques (TMS), le *burn-out*, etc. (ibid). Les travailleurs luttaient pour la santé de leur corps (ibid) parce que l'intensité de la mobilisation de soi pour faire le travail s'est vue augmentée (De Gaulejac, 2011), de sorte que le travail est devenu un système complexe difficile à décrire en raison de l'investissement psychologique qu'il demande, l'insuffisance de reconnaissance qu'il apporte en retour et, finalement, l'éloignement des éléments qui, à la base, apportaient du plaisir au travail (qualité dans la production, rapports satisfaisants, etc.) (ibid).

Dans ce sens, l'employeur s'attend dorénavant des travailleurs qu'ils soient en mesure de faire preuve de « dépassement de soi » (être dans l'agir, en faire toujours plus, etc.) en produisant la surcharge de travail qui leur est imposée et qui se traduit par un excès de stress (Aubert, 2008). En suivant un rythme de travail en mode « trop

plein », les travailleurs ne sont plus en mesure de retrouver l'équilibre du juste milieu; ce qui a pour effet de les confronter (ibid).

1.1.1 Nouvelle gestion publique au Québec

Depuis déjà plus de trente ans, les organisations publiques au Québec tentent par diverses stratégies et orientations politiques de diminuer leurs coûts et améliorer la prestation des services publics. Habituellement, ces orientations prennent la forme de restructurations administratives ayant en commun une nouvelle configuration de l'organisation du travail adoptant une vision de rendement (Jalette, Grenier et Hains-Pouliot, 2012). Ces pratiques, souvent contestées dans les débats publics, découlent de la nouvelle gestion publique (NGP) et empruntent ces approches dans les fondements de la gestion des entreprises privées puisqu'elles seraient plus efficaces (De Gaulejac, 2011). Dans le cadre de cette étude, la NGP se traduit par des réorganisations organisationnelles et structurelles et la mise en œuvre de nouveaux dispositifs de gestion, c'est-à-dire des outils d'évaluation et de contrôle par l'abolition des comportements libres et à une conformité des conduites chez les acteurs du terrain (Molina, 2014). Les principes et les outils de gestion propres à ces modes de fonctionnement ne sont pas nouveaux puisque le secteur marchand, à la grandeur des pays développés, y recourt déjà beaucoup. Initialement en provenance du modèle néolibéral, ces principes visent particulièrement à restreindre le rôle de l'État et optimiser ses ressources afin qu'elles soient plus rentables (Bresson, Jetté, Bellot, 2013).

Les orientations politiques et idéologiques qui s'incarnent au travers de ce modèle néolibéral vont transformer à une vitesse exponentielle les pratiques professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux à partir des années 1980, et ce, à la grandeur du territoire du Québec. Les pratiques caractéristiques de la NGP sont

nombreuses; certaines attirent l'attention plus que d'autres, notamment les objectifs fixés par l'État et les administrations publiques les exécutant, le contrôle des coûts, la mise en place d'incitatifs à la performance, le déploiement de nouveaux outils d'évaluation et le contrôle des activités professionnelles, la concurrence entre les établissements, etc. (Bentayeb et Goyette, 2013). Or, elles mettent essentiellement l'accent sur les résultats en misant sur l'imputabilité des intervenants professionnels.

1.2 Les réformes dans le secteur sociosanitaire

Plusieurs réformes ont transformé les organisations sociosanitaires au Québec depuis 1980 et ont fortement modifié les environnements de travail des intervenants professionnels (Richard, Maltais, Bourque, Savard et Tremblay, 2007). La loi de l'administration publique (LAP) adoptée en 2000, donnant la priorité au gouvernement quant à l'élaboration et l'application des règles d'administration publique et à la qualité des services à la population, a été pour bien des auteurs un virage majeur au Québec en imposant une nouvelle conception de la gestion publique inspirée des principes d'efficience et de performance (Grenier et Bourque, 2016). Selon Bentayeb et Goyette (2013), la LAP adoptée en 2000 a renforcé les principes de la NGP par la gestion des résultats et par des évaluations de la performance dans les activités des intervenants professionnels. Au-delà de ces nouveaux dispositifs organisationnels, ces orientations ne tiennent pas toujours compte des conditions de sa réalisation (Lemitre, 2016). Sur le plan organisationnel, les fusions ont apporté de nouveaux modes de gestion axés sur les résultats au sein du secteur sociosanitaire (Dupuis et Farinas, 2010). Avant l'implantation de cette conception de la gestion, le discours des tenants laissait sous-entendre une diminution des tâches administratives pour les intervenants professionnels. Loin des résultats attendus, le processus bureaucratique est encore plus lourd qu'il ne l'était auparavant et engendre sur le

terrain une quantification des actes posés chez les intervenants professionnels au détriment de la qualité des actions (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016).

Dans cette nouvelle reconfiguration, on observe des changements dans les pratiques professionnelles et administratives et, pour certains, des défis de taille. Pour plusieurs intervenants professionnels, leur rôle et la nature de leur tâche se sont transformés. La marge de manœuvre dont disposaient les intervenants professionnels, notamment les travailleuses sociales, diminue toujours un peu plus au rythme des réformes. L'encadrement des pratiques est de plus en plus serré et produit, par conséquent, une privatisation et une dénaturation des services auprès de la population (Bentayeb et Goyette, 2013), toujours dans le seul et unique but d'optimiser la production des services avec l'obligation de rendre des comptes. Pour Bourque (2009), les mouvements de solidarité sociale sont de moins en moins fréquents, les interventions, dans une optique d'autonomie, visent davantage à responsabiliser l'individu à son problème et les interventions préventives se font plus rares puisque les services curatifs sont privilégiés. Le lien social avec la santé des communautés établi au début des années 1970 s'est manifestement perdu. Par ailleurs, il s'avère difficile pour les intervenants issus des métiers relationnels de mettre en œuvre les spécificités propres à leurs identités (travail) professionnelles en raison du contexte de pratique actuel (Chouinard, 2018). Dans ce cas, il est souhaitable de s'inquiéter de la santé mentale des intervenants professionnels qui œuvrent dans les organisations sociosanitaires.

Dans un contexte régional, il semble que le secteur sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue ne s'est pas encore remis des dernières transformations, depuis les années 80, qu'il doit faire face une fois de plus à une restructuration majeure de ses structures organisationnelles. La réforme Gaëtan Barrette issue de la loi 10, amorcée depuis 2015 et visant à modifier la gouvernance par l'abolition des agences régionales, s'ajoute aux réformes des dernières années (Centre intégré de santé et des

services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2016). Le secteur sociosanitaire connaît une nouvelle transformation de ses structures; dans ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a établi une nouvelle configuration organisationnelle en implantant un Centre intégré par région administrative. Au Québec, cette loi, qui vise l'intégration des services de santé et des services sociaux au sein d'un même établissement en fusionnant les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) dénombre au total vingt-deux Centres intégrés à la grandeur du Québec (MSSS, 2016). En Abitibi-Témiscamingue, la nouvelle structure d'encadrement organisationnelle s'articule autour de douze directions déployant des programmes distincts et spécialisés. Selon le rapport annuel de gestion 2015-2016, le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue est l'une des régions les plus vastes du Québec. Cette région compte 65 municipalités sur son territoire (CISSSAT, 2016). Au total, le secteur de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue compte 1 540 personnes syndiquées issues de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (APTS, 2017b) et plus de 1 380 membres de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue (Maisonneuve, 2019). Bien que cette région ait vécu de nombreux bouleversements dans l'organisation du travail, ce secteur constituait auparavant un terrain d'exercice où chaque établissement possédait sa propre organisation du travail, ce qui n'est plus le cas à ce jour. La mise en place de cette nouvelle reconfiguration semble se rapprocher des valeurs de la NGP, c'est-à-dire un système de santé encore plus performant dans ses soins et services offerts à sa population (CISSSAT, 2016) et ce, peu importe les dommages que celle-ci semble entraîner sur la santé mentale en raison du devoir des gestionnaires de contribuer au maintien de la performance de leur secteur d'activité (APTS, 2018a). On peut prétendre que la loi elle-même épuise autant les dirigeants que les intervenants professionnels. D'ailleurs, ces effets négatifs à plusieurs niveaux se font sentir chez les intervenants professionnels (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016).

Au quotidien, l'ajout perpétuel de processus visant la réorganisation essouffle les intervenants professionnels puisque dans ces nouvelles formes d'organisations, une adaptation constante est demandée aux travailleurs, notamment de faire autrement le travail (Linhart, 2011), alors que ceux-ci se voient dans l'incapacité de tout contrôler. Cette adaptation s'est particulièrement fait ressentir dans le secteur sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT, 2016) puisque la transition et l'intégration sont en toile de fond dans cette nouvelle structure d'encadrement régionale. Il semblerait que ces transformations issues des dernières réformes, et particulièrement celle en vigueur depuis 2015, aient engendré des malaises importants chez les intervenants professionnels, voire des cas de forte détresse. Plusieurs ont vécu des deuils importants et d'autres ont fait face à ces changements sans trop vivre d'inconfort (ibid). On suppose, dans un tel contexte, que plusieurs pertes ont été ressenties chez les intervenants professionnels comme des changements de milieux de travail, des abolitions de postes, des changements d'équipes de travail et pour certains, de nouvelles pratiques de gestion imposant un encadrement plus rigide, etc. Mais encore, dans ce contexte de travail actuel, les intervenants professionnels doivent composer avec une pression difficilement gérable au quotidien et dont les impacts sont mesurables dans les soins et services dispensés auprès de la population (APTS, 2017a). La mise en place des standards de pratique sans tenir compte des réalités locales respectives apporte son lot de défis et engendre beaucoup de confusion chez les intervenants professionnels (ibid). Au fil des réformes, la proximité que pouvaient entretenir les praticiens avec leur clientèle ainsi qu'avec leurs ressources leur permettant de bien faire leur travail s'est vue diminuée (ibid). On suppose qu'à l'intérieur de cette réalité régionale, une difficulté est présente à articuler tous les nouveaux projets de transformation en raison de la pénurie de main-d'œuvre qui s'est accentuée. À l'heure actuelle, les milieux de pratique à la grandeur du territoire ne sont pas en nombre suffisant pour offrir les services (ibid). En référence à ces diverses actions qui ont été entreprises et celles à venir, il est possible d'observer,

dans les milieux de pratique en Abitibi-Témiscamingue et à la grandeur du Québec, des directives organisationnelles qui ne favorisent pas la réalisation d'un travail à la hauteur de leur satisfaction (Bureau, 2018).

Dans de telles conditions de travail, cela implique donc un changement des valeurs acquises dans l'exercice de la relation d'aide et de soins et celles qui se doivent d'être articulées. Certes, cette pression organisationnelle vers les milieux de pratique, dont exercent des intervenants professionnels, semble constituer un enjeu au quotidien pour certains praticiens souhaitant pouvoir disposer de leurs savoirs professionnels.

1.3 Nouvelle « individualité » et crise des valeurs

D'autre part, comme l'explique Aubert (2017), l'avènement de la modernité et de la liberté a donné lieu à des transformations dans la définition de l'individu. Une nouvelle ère d'hypermodernité se pointe ces dernières décennies, qui suit l'ère moderne marquée par l'ascension de l'individualisme. Précisons que, par hypermodernité, on entend une rupture des normativités² qui se caractérise par une tension entre les normes de régulation organisationnelle et professionnelle. De nos jours, cette rupture se manifeste à l'intérieur des organisations sociosanitaires par une multitude de transformations qui essoufflent et fragilisent les capacités adaptatives des intervenants professionnels (De Gaulejac, 2017).

² La normativité se caractérise par la présence d'une tension existante entre la régulation des normes organisationnelles (dispositifs organisationnels) et professionnelles (code de déontologie) servant à encadrer la pratique professionnelle. L'intégration des normes dites normatives régissent les comportements, les actions des intervenants vers un idéal professionnel difficilement atteignable en raison des exigences contradictoires auxquelles ils sont confrontés (Richard, 2013).

La montée de l'individualisme à laquelle nous venons de faire référence a apporté des changements à plusieurs niveaux au Québec. Par ce constat, on observe de grandes transformations sur le plan des valeurs (instantanéité, immédiateté, toujours plus) et, par conséquent, des changements dans le mode de socialisation et une transformation du lien social (Aubert, 2003; De Gaulejac, 2010b). Ce passage de l'ère de la modernité, caractérisée par le bonheur tant attendu par le progrès, à celle de l'ère de l'hypermodernité se retrouve dans l'idée d'exacerbation, d'excès et d'intensification (Aubert, 2017, 2006; Rhéaume, 2017). On peut vérifier ce constat par l'observation dans notre société d'individus qui sont toujours pressés et qui vivent l'urgence au quotidien dans leur pratique (Aubert, 2003; Rosa, 2014). La rapidité, comme le soutient Lemitre (2016), est devenue un « critère d'efficacité » et « l'efficacité un critère de qualité » (p. 89).

C'est le cas également des valeurs collectives de solidarité ayant permis aux individus autrefois de forger leur identité personnelle et professionnelle et d'être reconnus; elles se sont transformées pour laisser place à des valeurs qui encouragent la compétitivité. Dans cette ère de l'hypermodernité, trop de possibilités s'offrent à l'individu afin qu'il soit en mesure de se réaliser, faire ses choix selon ses propres valeurs. L'accent est mis sur le changement et l'adaptation faisant des individus flexibles qui ont la capacité de se déplacer dans différents univers de travail, de s'adapter à différentes situations (Aubert, 2017; De Gaulejac et Hanique, 2015; Haroche, 2017; Martuccelli, 2007, 2005, 2004) et en mesure de moduler leur identité (Aubert, 2017). Aux yeux de certains travailleurs, dans ce mouvement, l'hypermodernisation de la société peut se traduire par un sentiment de perte de sens du travail (De Gaulejac, 2017). Face à cette nouvelle existence, l'individu peut être confronté à des sentiments d'insécurité et, face aux injonctions d'autonomie, de performance, de responsabilité individuelle et de flexibilité, l'individu est contraint de s'approprier ses épreuves et ses expériences de la souffrance (De Gaulejac, 2017). Ainsi, l'émergence de ces ambiguïtés, vécues à

l'intérieur de notre société, place les individus devant de nouveaux défis quant à leur construction identitaire, faisant en sorte que le travail, comme décrit ci-dessus, devient un endroit qui prédispose à la construction identitaire, source de plaisir, mais aussi à la souffrance. C'est ce contexte de travail marqué par l'« intensité », l'« intrication » et l'« exacerbation » que les tensions sont de plus en plus marquées par les transformations affectant l'univers de travail (De Gaulejac, 2011, p. 47), mais aussi par la perte de l'estime de soi des intervenants professionnels confrontés à une perte de sens brutale pouvant rendre le travail difficile (De Gaulejac et Hanique, 2015). Étant donné que le mouvement engendré par l'hypermodernité est porteur de contradictions, on suppose que les valeurs sociales s'incarnent à travers les logiques organisationnelles dites « hypermodernes ». Contraint à l'adaptation continue due aux transformations des organisations, notamment celles du secteur sociosanitaire, ce contexte décrit plus haut semble assez largement similaire à la réalité des intervenants professionnels qui semble se manifester en mode « débordement ». Considérant ceci, on suppose également que les exigences de rendement, bien qu'elles soient impalpables, sont présentes dans les organisations du travail des pratiques professionnelles.

Ainsi, la philosophie néolibérale et les changements qu'elle impose se reflètent de manière importante au sein des structures organisationnelles et managériales. Au-delà de ces transformations et des enjeux relativement à la pratique des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux, les réformes sont porteuses de contradictions et de tensions (De Gaulejac et Hanique, 2015). Leurs impacts sur les conditions de travail peuvent être porteurs, à leur tour, d'une souffrance au travail chez certains intervenants professionnels. On voit alors des individus, intervenants professionnels, qui se retrouvent déchirés entre deux logiques, à savoir celle du travail social (la conscience professionnelle, la coopération, la stabilité, la qualité au travail) et celle des établissements organisationnels (quantité au

détriment de la qualité, encouragent la concurrence, etc.) (Chamberland, Chammas, Chénard, Grenier, Devault, St-Germain et Thibault, 2018). Les pratiques sociales actualisées à ce jour par les intervenants professionnels sont ainsi le reflet des difficultés occasionnées par le choc des cultures puisqu'elles contribuent à la désarticulation des valeurs de l'intervention sociale.

La réorganisation des services du champ sociosanitaire en Abitibi-Témiscamingue liée notamment à la loi 10 soulève plusieurs préoccupations. Comme mentionné plus haut, une nouvelle réalité de gestion s'installe et plusieurs changements s'intègrent autour de la structure organisationnelle. Le contexte social contribue largement à l'expression par ces travailleurs professionnels de stratégies défensives et joue un rôle important dans l'apparition et le maintien de la souffrance au travail. Toutefois, au-delà de ce contexte social où règnent des injonctions bien déterminées, la souffrance au travail semble découler d'une dimension relationnelle entre employeur/employés, mais aussi dans les relations interdisciplinaires présentes à l'intérieur du système organisationnel. Nous pensons que la souffrance au travail relève de l'articulation entre une dimension objective, quant aux conditions de travail, et une dimension subjective, se rapportant à l'individu. Cette articulation se réalise par le biais des médiations dont s'inspire l'ensemble des professionnels et des gestionnaires, compte tenu des grands changements qui bouleversent le système de santé depuis les dernières décennies. En effet, c'est par une médiation entre ces deux dimensions qu'une dynamique se crée et qu'il est possible de mieux comprendre la souffrance qui est causée par tout cet investissement réflexif et subjectif que déploie l'intervenant dans le cadre de conditions de travail concrètes.

1.4 Objectifs de recherche

Ce projet de maîtrise porte sur la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Plus spécifiquement, les objectifs sont :

- dégager les éléments de la dimension objective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue;
- dégager les éléments de la dimension subjective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue;
- documenter les différentes figures de médiation qui sont mobilisées par les intervenants professionnels à l'égard de ces deux dimensions qui témoignent de la souffrance au travail présente dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

1.5 Recension des écrits

Cette partie dresse l'état des connaissances scientifiques portant sur les effets des modes d'organisation du travail liés à la nouvelle gestion publique (NGP) au regard de la souffrance au travail; ce qui nous permettra d'évoquer les différentes expressions de ce malaise et les effets sur les conditions de pratiques des intervenants professionnels.

1.5.1 Loi 10

Les impacts des orientations découlant de la dernière réforme, notamment la loi 10, poursuivent toujours leur œuvre dans le secteur sociosanitaire. Des auteurs s'entendent à dire que les processus d'harmonisation pour mener à terme les différents projets d'optimisation semblent être irrationnels (Grenier, Bourque et Boucher, 2018). D'ailleurs, ces auteurs font état des nombreuses sorties médiatiques par différents acteurs sociaux (intervenants professionnels, syndicats, etc.) pour contester l'adoption de la loi en raison des difficultés qu'elle engendre sur les plans : structurel, professionnel, organisationnel et même relationnel. Certes, ces acteurs sociaux de milieux et secteurs d'activité différents nomment haut et fort leur situation de souffrance au travail (ibid), de sorte qu'il est possible de constater à l'intérieur de la documentation scientifique que la souffrance au travail est plus qu'à la hausse chez les intervenants professionnels, notamment ceux en Abitibi-Témiscamingue. Selon l'APTS (2018b), ce sont plus de la moitié des intervenants professionnels de cette région qui ont répondu à un sondage sur la détresse psychologique afin de dénoncer les mauvaises conditions de travail et les atteintes à leur santé mentale. D'ailleurs, une mesure au plan d'action ministériel en santé mentale 2015-2020 recommandait aux Centres intégrés la mise en place de pratiques organisationnelles et de conditions de travail favorables à la santé mentale des praticiens. Toujours selon l'APTS (2018b), aucune action n'aurait été prise en ce sens par le CISSSAT pour contrer les difficultés vécues (peu de marge de manœuvre dans l'exercice des fonctions, faible soutien des gestionnaires, etc.) chez les intervenants professionnels afin de réduire le taux d'absentéisme. La nouvelle structure organisationnelle découlant de la loi 10 a également institué de nouveaux enjeux pour les travailleurs œuvrant dans différents secteurs d'activité telle que l'intensification des services de première ligne. À la suite de la nouvelle harmonisation des processus et activités cliniques, on observe déjà des points de services fermés notamment par le Centre local des services communautaires

(APTS, 2016a). Une des stratégies proposées à l'intérieur de la loi 10 est l'intégration forcée des intervenants professionnels au sein des groupes de médecine de famille (GMF) pour l'accès plus rapide aux soins et aux services de première ligne, et ce, à la grandeur du territoire du Québec (Boucher, Grenier et Bourque, 2017). Rappelons que le mandat des GMF consiste à offrir des services et des soins de santé de première ligne pour permettre une meilleure fluidité dans les urgences des hôpitaux. Il est important de se souvenir également que les GMF ont été créés il y a dix ans afin que chaque personne puisse avoir accès à un médecin de famille. C'est sur la base de cette pratique que le réseau s'est développé rapidement sur tout le territoire du Québec (Boucher, Grenier et Bourque, 2017). Cette stratégie, mise en place par le biais du programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine familiale, en vigueur depuis mars 2016, est venue bouleverser les rôles respectifs des Centres intégrés et des GMF (APTS, 2016b). En effet, le Centre intégré avait comme mandat de fournir des travailleuses sociales et d'autres catégories professionnelles de la santé. Aucune mesure n'a été prise pour remplacer les ressources après leur départ (Boucher, Grenier et Bourque, 2017).

Plusieurs cadres ont perdu leurs emplois et d'autres se sont replacés dans un secteur d'activité dans lequel ils pouvaient posséder peu d'expérience en gestion ou peu d'expérience pour le secteur d'activité. En Abitibi-Témiscamingue, l'inaccessibilité à une gestion de proximité occasionne des difficultés importantes puisque la pratique de plusieurs cadres s'étend maintenant à la grandeur du territoire de la région. Sous l'appellation « cadres multisites », ceux-ci sont appelés à exercer la gestion au sein de plusieurs équipes de travail qui œuvrent dans divers établissements et, bien souvent, dans des villes différentes (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2013). L'écart entre les deux réalités, la gestion de proximité et la gestion à distance, peut s'avérer dans ce cas un enjeu majeur pour la communication entre les acteurs concernés. À ce titre, l'équipe syndicale régionale souligne les

difficultés de communication du CISSSAT. Elle soulève notamment les difficultés de communication entre les différents paliers hiérarchiques, la difficulté à travailler en partenariat et le manque de volonté de l'administration à prendre un temps requis pour tenter de trouver des solutions de rechange (APTS, 2018b).

Selon Boucher, Grenier et Bourque (2017), cette nouvelle gouvernance et tous les projets de réorganisation d'envergure sont de toute évidence le prolongement de la succession des réformes précédentes induites par les principes d'efficience de la NGP. Pour ces auteurs, la loi 10 vient brouiller une fois de plus la structure organisationnelle, reflétant plusieurs maux du travail, et exige de ses travailleurs qu'ils fassent preuve de flexibilité, d'adaptabilité, de performance et d'autonomie. Depuis les nouvelles orientations politiques émises par l'État néolibéral, l'existence d'une tension entre les gestionnaires, travailleurs sociaux et l'État est palpable dans les différents secteurs d'activité. L'emprise exercée sur les professionnels au niveau de leurs pratiques sociales est de plus en plus forte, étant donné la diminution du pouvoir décisionnel et de leur l'autonomie dans les activités. Ce qui fait que, pour Grenier, Bourque et St-Amour (2016), la place accordée à la relation d'aide est de moins en moins présente. Par ailleurs, certains intervenants professionnels de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ont dû fusionner leurs cultures organisationnelles et qui, selon les résultats de recherche de Grenier, Bourque et Boucher (2018), causent des tensions dans le climat de travail, voire plusieurs deuils.

Il ressort ainsi du contexte qui marque cette étude un équilibre professionnel fragilisé par tous ces changements subits. Il est possible de percevoir la grande complexité du modèle managérial axé sur les valeurs d'efficience puisqu'il propose à tous les professionnels des organisations sociosanitaires d'y adhérer sans même pouvoir se poser la question sur la façon de le moduler à la pratique du métier. D'autant plus que la peur de représailles est de plus en plus ressentie chez les intervenants

professionnels qui participent à cette transformation organisationnelle (Grenier, Bourque et Boucher, 2018). L'écart du travail entre ce qui est exigé par les organisations et la manière de penser le travail pour les intervenants professionnels semble déclencher des plaintes de souffrances, pour certains d'entre eux. Dans un tel contexte, la santé mentale des employés professionnels devient alarmante.

1.5.2 L'impact des nouveaux modes d'organisation du travail liés à la nouvelle gestion publique : une mise en contexte

La mise en place de la NGP occasionne, depuis les dernières années, plusieurs arrêts de maladies chez les travailleurs, car elle produit de nouvelles exigences de travail telles que le dépassement de soi, faire preuve d'autonomie tout en respectant les normes organisationnelles, etc., et conditionne les individus à un rythme dit « anormal » pour le corps humain (Pezé, 2017). En augmentation au Québec depuis 10 ans dans le secteur de la santé et des services sociaux, les coûts associés à l'absentéisme au travail ont dépassé les 390 millions de dollars en 2014. De plus, 40 % de ces absences sont liées à des difficultés de santé psychologique au travail (Front commun, 2014). Poursuivant ce propos, Ruta (2003) affirme que le nombre d'absences pour troubles de santé mentale aurait fortement augmenté dans le système québécois de santé et de services sociaux. Malgré leur aspect sommaire, d'autres résultats de recherche, notamment ceux de Dolan, Gosselin et Carrière (2007), montrent que les gestionnaires auraient une influence considérable sur la gestion du stress en ce qui concerne le taux d'absentéisme chez les travailleurs. Par ailleurs, la forte progression en milieu de travail des cas de mal-être, voire de *burn-out*, représente un problème de santé publique très inquiétant au Québec (Charrier et Hirschelmann, 2016; Ehrenberg, 2010; Vézina, 2010).

Une enquête nationale sur la santé mentale des travailleurs actifs en milieu de travail (dirigeants des ressources humaines, cadres supérieurs, médecins, etc.), qui a été menée en 2014 par Morneau Shepell (2015), indique qu'un employé canadien sur trois souffre ou a souffert de troubles anxieux ou de dépression, que 99 % des médecins indiquent traiter dans leur pratique des difficultés reliées au travail (reconnaissance des employés, équilibre travail-vie personnelle, stigmatisation, etc.) dans presque tous les cas, que 45 % des travailleurs mentionnent avoir pensé quitter leur employeur à cause d'un niveau de stress trop élevé dans leur milieu de travail et que 31 % des employés affirment avoir pris des congés en raison du stress. En ce sens, il est possible d'observer sur le terrain de pratique des intervenants du secteur socio-sanitaire un fort roulement de personnel.

Pour sa part, l'étude de Vézina, Stock, Lippel et Funes (2011a) démontre également qu'une grande proportion des salariés qui s'absentaient de leur milieu de travail en raison de difficultés de santé psychologique le fait suite aux problématiques vécues dans leur travail respectif. En référence à ce propos, un rapport statistique paru dans le bulletin d'information du CSSS Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT, 2018) *L'INTERCOM*, dévoile qu'en date du 30 juin 2018, 356 dossiers étaient actifs au sein du programme d'aide aux employés (PAE) et le motif personnel est le plus souvent mentionné à 49,2 %. De ce nombre, le facteur lié au travail est le plus souvent invoqué. Par ailleurs, Poirier (2000) apporte un éclairage découlant des observations qu'il a réalisées sur le terrain, à savoir que certains intervenants en santé mentale seraient en situation de détresse psychologique sans le reconnaître.

Les infirmières ne sont pas épargnées par la nouvelle réforme proclamée par la loi 10. D'ailleurs, la FIQ-Syndicat interprofessionnel en soins de santé de l'Abitibi-Témiscamingue (SISSAT) a dévoilé un sondage qui dresse un portrait alarmant de ses membres, intervenants professionnels. Elle dénonce que 60 % de ses membres

interrogés envisagent de quitter la profession et que 98 % voient leurs conditions de travail et la qualité des soins se détériorer depuis la récente fusion (Vachon, 2018). Le déploiement des différentes mesures mises en application par les établissements du secteur de la santé et des services sociaux au Québec, qui est attribuable aux nombreux changements survenus dans les pratiques organisationnelles, contribue à l'épuisement chez le personnel infirmier et serait, pour les infirmières d'expérience, une motivation pour aller exercer en pratique privée (Langlois *et al.*, 2009).

Devant ces contraintes et ces impacts attribuables aux orientations politiques et organisationnelles, les intervenants professionnels désirant réussir malgré le conflit de valeurs entre ce que l'organisation exige et la pratique professionnelle en matière de besoins, de connaissances, de compétences et d'apprentissages se retrouvent soudainement dans l'impossibilité de faire un travail qui est digne de leur éthique professionnelle, car ils sont fatigués subjectivement. S'ajoutent à leur réalité, pour ceux à qui cet écart entre les logiques leur procure différents malaises, le sentiment d'être mauvais, exténué et de ne plus avoir les ressources nécessaires pour continuer le travail (De Gaulejac, 2017). Cette logique quantitative à l'œuvre dans les organisations sociosanitaires soulève de nombreux questionnements chez les intervenants professionnels, souvent sans réponse ou sans le sentiment d'être entendus, et effrite peu à peu le peu d'identité professionnelle qui leur reste (Chamberland *et al.*, 2018). Rappelons que, depuis le début des années 1990, le secteur de la santé et des services sociaux connaît des transformations d'envergure qui suscitent de nombreux malaises (Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004), des plaintes de ces professionnels dans leurs rapports à eux-mêmes et dans leurs rapports avec l'organisation qui les emploie. Plus de 20 ans plus tard, ce constat est toujours le même! La réorganisation des services du champ sociosanitaire en Abitibi-Témiscamingue, liée notamment à la loi 10, soulève plusieurs préoccupations. Une nouvelle réalité de gestion s'installe et plusieurs changements s'intègrent autour de la

structure organisationnelle. D'ailleurs, une récente étude sur l'effet des restructurations sur les intervenants professionnels dans les organisations du secteur sociosanitaire, notamment à la suite de la dernière réforme, révèle un sentiment de démobilisation, d'isolement, de perte de sens et de moyens pour réaliser le travail (Boucher, Grenier et Bourque, 2017). Le contexte social contribue largement à l'expression, par ces travailleurs professionnels, de stratégies/réactions défensives et joue un rôle important dans l'émergence et le maintien de la souffrance au travail.

1.5.3 Impacts de la souffrance au travail sur la santé chez les intervenants professionnels

Les situations de souffrance au travail sont de plus en plus présentes au sein des organisations en raison des évolutions des modes d'organisation du travail. Ici, contrairement à l'idéologie gestionnaire³, à laquelle les approches de la NGP correspondent, les recherches scientifiques sur les théories du stress montrent qu'un individu qui doit toujours s'adapter à des situations stressantes ou perçues négativement développe à long terme des difficultés nuisibles à sa santé mentale et physique (Leruse *et al.*, 2004; Lupien, 2010). En ce sens, plusieurs recherches produites jusqu'à présent soulèvent des situations de souffrance au travail qui engendrent des impacts sur la santé mentale et physique des intervenants professionnels du secteur sociosanitaire.

³ L'idéologie managériale correspond à un système de pensée que l'on retrouve à l'intérieur des organisations qui incarnent les valeurs de la NGP. Dès lors, elle entretient des pensées illusoire chez les travailleurs par l'influence de son pouvoir exercé sur ceux-ci. En ce sens qu'il faut faire plus avec moins. Cette idéologie intériorisée par les intervenants oriente les actions humaines de ceux-ci en indicateurs de performance. Dans ce contexte, le modèle de la haute performance prédomine les organisations et provoque des contradictions (De Gaulejac, 2005).

1.5.3.1 Impacts de la souffrance au travail sur la santé mentale

Les individus vont manifester des difficultés de sommeil importantes, des migraines, de l'anxiété, des problèmes de mémoire et développeront des frustrations, de l'irritabilité et du désespoir en raison du stress chronique vécu par le travail (Brun, 2016). D'autres études démontrent que l'intensification du travail suscite des effets dommageables chez les individus que nous pouvons résumer de la façon suivante : des atteintes à la santé mentale telles que des dépressions, un envahissement de la vie personnelle (Davezies, 2007), de la détresse psychologique (Légeron, 2008), un désinvestissement et de l'angoisse (Lethielleux, 2004; Ruta, 2003) ainsi que des crises de larmes comme signaux d'alerte très forts du *burn-out* (Pezé, 2017). Dans le prolongement des impacts sur la santé mentale, il est intéressant d'observer, sur la base des écrits consultés, la présence de sentiments moraux chez les intervenants professionnels tels que le sentiment d'inefficacité, d'insatisfaction du travail, la culpabilité, l'impuissance et la honte (Edey Gamassou et Moisson-Duthoit, 2012; Richard, 2014) qui vont conduire à une souffrance psychique. Dans cette perspective, les ressources de l'individu revêtent une importance cruciale dans une situation contraignante. À long terme, si la masse de stress devient chronique dans la vie de l'individu et que ces ressources personnelles sont constamment sollicitées, l'individu risque l'épuisement professionnel.

Par définition, l'épuisement professionnel ou émotionnel consiste en une baisse de l'accomplissement de soi au travail, un repli sur soi et une importante difficulté à s'ouvrir aux autres (Canouï, 2016). L'évolution des conclusions de recherches sur l'épuisement professionnel fait ressortir l'engagement de soi comme déclencheur de la pathologie (Kirouac, 2012, 2015). Par ce modèle de travail, les travailleurs sont contraints à l'injonction de la performance représentée sur le terrain par un dépassement de soi sans limites qui pousse les travailleurs à être contraints d'en faire toujours plus (Bonneville, 2014) et susceptible de les pousser à vivre le processus de

« rupture de soi » (Aubert, 2008). Ce processus se déclenche quand l'individu ne trouve plus « le moindre espace pour pouvoir respirer, se mettre à distance, trouver du sens, n'a d'autre recours qu'une déconnexion brutale [...] » (Aubert, 2008, p. 36). Dans ce contexte, les intervenants professionnels sont appelés à vivre des situations « en mode trop plein ». Dans le même ordre d'idées, Dejours (2007) y va d'observations similaires :

C'est toute la subjectivité qui est prise dans ce mouvement, jusque très loin dans l'intimité. C'est l'une des raisons pour lesquelles on peut tomber malade ou, au contraire, être transformé avec bonheur par le rapport au travail. (p. 272)

Dans un autre ordre d'idées, Brun (2016) et Pezé (2017) rapportent la présence de sautes d'humeur fréquentes, d'une baisse de créativité et de productivité, d'isolement et de problèmes interpersonnels.

L'état des connaissances dégage plusieurs constats inquiétants à l'égard des impacts sur la santé mentale, physique et comportementale. Plusieurs facteurs liés aux organisations du travail semblent déterminer à eux seuls une part des difficultés de souffrance au travail et c'est de ces facteurs et de leurs impacts sur les conditions de travail que nous allons porter notre attention dans la prochaine partie de la recension.

1.5.3.2 Impacts de la souffrance au travail sur la santé physique

En matière d'impacts sur la santé physique, Herman (2007) et Pezé (2017) rapportent la présence de douleurs diffuses, problèmes digestifs, perte de poids, fatigue chronique, eczéma et le recours, pour certains, à des médicaments psychotropes. À cet effet, les recherches indiquent qu'environ plus de 400 000 travailleurs québécois ont eu recours à une médication au cours du dernier mois pour soulager leurs symptômes de détresse ou de problèmes de sommeil (Vézina *et al.*, 2011a). Selon les

données recensées, ces impacts produisent non seulement des difficultés de santé mentale et physique, mais posent aussi des problèmes sur le plan comportemental. L'étude de Vézina *et al.*, (2011a) établit un lien étroit entre le niveau élevé de détresse psychologique et le présentéisme au travail. Le présentéisme, c'est « quand l'individu se rend au travail, mais que sa productivité et son efficacité sont réduites en raison d'un stress » (Lupien, 2010, p. 174). D'après l'étude menée par Vézina, Stock, St-Arnaud et Funes (2011b), ce phénomène touche plus de la moitié des employés. En outre, Vézina *et al.*, (2011b) ajoutent que les travailleuses du secteur de la santé et des services sociaux présentent un taux de présentéisme de longue durée. On peut citer à titre d'exemple un article paru dans le journal régional *L'INTERCOM* du CISSSAT (2015) attestant un taux d'assurance salaire qui correspond à 220 000 heures et représente l'équivalent de 120 postes à temps complet. Par ailleurs, Lupien (2010) conclut que l'absentéisme serait lié aux effets du stress chronique vécu par les travailleurs. Ces données laissent percevoir la présence de manifestations de souffrances au travail, ce qui explique possiblement que les travailleurs doivent faire face au quotidien ou régulièrement à des situations de mal-être qui affectent leur santé mentale et physique.

1.5.4 Les facteurs de la souffrance au travail

Les raisons pouvant mener à la souffrance au travail sont multifactorielles et complexes. Dans une recension des écrits proposée par Boivin-Desrochers et Alderson (2014) portant sur les sources de souffrance expérimentées par le personnel infirmier, ceux-ci stipulent que les sources de souffrance sont liées aux situations de travail, par exemple l'environnement du travail, la charge de travail, les situations de violence physique ou psychologique, les tensions psychiques et le stress, les relations avec ses pairs et ses supérieurs et, enfin, l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle. Cela rejoint le constat de De Gaulejac et Mercier (2012) qui proposent

une synthèse de douze facteurs pouvant être la cible dans l'apparition de la souffrance au travail. Cette synthèse est complémentaire à celle proposée précédemment et s'avère pertinente à la problématique de cette étude. Selon ces auteurs, c'est l'accumulation des facteurs dans leur ensemble qui génère de la souffrance au travail. De Gaulejac et Mercier (2012) font référence à : 1) la pression, l'intensification du travail, la culture de l'urgence, 2) l'instrumentalisation, la maltraitance institutionnelle, 3) l'obsession évaluatrice et la quantophrénie, 4) la multiplication des injonctions paradoxales, 5) la norme comme idéal et l'exigence du toujours plus, 6) l'individualisation, l'isolement, la lutte des places, 7) la dégradation de l'amour du métier, 8) la perte de sens, 9) des formes de reconnaissance qui génèrent une insatisfaction chronique, 10) la menace, l'insécurité et la logique d'obsolescence, 11) la crise des valeurs, les malversations et les conflits de loyauté, 12) la coupure *Top and Down*.

Bien que la souffrance au travail soit multidimensionnelle et multifactorielle et qu'elle soit plus rattachée aux composantes structurelles et organisationnelles de plusieurs écrits théoriques, la raison d'être de cette souffrance peut prendre une position idéologique différente que celle décrite précédemment. Selon Richard et Mbonimpa (2013), la souffrance au travail peut être associée à des facteurs internes à l'individu tels que des facteurs liés aux histoires individuelles, traits de caractère, personnalité, etc. Dans une étude conduite par Richard et Laflamme (2016) auprès des intervenants professionnels du secteur sociosanitaire du Québec et de l'Ontario, les résultats indiquent que la souffrance au travail peut s'avérer relative malgré les conditions de travail jugées difficiles. En ce sens, la souffrance au travail, pour ceux qui la ressentent, se vit à divers degrés selon les périodes, et les raisons menant à vivre des difficultés ou des préoccupations ne sont pas les mêmes pour chacun. Par ailleurs, les conclusions de cette même étude dévoilent que les déterminants structureaux organisationnels ne peuvent à eux seuls déterminer les situations de

souffrance au travail et que le lien entre la NGP, les conditions de travail difficiles et la souffrance au travail est faible. Des facteurs internes au travail, mais aussi externes au travail, tels que la diversité des formes d'éducation, la gestion des conflits, la socialisation, etc. déterminent le rapport des individus à la souffrance au travail. Quoique la souffrance au travail trouve une partie de son explication dans les caractéristiques propres à l'individu, il n'en demeure pas moins que plusieurs études scientifiques montrent que les facteurs qui conduisent l'individu à vivre des situations de souffrance au travail, voire de détresse psychologique, proviennent des conditions de l'organisation (Marchand, 2004) et de la créativité, voire des stratégies défensives pour y faire face (Dejours, 2015). D'ailleurs, les conclusions de recherche de Marchand (2004) montrent qu'une organisation du travail qui s'avère problématique engendre des difficultés de santé mentale, peu importe les caractéristiques propres à l'individu (traits de personnalité) et les autres facteurs de stress hors travail (situation familiale).

Nous croyons, à la lumière de ces perspectives, que l'articulation entre les deux dimensions, à savoir celle reliée à l'organisation du travail et celle reliée aux besoins des intervenants professionnels, serait mise à l'épreuve et susceptible d'engendrer des situations de souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur sociosanitaire. Certains facteurs, qui seront traités dans la prochaine partie, attirent l'attention des chercheurs plus que d'autres, notamment les modes de gestion, les conflits de valeurs, la surcharge au travail et les pratiques managériales.

1.5.4.1 Modes de gestion et souffrance

Dans une perspective organisationnelle, les pratiques managériales mobilisent l'engagement de soi afin d'atteindre les exigences qui, selon De Gaulejac (2009), entraînent un déplacement du pouvoir managérial du collectif vers les consciences individuelles en matière de souffrance psychologique. D'ailleurs, une étude menée au

Québec démontre que le nouveau modèle de travail par les organisations engage chez les individus une forte mobilisation de soi et des capacités subjectives par rapport à l'activité du travail sur lequel repose, bien souvent, le rendement des organisations (Mercure et Vultur, 2012). Dans des termes plus concrets, Ravon (2009) explique que les intervenants professionnels n'ont plus accès aussi facilement à l'idéal du métier (règles communes apprises qui fondent le métier), ils doivent constamment puiser dans leurs ressources personnelles pour tenter de contourner les contradictions imposées par les nouvelles exigences organisationnelles. Par exemple, le cadre organisationnel exige dorénavant des intervenants professionnels qu'ils réduisent les temps de rencontre et rédigent la note le plus rapidement possible afin d'intervenir au plus tôt avec le prochain client. Dans le secteur sociosanitaire au Québec, l'APTS (2018C), Gagnon (2018), Gonin, Grenier et Lapierre (2012), Grenier et Bourque (2016) ainsi que Larivière (2012) observent une détérioration de la qualité des services rendus parce que les intervenants sociaux ont de la difficulté à assumer leurs responsabilités professionnelles dans l'exercice de leur profession puisqu'ils sont pris entre le respect de leur code de déontologie et les prescriptions déraisonnables de l'employeur. Pour ces auteurs, l'intensification de la charge de travail et l'augmentation du nombre de mesures de contrôle quantitatives, l'usage d'outils cliniques uniformisés et standardisés, des normes de pratique qui perdent leur sens ou sont appelées à disparaître sont à la source de ces difficultés. Ainsi se produit une souffrance menant à l'usure professionnelle, voire à l'épuisement des intervenants.

Or, plusieurs écrits scientifiques ont bien montré que cette incompatibilité entre les deux logiques, à savoir la logique de la production et celle de l'intervenant professionnel, serait pour plusieurs intervenants professionnels source de grand mal-être. Face à ce propos, on constate alors que le travail mobilisant la logique de l'État ne semble plus faire appel aux différents savoirs des métiers professionnels ou, du moins, le remet en question. Ces propos confirment que « l'intensification de

l'engagement subjectif au travail et la mise au travail d'affects » sont maintenant des compétences nécessaires pour les gestionnaires (Périlleux, 2003), même si le travail n'est pas valorisant (Gollac et Volkoff, 2006).

Par ailleurs, d'autres auteurs attestent, cette fois-ci, des impacts des nouveaux modes de gestion sur la vie familiale (St-Amour, Laverdure, Devault et Manseau, 2005). Selon l'étude de Laloy et Fusulier (2008), la responsabilité du rôle parental est appelée à diminuer, voire à se moduler et une négociation est constamment présente entre les contraintes familiales et les situations de conflits entre le travail et la vie de famille.

1.5.4.2 Conflit de valeurs et souffrance

Des études établissent une forte corrélation entre les nouvelles pratiques de gestion et l'existence de conflit de valeurs. D'après les travaux de Dejours (2006) et Melchior (2011), l'existence d'un conflit entre les valeurs morales et les exigences d'adhérer à des actes qu'on désapprouve fait émerger une souffrance éthique. Le conflit de valeurs (Girard, 2009) peut se produire également lorsqu'il y a présence d'une tension entre le désir de commettre un geste ou d'intervenir selon la profession et les valeurs organisationnelles, ce qui peut être néfaste pour la santé mentale. Sous cette perspective, le malaise grandit lorsque l'individu est contraint de pouvoir exprimer sa souffrance ou résoudre de manière satisfaisante le conflit de valeurs, puisque, comme le souligne Lemitre (2016), lorsque les individus sont restreints à rationaliser leur travail au détriment de leur savoir pratique, cette restriction engendre une tension dans les valeurs éthiques.

Les éléments de la dimension objective que l'on veut mettre en lumière dans la présente étude concernent les conditions de travail, ce qui renvoie aux outils de gestion, aux procédures, aux relations au travail et aux différents dispositifs encadrant

l'exercice de la profession, tels qu'ils sont perçus par les intervenants professionnels. Ce sont tous ces nouveaux outils, développés à la suite de l'évolution des nouvelles technologies, qui exercent une « emprise » chez l'individu (Pezé, 2017). D'ailleurs, ces outils, en plus de conditionner les individus à un rythme dit « anormal » pour le corps humain, exigent d'eux une vitesse dans la mise en œuvre des tâches toujours plus élevée en ce qui concerne la performance à atteindre (ibid).

Plus encore, Richard (2013) a fait ressortir le « choc des épistémés » pour aborder le conflit de valeurs : la tension existante entre le référentiel des intervenants professionnels et celui lié aux organisations. Suivant cette perspective, le référentiel fait référence aux manières de concevoir le travail bien fait. Le « choc des épistémés » produit, dans ce cas, une tension dite « normale » puisqu'elle oppose, d'une part, les exigences professionnelles et, d'autre part, les exigences organisationnelles pouvant mener à une souffrance morale. Bien souvent, comme l'expliquent Chénard et Grenier (2012) et Glarner (2014), les intervenants sociaux sont confrontés à cette dualité grandissante entre le travail prescrit par la logique managériale difficilement atteignable et le travail souhaité, représenté par la logique du métier. Par cette dualité, la perte de sens du travail, le décrochage et l'épuisement professionnel chez les praticiens du secteur sociosanitaire comptent parmi les conséquences de cet écart entre les logiques de l'organisation et des intervenants professionnels (Biron, 2006). Cela revient une fois de plus à dire que l'engagement de soi produit, qui dépasse bien souvent les capacités et les ressources de l'individu, se retrouve au cœur de cet écart entre les logiques d'action pour contrer les résistances contradictoires.

1.5.4.3 Surcharge au travail et souffrance

Selon Abord de Chatillon et Desmarais (2012), la surcharge de travail compte parmi les facteurs les plus souvent cités. Il existe deux façons d'aborder la surcharge de

travail au sein de la documentation scientifique : la surcharge qualitative – lorsque l’individu a le sentiment de ne pas avoir les compétences ou les ressources internes pour pallier les exigences –, la surcharge quantitative – qui réside davantage dans le travail sous pression (peu de temps pour effectuer la tâche ou peu de moyens). Cette dernière est également considérée comme l’un des stressors les plus significatifs dans le domaine médicosocial (Truchot, 2004). Pour sa part, Brun (2009) apporte un éclairage intéressant en ce qui concerne la charge de travail, ce qui permet de mieux comprendre ce qui n’est pas palpable. Selon cet auteur, la charge de travail ne se résume pas seulement au travail fait ou accompli dans une journée, mais également au travail que les intervenants ne parviennent pas à effectuer.

Outre l’intensification du travail, bien que largement documentée pour expliquer certains maux du travail, la charge émotionnelle constitue pourtant un enjeu incontournable sur lequel nous devons nous arrêter puisqu’elle imprègne le quotidien de plusieurs intervenants professionnels œuvrant dans le secteur sociosanitaire. Les études démontrent que l’idéologie managériale issue de la NGP contraint les intervenants professionnels à refouler leurs émotions (Linhart, 2011; Périlleux, 2010) telles que la colère, les frustrations ou les inquiétudes et engendre une contamination dans l’univers professionnel (Dejours, 2015) de ceux-ci. D’après les travaux menés par Boudoukha (2016a), l’évitement des émotions empêcherait la prise de distance nécessaire des conditions objectives à l’origine qui font obstacle à l’équilibre et aurait un impact sur la qualité des soins qui sont offerts (Le Bezvoët, 2007). Ceci revient à dire que toutes ses ressources adaptatives que doit mobiliser l’individu face à la NGP ont pour effet à la longue d’augmenter chez l’individu sa charge émotionnelle, notamment de réduire son sentiment d’efficacité et d’utilité (Tirmarche, 2016), et d’augmenter sa fatigue mentale. Glarner (2014) pointe un aspect important des enjeux de la souffrance au travail, à savoir que la fatigue et le sentiment de lassitude sont des risques inhérents à la recherche active de solutions à ces problèmes. Dans un autre

ordre d'idée, la lourdeur du travail prédispose des intervenants professionnels à être confrontés à des difficultés interpersonnelles. Selon l'écrit de Boudoukha (2016b), les conflits de rôle et l'ambiguïté du rôle font partie des composantes de l'environnement de travail à l'origine de la souffrance au travail. Toutes ces expressions sont la résultante des conditions de travail qui entraînent à leur tour une perte de sens du travail puisque ces nouvelles normes sont, de manière générale, perçues comme des contradictions chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux (Chamberland *et al.*, 2018) et parce qu'il y a présence de trop d'efforts non récompensés (Vassal, 2005).

1.5.4.4 Pratiques managériales et souffrance

Dans certains écrits recensés, des études révèlent que les pratiques de gestion sont l'un des facteurs les plus souvent cités par les répondants pour témoigner de la souffrance au travail et que ce facteur joue souvent un rôle central dans les difficultés des travailleurs (Durat et Bartoli, 2014; Fort, Lobies et Bergeret, 2011). Combalbert et Armand (2016) soulèvent une augmentation de stress en raison des rapports hiérarchiques difficiles. Dans ce sens, Côté (2013) a fait ressortir des postures non concluantes dans les pratiques managériales menant à des remises en question des compétences et une volonté de quitter ce travail (*ibid*). Dans cette étude, l'auteure expose différentes pratiques : le manque de soutien au développement professionnel, les réprimandes si l'infirmière manque un appel ou refuse des heures de travail, le manque de reconnaissance, une gestion éloignée du terrain de pratique, etc. Dans la même veine, plusieurs auteurs ont documenté le sentiment de non-reconnaissance de l'engagement des travailleurs (Brun et Dugas, 2005; Carpentier-Roy, 2001; Daloz, Balas et Bénony, 2007; Molinier, 2006). Également, les problèmes de communication ainsi que le manque de confiance envers son gestionnaire sont des aspects soulevés dans certaines études scientifiques (Detchessahar et Grevin, 2009). Ces chercheurs

expliquent ces difficultés dans le dialogue par la peur que l'information émise soit mal utilisée.

En prolongement aux propos des auteurs cités précédemment, Giust-Desprairies et Giust-Ollivier (2010) soulignent la présence de pratique de contrôle dans les activités, voire de la pensée des travailleurs, comme la présence de reproches aux travailleurs pour avoir donné trop d'informations. Également, ces auteures expliquent que les réponses des travailleurs sont souvent observées, voire contrôlées.

Hirigoyen (2017) note que les « pratiques managériales autoritaires, voire perverses » envers les employés collaborateurs sont un risque inhérent à l'émergence de la souffrance au travail (p. 75). Dans les faits, une étude récente réalisée dans le secteur sociosanitaire chez des travailleurs sociaux révèle que ceux-ci dévoilent être victimes d'intimidation de la part de leur gestionnaire afin d'atteindre les indicateurs de performance (Grenier, Bourque et Boucher, 2018). Ces auteurs font référence à la présence d'un climat de violence organisationnelle. Par ailleurs, Cormier (2011) apporte un constat intéressant en ce qui concerne les pratiques relationnelles de gestion. Cette auteure atteste que le manque de compétence chez les gestionnaires serait un des éléments favorisant l'apparition d'un conflit ou aggravant un conflit déjà existant. Sur ce point, Cormier (2011) explique que l'évitement du conflit ou le renvoi de la responsabilité à une autre personne constituent deux pratiques que les responsables administratifs adoptent puisqu'ils ne savent pas comment agir dans des situations délicates. À la lumière de ces lectures, on comprend que la souffrance au travail a sa raison d'exister et trouve son origine parmi un éventail de facteurs.

1.5.5 Plaisir au travail

Bien que grand nombre de chercheurs disent que la souffrance au travail est bien présente dans l'environnement des travailleurs, elle peut se transformer en plaisir si les individus parviennent à dégager des stratégies pour la contrôler ou du moins la diminuer (Dejours, 2015). Ce plaisir peut être attribuable, selon la marge de manœuvre détenue par les travailleurs, à l'organisation du travail. Le modèle de Karasek et Theorell (1990) d'autonomie-contraintes des tensions mentales aborde les difficultés vécues, comme le stress, selon le niveau de contrôle que l'individu possède à l'égard des différentes contraintes. Plus l'individu détient du pouvoir sur la contrainte (demandes psychologiques exigées par le travail), moins il subit la souffrance au travail. Siegrist (1996), au moyen de son instrument de mesure de l'équilibre effort accompli/compensation en retour, propose pour sa part un modèle complémentaire à celui de Karasek et Theorell. Il a démontré que la souffrance au travail serait une conséquence directe du déséquilibre entre ce que le travailleur apporte au travail et ce qu'il en retire. À ce sujet, une étude menée par Vézina et St-Arnaud (2011) conclut que, dans un travail émotionnellement exigeant, lorsque les pratiques managériales offrent aux travailleurs un bon niveau de latitude décisionnelle et de soutien, on observe une diminution des difficultés psychologiques au travail. Dans cette perspective et dans ce contexte de travail émotionnellement exigeant, il est possible de lier le faible pouvoir décisionnel et la souffrance au travail qui en résulte.

Les études en psychodynamique du travail (PDT) nous indiquent qu'une organisation du travail qui permet à l'individu de se réaliser et d'offrir des soins ou des services selon ses valeurs et d'être reconnu par ses collègues et ses supérieurs est un facteur déterminant de la santé mentale (Molinier et flottes, 2012). De la même manière, Morin (2008) tend à montrer, par son modèle sur l'attribution de sens au travail, que

plus un individu attribue du sens à son travail, plus il se sent utile dans l'environnement dans lequel il exerce et plus de stratégies de mieux-être sont présentes; par exemple, des occasions de développement professionnel et de reconnaissance. Le lien entre les deux montre les bienfaits sur la santé mentale des salariés au Québec de secteurs d'activité différents. Dans ce cas, la documentation scientifique démontre qu'il est vrai que le plaisir au travail peut exister et que ce n'est pas tous les travailleurs qui vivent des situations de souffrance. C'est d'ailleurs ce que Déry (2018) tend à démontrer dans une récente étude conduite au Québec auprès des infirmiers du secteur sociosanitaire. Les résultats de la recherche dévoilent que les caractéristiques personnelles de l'individu, les activités sociales, avec ou sans le collectif de travail ou, encore, la perception de l'individu sur le sens donné à son travail sont des éléments essentiels pour développer des sources de plaisir au travail. Cet auteur stipule également que les sources de plaisir qui émergent de l'organisation du travail, par exemple la présence de soutien au sein d'un collectif ou un collectif peu soutenant, peuvent s'avérer pour certains individus une source de souffrance, le contraire s'avérant aussi possible. Comme en témoignent ces différents modèles exposés plus haut, leurs postulats semblent adopter une position qui individualise davantage le rapport à la santé mentale des travailleurs à leur travail au détriment d'une posture de « changement ». Selon Maranda (1995), ces modèles ne tiendraient pas compte des facteurs environnementaux, ce qui contraint les individus à s'adapter continuellement dans le déploiement de stratégies adaptatives.

1.5.5.1 Stratégies défensives pour réduire la souffrance au travail

Nombreuses sont les études qui ont permis de faire la lumière sur les stratégies défensives sous l'angle de la PDT. Les stratégies défensives émergent chez l'individu pour tenter de contrer la souffrance au travail en leur permettant de traiter avec une organisation du travail qui ne semble pas leur donner les moyens pour bien le faire. Dans l'ensemble, les travaux existants sur le sujet aident à des degrés variables à la

compréhension du déploiement des stratégies défensives et ont mis en évidence avec beaucoup de pertinence que les stratégies défensives pour diminuer la souffrance au travail ont un impact considérable sur la santé mentale des intervenants professionnels. Selon Dejours (2015), les stratégies de défense bloquent ce rapport à la souffrance et permettent de nier ou banaliser son expression. On constate au sein des écrits recensés sur le sujet que les stratégies défensives, dans une perspective à long terme, ont une limite (Montreuil, 2016; Cazabat, Barthe et Cascino, 2008) et sont susceptibles d'engendrer de l'épuisement chez les intervenants, voire des difficultés de santé mentale (Morin et Gagné, 2009). La section suivante présente la recension portant sur ces stratégies défensives individuelles et collectives.

Stratégies individuelles

Dejours (2015) énumère quelques réponses des travailleurs au sentiment de peur éprouvé dans le cadre des nouvelles organisations du travail, notamment les « conduites déloyales vis-à-vis des collègues », le « chacun pour soi », la stratégie « des œillères volontaires », la fuite en avant dans l'activisme, etc. » (p. 30). Suivant Dejours (2015), ces attitudes présentes dans les organisations sont nécessaires pour maintenir la santé mentale des travailleurs et éloigner la pathologie.

De Gaulejac et Hanique (2015) énumèrent plusieurs stratégies défensives qu'on peut retrouver dans les organisations hypermodernes, à savoir le refus de penser, le clivage, le déni et la résignation, la rationalisation du vocable, l'hyperactivité et le refuge dans la prescription, l'accoutumance à un système *paradoxant* et le sentiment d'impuissance. D'ailleurs, l'hyperactivité est une stratégie défensive de métier individuelle recensée dans plusieurs écrits (Dejours, 2004; Rhéaume, 2017). Cette stratégie apparaît comme une conséquence à toutes les actions déployées par l'individu en réponse aux nombreuses exigences organisationnelles en vue

d'accomplir un travail de qualité. Également, les données recensées indiquent la rationalisation comme une stratégie fortement employée chez les individus (Pauchant et Mitroff, 1995).

Dans une étude menée auprès de travailleuses sociales dans un CISSS au Québec, Lemire Auclair (2016) fait ressortir différents moyens que ces praticiennes mettent en scène dans leur pratique afin d'amoindrir une situation de souffrance, voire éviter une perte de sens dans le travail. L'auteure fait référence à des moyens comme l'ajustement, la négociation, la recherche de reconnaissance et la résistance. À ce titre, les stratégies de résistance sont également rapportées par Grenier et Bourque (2016) et déployées par les intervenants professionnels afin de réussir à préserver une certaine autonomie. Les stratégies de type individuel ont comme résultat de renforcer la culture de l'organisation, c'est-à-dire en permettant de diminuer toujours un peu plus la pratique du métier en encourageant davantage l'individualisme. D'autres auteurs tels que Poisson, Alderson, Caux et Brault (2014) font ressortir des stratégies telles qu'un déplacement des tâches vers les collègues, l'augmentation du nombre de pauses, une diminution des heures de travail pour avoir un emploi à temps partiel, le partage d'expérience auprès des collègues, des gestionnaires qui leur permettent de réduire les effets négatifs de la détresse.

Dans une perspective de transformation des structures organisationnelles et de la pression vécue au travail, Grenier, Bourque et St-Amour (2016) mentionnent l'isolement comme stratégie de défense chez les intervenants sociaux du secteur sociosanitaire. Au cours des dernières années, un certain nombre de chercheurs se sont penchés sur la question de l'isolement en milieu de travail et sont parvenus à la conclusion que s'isoler en milieu de travail risque d'amener une dégradation de la santé psychologique des individus et une diminution de l'efficacité d'un groupe de travail (Marc, Grosjean et Marsella, 2011). Grenier, Bourque et St-Amour (2016) font

également référence à l'adoption de pratiques silencieuses, comme stratégies défensives. Ces pratiques silencieuses (pratiques généralisées, mais souvent niées dans le discours) se déploient dans un contexte de gestion par la performance en soumettant les intervenants professionnels à des évaluations individualisées qui génèrent de la souffrance au travail (Dejours, 2015). Par ailleurs, ces stratégies ont une fonction d'échappatoire aux difficultés vécues par les nombreux changements, notamment la réforme à la suite de l'adoption de la loi 10.

Babeau et Chanlat (2007) sont également d'avis que certaines stratégies défensives, voire des actes transgressifs, selon ces auteurs, sont nécessaires dans une organisation du travail qui induit des contraintes contradictoires. Par ce postulat, certaines transgressions font partie de l'organisation et doivent être supprimées par personne puisque ces actes permettent une meilleure conciliation entre les deux logiques, à savoir celle de l'organisation dans le travail prescrit et celle de l'intervenant professionnel dans son travail réel. Toujours dans une perspective individuelle, les pensées positives sont une stratégie individuelle efficace pour faire face aux différentes sources de la souffrance au travail. En appui aux travaux de Christophe Dejours, Aubert (1990) distingue la capacité chez l'individu à moduler ses pensées pour des pensées fantasmatiques afin de libérer le débordement de tension. La réévaluation positive est manifestée et employée par le personnel infirmier travaillant dans le secteur sociosanitaire (Déry, 2018). Par ailleurs, l'humour et les loisirs sont également des stratégies individuelles utilisées par le personnel infirmier et recensées dans l'étude de Déry (2018).

Enfin, Caron, Coppi, Théry et Vasselín (2011) notent que les exigences de production amènent des intervenants professionnels à adopter une logique de « triche » en vue d'atteindre la performance et le travail bien fait. Pour ces auteurs, l'individu qui recourt à la triche éprouve le sentiment de honte qui insinue en lui une souffrance

invisible qui marque son identité professionnelle en diminuant sa confiance et son estime de soi et en le cloisonnant davantage dans son individualité. Dans ce mouvement, plusieurs écrits démontrent que, même si l'individu refuse de participer à cette logique de compétitivité, la perte de repère subie engendre des pratiques de clivage entre les acteurs (Aubert, 2008; De Gaulejac, 2010a; Hirogoyen, 2016; Kirouac, 2007) et renforce l'isolement de chacun (Aubert, 2010; Canoui, 2016; Chanlat, 2013; Charazac, 2010; Clot, 2015; d'Argenson, 2010; Dejours et Garnet, 2012; Ehrenberg, 2011; Lemitre, 2016; Molinier, 2010; Otéro, 2012). Également, il est constaté à l'intérieur des écrits scientifiques le développement de conduites de « vente de soi » (Hirogoyen, 2016; Kirouac, 2007), des techniques de « séduction » (Martuccelli, 2007) ou le développement de compétences à la « négociation » (Foucart, 2004) comme stratégies afin d'éviter toute forme d'exclusion (Lhuillier, 2010; Raybois, 2010). On peut facilement imaginer, dans ce cas, la mobilisation des ressources des individus. Ainsi, ces impacts peuvent contribuer à rendre ce phénomène de souffrance au travail plus invisible et peuvent expliquer aussi qu'il soit si difficile d'en parler puisque, selon Linhart (2011), il se vit individuellement, voire en silo.

Stratégies collectives

Peu importe les techniques managériales et la façon dont les individus socialisent leur mal-être, les écrits consultés évoquent que l'objectif central est de dépasser la souffrance individuelle afin de dégager une souffrance collective dans les situations de travail (Debout et Vasquez, 2016; Vézina, 2010). Par ailleurs, des recherches s'avèrent particulièrement éclairantes pour élucider le lien entre le soutien social et la santé mentale au travail. Ces études ont permis de dégager le soutien social comme défense collective afin de mieux composer avec les différents mal-être vécus (Bourdet-Loubère, 2006; Caron et Guay, 2005; Grenier, 2015; Saunder, 2016; St-

Arnaud et Pelletier, 2013; Vézina et Malenfant, 1995). Selon Moisson-Duthoit (2016), le soutien des collègues du travail et le soutien de la famille apparaissent comme une stratégie collective bénéfique au maintien de l'équilibre dans la relation au travail. Ainsi, selon les données textuelles de l'étude de Melchior (2011), la formation continue serait une stratégie efficace au maintien d'un certain contrôle sur son activité chez les travailleurs sociaux. Précisons au sujet des relations entre collègues, l'écrit de Boudoukha (2016b) qui explique que les conflits de rôles font partie d'une composante de l'environnement de travail à l'origine de la souffrance au travail. D'autres recherches présentent aussi une perspective intéressante sur le collectif de travail et la souffrance au travail en affirmant qu'il ne faut pas seulement prendre conscience d'une souffrance collective existante, mais qu'il importe également de partager avec autrui les causes de cette souffrance (Litim et Castejon, 2010). Lhuilier, Giust-Desprairies et Litim (2010), Miossec, Donnay, Pelletier et Zittoun (2010) ainsi que Raybois (2010) exposent la nécessité de s'interroger sur le développement du pouvoir d'agir des travailleurs. Face à ce constat, des études scientifiques vont plus loin dans l'analyse des stratégies défensives. Des mécanismes de dégageant joueraient un rôle important au regard de la santé mentale des travailleurs. D'ailleurs, ces mécanismes de dégageant ont la particularité de mettre fin à l'emprise que peuvent exercer les organisations où la pensée performative est présente. Brunel (2012) et De Gaulejac et Hanique (2015) mentionnent que ces mécanismes s'inscrivent dans une perspective de pouvoir d'agir et qui prennent la forme de prises de conscience et d'analyses. En ce sens, l'étude de Grenier, Bourque et St-Amour (2016) a permis de dégager comme stratégie défensive une mobilisation chez les intervenants professionnels du secteur sociosanitaire par la formation d'un comité pour faire état des irrégularités, notamment en dénonçant les pratiques managériales. Les intervenants professionnels dénoncent particulièrement la difficulté de leur gestionnaire à reconnaître leur effort et non les exigences contradictoires, par exemple entre le travail prescrit et le travail réel (Ravon, 2009).

Plusieurs études se sont par ailleurs plus particulièrement intéressées à ce phénomène de souffrance collective et s'entendent sur le fait qu'il est important de créer des espaces de discussion, comme stratégie défensive de type collective ou organisationnelle, qui permettent aux intervenants sociaux d'exprimer librement leurs tensions et de ne plus être seuls face à leurs difficultés (Borenstein, 2016; Couturier et Legault, 2002; Detchessahar, 2013; Dejours, 2013; Dubar, 2000; Dujarier, 2006; Leclerc, 2005; Lhuilier, 2009; Pelchat, 2010; Poirier, 2000; Richard, 2014). Plus particulièrement, Soulet (2005) conçoit ce modèle d'activité non pas comme un lieu orienté sur le soin, mais bien comme un espace de réconfort ou de protection où il est possible de verbaliser la souffrance vécue. Sur ce point, Bonneville (2013) affirme que la mise en place, au quotidien, d'un groupe de parole entre collègues permet aux intervenants professionnels d'échanger sur les difficultés vécues et donner du sens à celles-ci. Pour Grenier et Chénard (2013), l'éthique solidaire comme nouvelle pratique est soulevée pour redonner un sens au travail social et permettre des espaces démocratiques interprofessionnels afin de contrer les tensions entre les logiques d'action. Enfin, l'étude de Bellini, Drevet, Grimand et Oiry (2018) démontre qu'il est possible, par ce modèle de travail, de réguler les différents paradoxes organisationnels liés à la NGP. Le déploiement de ces espaces de discussion permet une prise en charge collective des difficultés et des contraintes organisationnelles en vue de construire du sens.

Par conséquent, il est noté dans certains écrits recensés que la gestion actuelle préfère offrir aux salariés des outils pour la gestion de leurs émotions au lieu de poser des actions concrètes dans les organisations du travail des travailleurs (Demailly, 2006; Sarnin, Bobillier-Chaumon, Cuvillier et Grosjean, 2012) qui sont, selon Durat et Bartoli (2014), inadéquates. En transférant la responsabilité des problèmes à l'individu, cette logique permet aux intervenants professionnels d'échapper aux causes structurelles et organisationnelles.

1.5.6 Pertinence sociale et scientifique de la recherche

Dans un tel contexte de réorganisation, ce projet de maîtrise s'intéresse à la souffrance au travail des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, la pertinence sociale de cette étude se trouve dans le fait que, depuis déjà quelques années, différents auteurs soulèvent le besoin d'étudier plus en profondeur la souffrance au travail dans ses dimensions objective et subjective, qu'expérimenteraient les intervenants professionnels, souffrance provenant de la réorganisation, voire la transformation majeure, du secteur sociosanitaire (Bourque, 2009; Bresson, Jetté, Bellot, 2013; Soares, 2010). Il importe de rappeler, suite à ces transformations, que les données recensées à l'intérieur de la documentation décrites précédemment, les intervenants professionnels vivent plusieurs difficultés. Malgré ce cri d'alarme, les impacts du stress professionnel sur les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux ne cessent d'augmenter (Poisson, Alderson, Caux et Brault, 2014). Un regard sur la dimension objective de la souffrance au travail (rapports aux conditions de travail des intervenants professionnels) et sur celle de la dimension subjective (se rapportant à l'individu) est inévitable pour mieux comprendre la réalité que les intervenants professionnels vivent et pour développer des stratégies qui facilitent leur adaptation à la NGP. En effet, sur le plan scientifique, on constate que plusieurs écrits et mouvements professionnels sont mis de l'avant pour dénoncer la souffrance au travail dont peuvent vivre bon nombre d'intervenants professionnels au Québec, notamment chez les travailleurs sociaux. Toutefois, il n'en demeure pas moins que ce phénomène tend à être banalisé par les organisations locales. Cette affirmation est encore plus vraie lorsqu'il s'agit d'explorer la réalité des intervenants professionnels dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue où l'on retrouve très peu de travaux reconnaissant les effets de la NGP et les écrits se rapportant à la situation des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux, nous

semblent insuffisants. Ce fait contribue à rendre le phénomène tabou. Or, la pertinence de ce mémoire, par rapport aux limites mentionnées, est d'apporter un éclairage sur la réalité des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux dans un contexte de réorganisation difficile. Considérant que la plupart des intervenants professionnels diplômés de l'UQAT sont amenés à travailler dans le secteur sociosanitaire, cette population risque de vivre différentes formes de souffrance au travail. En plus, ce sont toutes les catégories professionnelles de la région de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont été confrontées à la vague de changement que connaissent les organisations du secteur sociosanitaire. Dans un contexte de travail s'exposant à un processus d'adaptation en continu et devant l'évolution des organisations du travail sur le terrain, due à des contraintes de travail insupportables pour les praticiens, il s'avère urgent de questionner les pratiques professionnelles vécues de l'intérieur et mises en place par la nouvelle structure d'encadrement régionale à risque de souffrance. De ce fait, plusieurs rapports et études réalisées au Québec montrent que la souffrance au travail progresse à une vitesse préoccupante et touche tous les secteurs d'activité et tous les groupes de salariés, dont les intervenants professionnels qui œuvrent au sein des organisations sociosanitaires. Tenant compte de la vision managériale de cette réalité locale et du taux d'absentéisme qui ne cesse d'augmenter (APTS, 2018b), nous osons croire, d'un point de vue organisationnel, que la souffrance au travail vécue par les différents groupes professionnels est similaire. On peut supposer que l'ensemble des intervenants demande des réponses, se questionne sur leurs conditions de travail; la compétitivité s'intensifie, le rapport au travail se modifie ainsi que la manière d'être et de faire le travail. Ces enjeux personnels sont présents quand des changements importants s'opèrent.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre vise à exposer le cadre d'analyse de la présente étude qui a guidé l'exploration des éléments de la dimension objective et subjective chez les intervenants professionnels du secteur sociosanitaire. Le cadre conceptuel de la présente étude s'appuie sur deux champs d'analyse, soit la psychodynamique du travail (PDT) et la sociologie clinique du travail. Les concepts-clés utilisés pour l'analyse et explicités dans ce chapitre sont la souffrance au travail, les médiations, la dimension objective, la dimension subjective et les figures de médiation. Les prochaines sections présentent les concepts-clés ainsi qu'un schéma conceptuel illustrant les liens entre ceux-ci.

2.1 Souffrance au travail

Comme nous l'avons rédigé dans la partie précédente, la souffrance au travail est un concept qui comprend plusieurs dimensions inhérentes à la subjectivité de l'individu. En plus d'être abstraite, impalpable et de plus en plus visible, la souffrance chez les intervenants professionnels unit plusieurs sentiments de mal-être, maux psychologiques et charges psychiques pour l'aborder. Molinier et Flottes (2012) associent la souffrance au travail de manière générique à quelque chose qui est inconfortable et qui crée un mouvement de déséquilibre. La souffrance au travail,

nous pouvons la comprendre comme un symptôme des nouvelles conditions de travail causées par les transformations sociales (De Gaulejac, 2011). Les échos du terrain de pratique et la documentation scientifique laissent entendre que le travail fait maintenant souffrir plus qu'auparavant. D'ailleurs, c'est dans le contexte de l'hypermodernité, comme expliqué plus haut, que la notion de souffrance au travail prend tout son sens.

On peut s'étonner de l'emploi de ce terme puisque les mots « stress », « détresse psychologique » et « risque psychosocial » sont d'usage populaire dans l'environnement professionnel et dans la documentation scientifique. Dans l'idée de souffrance cohabitent la peur, l'anxiété, le stress, la dépression, les symptômes physiques, etc. Considérant ces effets, on y retrouve hors de tout doute une situation de déséquilibre. D'un point de vue conceptuel, la souffrance peut désigner d'une part les effets, voire les états, et d'autre part les causes dans lesquelles elle met le professionnel. Dans ce contexte d'hypermodernité, qui est caractérisé par l'excès, l'exacerbation, le mouvement, la flexibilité et le « toujours plus », entre autres, les évolutions du travail sont responsables de la souffrance au travail des individus. Sur le plan de la sociologie du travail, le cadre d'analyse De Gaulejac et Hanique (2015) rend évident les paradoxes des milieux de travail ainsi de la tension existante entre les exigences de performance vécues par les individus et l'augmentation de la mobilisation de soi. Dans cette perspective, un mal-être s'installe pour ceux qui ne sont plus en mesure de se référer sur leur savoir professionnel et pour ceux dont le sens du travail bien fait s'est effrité.

Pour définir la souffrance au travail, De Gaulejac (2011) explique ceci :

Le mal-être au travail est, à ce titre, un symptôme. Il est la conséquence d'un déficit de reconnaissance sur les trois plans : une activité dévalorisée, non reconnue ou qui perd son sens; des rétributions qui ne

sont pas ou plus à la hauteur des contributions attendues; une vulnérabilité identitaire qui provoque un manque à être, un conflit entre aspirations existentielles et leurs réalisations, une rupture interne entre le moi et l'idéal qui fragilise les assises narcissiques. (p. 29)

Pour Dejours (2015), l'origine de la souffrance au travail se situe dans la mobilisation de l'intelligence de l'individu et de sa subjectivité. La souffrance d'un individu est le moteur de la recherche de solutions. Des habiletés se développent chez les travailleurs, ce qui les renforce devant les épreuves au quotidien. La souffrance représente la résultante d'une organisation du travail souvent problématique. Elle se manifeste lorsque la trajectoire individuelle prive le salarié de donner du sens à son travail ou de recevoir de la reconnaissance, ou lorsque le rapport avec l'organisation de son travail est réprimé ou encore lorsque le travailleur a utilisé autant que possible tous ses savoirs. Dans ces situations de souffrance, certaines personnes, en vue d'éviter l'exclusion, vont mobiliser leur énergie et leur intelligence pour développer des stratégies défensives qui les aident à maintenir leur équilibre psychique. L'interprétation de cette notion enveloppe l'écart entre les attentes d'un individu et ce que lui impose le monde ou son organisation du travail, pour ainsi dire entre le travail prescrit et le travail réel. La souffrance au travail est cette lutte constante entre cet équilibre dynamique intersubjectif et la maladie. Elle se manifeste par la perte de plaisir et de solidarité à l'intérieur de son organisation du travail.

Dans la même veine, les études empiriques menées par Dejours montrent que la centralité du travail n'apporte pas que de la production et des résultats à l'individu, mais ce dernier vit en quelque sorte une transformation de lui-même. Cet état dynamique entre les deux dimensions, objective et subjective, conditionne toujours des savoir-être chez les intervenants professionnels qui œuvrent au sein des établissements du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Cela s'explique par l'évolution des conditions de travail qui apporte

de nouvelles expériences de travail en matière de mobilisation des capacités réflexives. D'autre part, cette évolution des conditions de pratique se traduit également par l'abolition des comportements libres. De même, Dejours (2015) mentionne que ces comportements ne sont pas toujours connus par les individus des milieux de travail. Ainsi, voici comment Dejours (2015) définit la souffrance au travail :

La souffrance commence quand le rapport homme-organisation du travail est bloqué, lorsque le travailleur a utilisé au maximum ses facultés intellectuelles, psychosensorimotrices, psychoaffectives, d'apprentissage et d'adaptation (p. 94).

Suivant Dejours (2015), force est de constater que cette souffrance se manifeste quand l'individu ne peut plus mobiliser d'autres défenses pour diminuer la dissonance entre les deux logiques institutionnelles et développer de nouvelles issues. Dans ce sens, la souffrance s'articule autour de la mobilité psychique et subjective et de l'organisation du travail délétère du secteur sociosanitaire. À ce propos, Vézina et Malenfant (1995) témoignent que le dysfonctionnement professionnel survient lorsque l'organisation du travail ne permet plus de maintenir l'équilibre en développant des stratégies défensives. Selon Dejours (2015), pour les professionnels de l'organisation, le fait de se retrouver face à des organisations de travail qui exigent fréquemment des dépenses intellectuelles pour construire des opinions devant la prescription et devant les conflits moraux liés aux différentes logiques (du métier et celle des gestionnaires) représente tout un défi, et ce, autant maintenant que dans le futur. On peut supposer que cette pénibilité psychique s'observe dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, qui est très complexe, qui fait perdre le sens du travail et entraîne plusieurs changements de savoirs et d'habitudes à tous les registres. Ainsi, lorsque l'intervenant professionnel a épuisé toutes ses stratégies de défense lui permettant d'avoir un certain pouvoir sur sa tâche,

la souffrance au travail s'installe. Bien que les contraintes mentales soient pour beaucoup dans l'émergence du phénomène, on note que la souffrance au travail ne trouve pas seulement sa cause dans l'organisation du travail, elle constitue aussi l'expression du processus d'individualisation (Alderson, 2004; Dejours, 2015) qui est permise par la NGP. Ces approches en clinique du travail mettent en lumière la dynamique entre les exigences du travail, souvent inatteignables, et les stratégies défensives mobilisées par les individus pour parvenir à maintenir un semblant d'équilibre. Dans cette perspective, la subjectivité des intervenants professionnels est prise en compte dans sa dimension psychique et sociale, d'où découle un équilibre instable constamment à travailler. Bien que les contraintes mentales soient pour beaucoup dans l'apparition du phénomène, la souffrance au travail résulte de cette articulation entre les dimensions subjective et objective, appelée « médiation ». Cette composante fait émerger chez les intervenants professionnels une rationalisation des comportements qui épuise les stratégies de défense qui les aident à avoir un sentiment de contrôle sur leurs tâches. C'est sous cet angle que nous allons aborder la souffrance au travail puisque les médiations permettent d'articuler les dimensions objective et subjective des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

2.2 Médiations

La médiation correspond au mouvement réflexif qu'engage l'individu devant les aspects contraignants tels que les stratégies managériales, les exigences organisationnelles, et ainsi de suite. Ce concept théorique invite la prise en charge chez l'individu, la mobilisation subjective sur quoi faire et comment faire devant une situation susceptible d'étouffer une négociation raisonnable et porteuse de sens. Le concept de médiation a été retenu dans notre étude pour sa justesse et sa capacité de

représenter notre pensée et le sens que nous voulons donner à cette étude. Les médiations agissent dans une perspective de défense.

Le concept de défense vise à protéger les intervenants professionnels contre la souffrance psychique produite par une organisation du travail qui s'articule autour des contraintes imposées aux individus (Dejours, 2015). Selon l'expression de Dejours (2015), la défense agit chez l'intervenant comme une forme d'anesthésie et lui permet de négliger son mal-être et la provenance de celui-ci. Ajoutons à ces propos que les défenses ont la particularité de transformer la croyance des réalités génératrices de souffrance, par exemple par le déni, la négation, l'idéalisation, etc. Par ailleurs, le contexte d'hypermodernité dans lequel s'inscrit ce mémoire influence fortement tous les changements organisationnels et conditionne la mobilisation subjective; réagissant ainsi pour réduire la souffrance au travail. On comprend que l'évolution des conditions de travail ne reflète plus la cohésion collective d'autrefois, mais que, au contraire, elle détruit cette cohésion. Toutes les restructurations organisationnelles, et en particulier la loi 10 qui est en vigueur depuis avril 2015, sollicitent les individus dans leur identité professionnelle, leur savoir-faire en leur demandant de mobiliser leur énergie pour s'adapter à cet écart entre le travail prescrit et le travail réel. Ainsi, trouver des compromis au travers les contraintes est envisageable devant l'écart entre les deux dimensions, objective et subjective, afin de trouver des solutions aux situations objectivées qui font souffrir. En règle générale, le concept de médiation se situe entre les exigences de productivité et les besoins dans la pratique des intervenants professionnels. Il s'articule plus précisément lorsque l'individu doit se soumettre aux exigences inhérentes à la dimension objective au détriment de ses propres besoins professionnels. Dorénavant, il est possible de voir, dans le système de santé et des services sociaux, une transformation des formes de médiation compte tenu de l'hypermodernisation managériale, notamment par le management par objectif. D'ailleurs, De Gaulejac et Hanique (2015) mettent en évidence que le

passage à une philosophie de gestion du résultat a dépouillé la coexistence de médiations. Évidemment, toutes les logiques et tous les savoir-être à l'intérieur de l'organisation s'articulent autour des actions quantifiables, ce qui provoque inévitablement un choc entre les postures. Soit les médiations se révèlent inconsciemment dans le vécu subjectif des individus, soit elles rejoignent les défenses de *coping* dans le vécu conscient des travailleurs. Pour notre étude, le modèle de médiation se pose mieux, va plus loin dans l'analyse par rapport à la recherche d'équilibre que doit déployer l'individu pour réduire l'écart entre le travail prescrit et le réel et aborde mieux le climat sociopsychique, une expression empruntée à De Gaulejac et Hanique (2015) pour représenter le système organisationnel. Ce modèle proposé par De Gaulejac et Hanique (2015) met en œuvre cette articulation entre les dimensions objective et subjective dans l'univers de travail et c'est par cette voie que nous voulons éclairer et mieux comprendre la souffrance au travail des intervenants professionnels œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. En somme, les figures de médiation, qui sont issues du processus de médiation articulé par les dimensions objective et subjective, constituent une réponse à la souffrance des individus.

2.2.1 Dimension objective

Il faut en effet reconnaître que de nouvelles pratiques professionnelles ont vu le jour depuis les dernières années en raison des instabilités que vivent les organisations sociosanitaires. Ces réorganisations, notamment la loi 10 mise en œuvre depuis 2015, s'inscrivent dans la dimension objective du travail en raison de la turbulence qu'elles créent, c'est-à-dire un plan professionnel. Les éléments de la dimension objective que l'on veut mettre en lumière dans la présente étude concernent les conditions de travail, ce qui renvoie aux outils de gestion, aux procédures, aux relations au travail et aux différents dispositifs encadrant l'exercice de la profession tels qu'ils sont perçus par

les intervenants professionnels. Ce sont tous ces nouveaux outils, développés à la suite de l'évolution des nouvelles technologies qui exercent une « emprise » chez l'individu et le propulse en vue d'atteindre un degré de performance irréalisable (Pezé, 2017). Il existe différentes manières de vivre les réalités du travail hypermoderne. Ces réalités de travail font référence au travail prescrit. Cette intériorisation des cadences du travail et les manières de faire le travail (modes de gestion) régissent une organisation qui n'est pas concluante dans la pratique professionnelle et dans bien des cas sources de souffrance. C'est donc dans cet écart perçu qu'intervient le processus de médiation tel que nous l'avons présenté ci-dessus. Or, dans ce contexte d'hypermodernité que nous avons décrit plus haut, des données récentes laissent voir que le travail est prioritaire au détriment de l'identité du métier (Rhéaume, 2010).

Pour Alderson (2004), Dejours (2015), Rhéaume (2010, 2017) et Pezé (2016), le travail ne se résume pas qu'à l'exercice des actes de sa profession, il renvoie à la notion de pouvoir dont dispose l'individu pour la réussite des tâches à accomplir et il constitue un vecteur de la construction identitaire. Donc, un milieu possible pour l'accomplissement de soi et source de plaisir, comme le soutient Dejours (2015). Alderson (2004) évoque l'intelligence et l'ingéniosité, pouvoirs auxquels l'individu accède pour la production de son travail. L'auteure développe l'idée de transformation du sujet par l'activité même du travail, pouvoir directement relié à la reconnaissance dans le travail. En PDT, la construction identitaire passe incontestablement par la reconnaissance. C'est un processus de rétribution symbolique. Selon Dejours (2007), cette dynamique est fondée sur deux types de jugements : le jugement de beauté et le jugement d'utilité. Néanmoins, le jugement de beauté est directement lié à tout ce qui se limite aux pairs, aux collectifs de travail. Autrement dit, il repose sur l'opinion des pairs quant à la qualité du travail. C'est également par ce jugement que le travailleur se voit reconnaître son intégration à un collectif de travail. Alors que le jugement d'utilité relève directement de la hiérarchie

et qu'il implique les efforts accomplis. Notons que cette forme de reconnaissance permet au travailleur de voir reconnaître l'importance de son effort, contribution à l'organisation.

L'organisation du travail telle qu'elle est évoquée par Dejours (2015) met au jour tout ce qui concerne les modalités de fonctionnement au sein de la hiérarchie (règles, procédures, exigences, attentes, fonctionnement hiérarchique, etc.), la description des tâches, et ainsi de suite. L'organisation du travail structure en quelque sorte les conditions de travail des travailleurs et oriente les relations au travail. L'organisation du travail, telle qu'elle est décrite et vécue par les travailleurs, présente des écarts que la PDT met en lumière entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle du travail. D'un côté, le travail prescrit renvoie aux objectifs de nature qualitative ou quantitative, aux procédures et aux règles à respecter. D'un autre côté, le travail réel fait référence à tous les rapports/interventions avec la communauté d'appartenance de l'individu qui prescrivent chez ce dernier l'adoption de nouvelles conduites. Le décalage entre les deux modes d'organisation mobilise la réflexivité des travailleurs en leur permettant d'adopter de nouvelles pratiques de travail qui sont plus conformes à leurs désirs (Alderson, 2004).

2.2.2 Dimension subjective

Ici, nous traitons de l'espace émotionnel et intellectuel qui oriente les comportements des travailleurs. L'expérience, les valeurs, l'identité professionnelle, les idéaux sont autant de considérations subjectives qui entrent en contradiction avec la dimension objective sur le plan organisationnel en faisant l'expérience d'une adaptation constante aux pressions organisationnelles. La notion de mécanisme de défense s'inspire de différentes approches théoriques provenant notamment de la socioclinique du travail et la PDT. Cette partie de notre étude explore divers

mécanismes de défense, en particulier les « stratégies défensives » qui furent mises en scène par les sociologues De Gaulejac et Hanique (2015) dans une perspective de socioclinique et empruntée à la PDT qui fut développée par Dejours (2015). Pour De Gaulejac et Hanique (2015), ces stratégies défensives expriment des manières de se comporter et des savoir-être que les individus — ici les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue — inventent en déployant constamment leur mobilité subjective.

D'après Dardot (2011), la subjectivité se définit comme un rapport à soi-même :

[...] une subjectivité se constitue en fonction de la manière dont le pouvoir investit l'individu en le prenant pour cible d'une intervention spécifique : le rapport à soi est alors l'effet d'une action exercée par le pouvoir sur l'individu [...]. (p. 236)

Pour Dejours (2007), un individu fait preuve de subjectivité lorsqu'il est en mesure d'user de ses sens et de mobiliser sa créativité. Cette autonomie fait appel à la subjectivité et repose sur les capacités personnelles des praticiens. Suivant Ehrenberg (2011), la subjectivité signifie la façon dont un individu se comporte et fait preuve de son savoir-être.

Les valeurs qui sous-tendent le contexte de l'hypermodernité connu et vécu à l'intérieur des organisations exacerbent fortement le rapport au travail et amènent à vivre des émotions chez les individus (De Gaulejac et Hanique, 2015). Ces émotions sont pour Clot (2015) de nouvelles contraintes à subir pour les individus. Selon le point de vue de Pezé (2017), dans de telles situations, la peur devient un « levier de soumission » très puissant pour les intervenants professionnels (p. 40). Dans bien des situations, les contraintes de travail vécues sont trop exigeantes pour que l'individu soit en mesure de faire valoir ses compétences intellectuelles. À ce propos, Pezé (2010) témoigne que la charge de travail exigée par les organisations ne constitue pas

une charge acceptable, en ce sens que l'organisme de l'être humain n'est pas conçu pour accueillir et supporter autant d'exigences. Les contradictions au travail génèrent de la souffrance où le sujet est appelé à développer des défenses individuelles ou collectives devant les situations de travail contraignantes. Depuis les dernières années, on constate, dans plusieurs travaux, que la « perte de sens » au travail serait une source d'une grande souffrance pour les salariés de différentes catégories professionnelles. Ainsi, les différents mécanismes de défense qui sont dégagés dans cette étude par les intervenants professionnels s'incarnent dans les figures de médiation, lesquelles constituent le résultat du processus de médiation qui est engagé par les individus devant l'articulation entre la dimension objective et la dimension subjective. Plusieurs concepts théoriques empruntent l'essence même de la notion de figure de médiation, que nous voulons rendre visible par le biais du processus de médiation et que nous décrivons dans la partie suivante de ce chapitre. En somme, les éléments contraignants relatifs à la dimension objective rendent difficile l'articulation entre les dimensions objective et subjective.

2.3 Figures de médiation

La figure de médiation représente une réponse à la souffrance au travail des individus qui œuvrent à titre d'intervenants professionnels dans le secteur socio-sanitaire public de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle se développe à l'articulation entre la dimension objective, qui concerne les dispositifs organisationnels et les exigences organisationnelles et la dimension subjective, qui porte sur les besoins et les désirs des individus. Lorsque le processus de médiation intervient, la figure de médiation se développe dans la perspective de retrouver l'équilibre devant le non-sens. Tenter de trouver une solution caractérise la figure de médiation issue de la nouvelle ère d'hypermodernité dans laquelle l'intervenant professionnel va tenter de concilier

« l'inacceptable » et « l'acceptable. » Glarner (2014) pointe un aspect important des enjeux de la souffrance au travail, à savoir que la fatigue et le sentiment de lassitude sont des risques inhérents à la recherche active de solutions à ces problèmes. Le texte de Garner montre bien l'influence des paradoxes, notamment celui de l'autonomie.

Comme nous venons de le voir, la figure de médiation est à la fois une réponse à la souffrance et une réaction devant une situation objectivée, consciente ou inconsciente. Les travaux sur la PDT permettent de constater que les stratégies de défense peuvent adopter différentes formes, notamment des défenses individuelles ou collectives, et que la recherche de l'équilibre est le moteur de ces figures de médiation (Alderson, 2004). Un fait intéressant s'impose ici, soit que la majorité des défenses sont individuelles et non pas collectives (Dejours, 2015). Ainsi, cette défense peut être un exutoire qui permet à l'individu de continuer à répondre aux exigences du travail prescrit.

Cette partie du mémoire a pour but de mettre en lumière la recherche d'équilibre chez les intervenants professionnels, relative à l'articulation de la dimension subjective, et qui s'inspire de deux approches théoriques, soit le concept d'« adaptation défensive », qui a été développé par De Gaulejac et Hanique (2015) dans le champ de la socioclinique du travail, et le concept de « stratégie défensive », qui fut développé par Dejours (2015) dans le domaine de la PDT.

2.3.1 Stratégies défensives

Le courant théorique des adaptations défensives qui est proposé par De Gaulejac et Hanique (2015), est abordé dans une perspective de « protection » des individus contre les violences du travail et d'« adaptation » de ces mêmes individus devant des situations que l'écart entre le travail prescrit et le réel ne prend pas en compte. Ces

adaptations contribuent jusqu'à un certain point à l'éloignement de la maladie. Au même titre que ces adaptations, les notions de « réaction défensive » et de « mécanisme de défense » contribuent amplement à protéger une partie de la subjectivité de l'individu par des comportements adaptatifs.

Diverses réactions défensives de nature consciente ou inconsciente se déploient chez les intervenants professionnels dans les différentes activités cliniques pour se protéger afin de satisfaire les exigences qui n'ont pas de sens à leurs yeux (De Gaulejac et Hanique, 2015; Dejours, 2015). Selon Dejours (2015), les défenses sont inconscientes, mais aussi intentionnelles. En PDT, les stratégies défensives partent de la prémisse que les travailleurs ne sont pas indifférents aux contraintes organisationnelles. Souvent, les individus en milieu de travail expriment des attitudes/comportements devant la demande, voire l'exigence performative et ne sont pas toujours conscients qu'une certaine attitude est une réponse à la souffrance. Ce sont des conduites que les travailleurs adoptent dans le but de pallier cet inconfort qu'est la souffrance au travail. Par ailleurs, une défense peut être à la fois individuelle et collective et, en l'absence d'un collectif, elle se concentre au plan individuel (Dejours, 2015). La PDT laisse voir que les stratégies de défense peuvent prendre différentes formes, notamment le déni. Par exemple, elles peuvent fournir un exutoire qui permet à l'individu de continuer à répondre aux exigences du travail prescrit. Ces mécanismes déployés par les intervenants professionnels confrontés à la souffrance agissent comme protection au même titre que les adaptations défensives et elles sont le résultat des compétences et de la capacité réflexive pour contrer l'épreuve. Cela dit, ces stratégies correspondent à la recherche de solutions pour garder la santé, éviter de décompenser et elles peuvent servir de levier positif pour le maintien de la production.

Avant de conclure ce chapitre, le prochain point explique comment les différents concepts sont articulés afin de bien saisir la logique sous-jacente à leur description.

2.4 Schéma conceptuel

Le schéma conceptuel (adaptation de l'étudiante-chercheuse), présenté plus bas illustre de quelle manière les typologies s'inspirant des approches des champs d'analyse de la socioclinique du travail présenté par De Gaullejac et Hanique et de la PDT par Dejours peuvent s'influencer et interagir avec les concepts présentés plus haut.

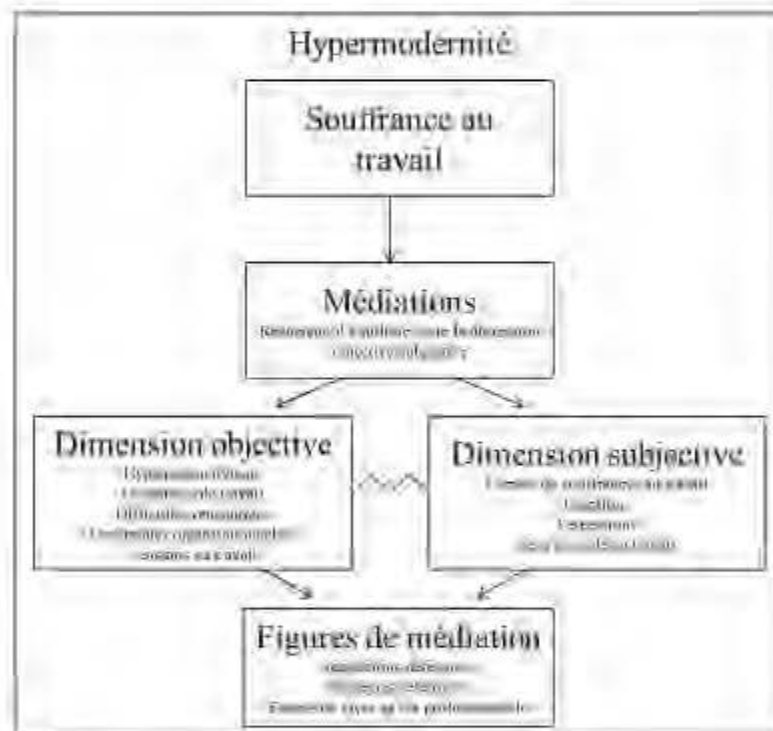


Figure 2.1 – Interactions entre les concepts de la souffrance au travail

Les dispositifs managériaux confrontent l'individu dans toute sa subjectivité dans un mouvement constant à savoir comment il va pouvoir négocier son rapport relationnel relié aux éléments de la dimension objective. Il est également sensé, sur la base de ces concepts théoriques de la souffrance au travail, d'émettre l'hypothèse selon laquelle

le contexte de l'hypermodernité et les nombreux changements de pratiques organisationnelles révolutionnent les pratiques managériales à l'intérieur des organisations sociosanitaires en Abitibi-Témiscamingue et provoquent de multiples malaises à plusieurs niveaux. Les comportements réactifs, voire les stratégies défensives, sont utiles et sains puisqu'ils montrent une prise en charge par l'individu de sa propre intelligence pratique (Dejours, 2007), ce qui lui permet de faire preuve de subjectivité en développant des figures de médiation pour survivre psychologiquement. Ce sont les pressions qui descendent de cette ère de l'hypermodernité que les travailleurs intériorisent et laissent comme configuration des figures de médiation. Ces savoir-être sont une réponse à la souffrance au travail, une résultante d'une absence de négociation entre la dimension objective relative aux conditions de travail des organisations professionnelles et une dimension subjective qui est propre aux individus. Les figures de médiation se révèlent souvent inconsciemment dans le processus de médiation. La conception de cette articulation entre les deux dimensions engage chez l'individu une quête sans fin sur ce qu'il peut négocier, comment il peut le faire et jusqu'où il peut exprimer ce qu'il vit. En ce qui concerne les études scientifiques, cette mobilisation de la psyché épuise considérablement les intervenants professionnels et laisse son lot de conséquences. Le sujet se retrouve au quotidien devant des luttes entre ce qu'il a envie d'être et ce qu'il devrait être ou faire pour faire face aux exigences qui pèsent sur lui. Dans ce cas, la performance, injonction reliée à la productivité, se trouve à être le réflexe de tout ce qui amène l'individu à intérioriser. Désormais, une nouvelle ligne de conduite s'intériorise et transcende tous les univers professionnels. De l'intérieur comme de l'extérieur, le processus est peu visible, ce qui donne l'impression qu'il y a absence de mal-être. Pourtant, cette souffrance chez les travailleurs est bien présente et ses manifestations le sont également. Travailler dans des conditions confrontant les individus à des éléments structurels/organisationnels provoque des malaises, que l'on qualifierait d'irréversibles dans bien des cas. Quand la dimension subjective n'y est

plus au détriment de la dimension objective, l'équilibre psychologique s'abat et l'univers du collectif se disperse. Littéralement, quand l'individu ne se reconnaît plus dans ses propres valeurs et idéaux et qu'il n'a plus d'espace pour exprimer sa détresse, il se referme sur lui-même et cesse de mobiliser son énergie. Ainsi, on observe qu'en milieu organisationnel, notamment dans le secteur sociosanitaire, la pensée des travailleurs professionnels est mise sous silence compte tenu du peu d'espace de discussion permis et de la peur des représailles.

Cette référence conceptuelle illustre bien le processus de médiation qui se résume à la tentative chez l'individu d'agir pour répondre aux contradictions, que nous voulons faire connaître au préalable et qui conduit à la souffrance au travail. Ce mémoire constitue une épistémologie scientifique et emprunte une démarche compréhensive à partir des concepts clés présentés plus haut. Effectivement, la souffrance au travail soulève bien des enjeux documentés dans la communauté scientifique et bien des questionnements, mais c'est à partir de ce modèle que nous voulons dégager différentes figures de médiation. Ce projet de recherche vise à dresser un portrait de la souffrance au travail en éclairant les figures de médiation afin de saisir l'articulation des dimensions objective et subjective de la souffrance au travail des intervenants professionnels du secteur de santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. À la lumière de cette intention de recherche et à titre de rappel, notre question initiale de recherche, laquelle nous a servi de fil conducteur tout au long de notre démarche, ainsi que nos objectifs de recherche, est la suivante : *Quel est le portrait de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue?*

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans ce troisième chapitre, nous abordons la démarche empirique pour bien comprendre les procédures appliquées. Tout d'abord, nous présentons les cinq phases de la démarche, soit la stratégie générale de la recherche, la stratégie d'échantillonnage, l'échantillonnage, la méthode de collecte des données et la méthode de traitement et d'analyse des données. Ensuite, nous traitons des considérations éthiques se rapportant à notre étude. Finalement, nous nous penchons sur les mérites et les limites de notre recherche.

3.1 Stratégie générale de la recherche

Notre étude constitue un devis de recherche qualitatif de nature à la fois descriptive et exploratoire. Manifestement, les méthodes qualitatives, qui sont fortement sollicitées dans la recherche sur la santé (Kohn et Christiaens, 2014), trouvent leur origine au cœur des méthodologies constructivistes issues des sciences humaines et sociales (Paillé et Mucchielli, 2012). L'approche méthodologique qualitative est une stratégie de recherche permettant d'expliquer des phénomènes sociaux ou humains (Paillé et Mucchielli, 2012). Elle permet d'explorer certains phénomènes difficiles à quantifier, par exemple rendre visible le dialogue intérieur. Autrement dit, c'est à partir de la perception intérieure de la personne que nous avons interprété le phénomène et

dégagé le sens. De plus, selon Kohn et Christiaens (2014), le fait d'entreprendre une recherche qualitative offre au chercheur plusieurs avantages, entre autres la possibilité de recueillir des données qui sont riches, une compréhension en profondeur du phénomène, et l'occasion d'étudier les sujets dans leur propre environnement. Rappelons que notre posture épistémologique vise une meilleure compréhension et une meilleure interprétation de la souffrance au travail des intervenants professionnels (Savoie-Zajc, 2009). Ce type de recherche s'est avéré un choix judicieux en raison des nombreux enjeux liés à l'évolution des pratiques organisationnelles et professionnelles. En somme, l'approche qualitative demeure la plus appropriée, car elle offre la possibilité de recueillir des données subjectives sur les perceptions du vécu des intervenants professionnels.

3.2 Stratégie d'échantillonnage

Nous avons choisi d'effectuer notre recherche dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Notre intérêt pour le secteur de la santé et des services sociaux à l'égard de la souffrance au travail s'est limité aux intervenants professionnels. Le recrutement des participants s'est effectué sur le territoire du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Dans ces organisations, plusieurs maladies d'origine professionnelle sont reliées à des difficultés de santé mentale. Notons que notre objectif de recherche était de rencontrer des intervenants professionnels qui exercent dans un contexte de travail mouvementé et où les contraintes organisationnelles entraînent des tensions émotionnelles et psychiques.

Ainsi, pour être admissibles à la présente étude, les intervenants professionnels du secteur sociosanitaire devaient :

- travailler depuis au moins deux ans dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue;
- faire partie de l'ordre professionnel d'une des disciplines suivantes : sciences infirmières, travail social, psychoéducation, psychologie, physiothérapie, inhalothérapie, ergothérapie, orthophonie et sciences de la nutrition;
- travailler au minimum 25 heures par semaine afin de s'assurer qu'ils possèdent une bonne connaissance de ce secteur d'activité.

La population à l'étude a consisté à des intervenants professionnels provenant de divers champs professionnels, soit sciences infirmières, travail social, psychoéducation, psychologie, physiothérapie, inhalothérapie, ergothérapie, orthophonie et sciences de la nutrition. Nous avons décidé d'opter pour le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue puisqu'on y retrouve une forte proportion d'intervenants professionnels répondant aux critères d'inclusion et un grand nombre de plaintes de détresse psychologique parmi les travailleurs. Les impacts de restructuration ont contribué à fragiliser la santé mentale des praticiens ainsi que les changements en cours depuis la réforme liée à la loi 10. Le choix du secteur de l'Abitibi-Témiscamingue répond aussi à des raisons pratiques étant donné que c'est un terrain que nous connaissons déjà pour y travailler. Ainsi, le contact avec les participants a été facilité et ceux-ci se sentaient moins menacés par la nature du sujet traité par le projet.

La démarche pour recruter les participants s'est déroulée de la manière suivante. Nous avons contacté les responsables des syndicats des différents domaines professionnels des établissements du secteur sociosanitaire de la région ainsi que les responsables des comités régionaux des ordres professionnels des diverses disciplines qui ont été ciblées par notre recherche (infirmières, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes). Nous avons envoyé à tous ces gens un courrier électronique afin de leur transmettre diverses informations concernant le projet de recherche (contexte, objectifs,

problématique, nature de l'implication demandée). Une semaine plus tard, nous avons effectué un suivi téléphonique auprès de ces responsables pour vérifier leur intérêt à l'égard de notre projet. Plusieurs échanges téléphoniques ont eu lieu pour établir une bonne collaboration entre les différents représentants concernés et nous. Par la suite, d'un commun accord, les responsables ont transmis dans un délai très court, par courrier électronique, par courrier interne et par *Facebook* la lettre d'invitation (Appendice A) à participer à l'étude à l'ensemble des groupes professionnels identifiés pour prendre part à notre projet. Quelques heures plus tard à peine, quelques intervenants professionnels manifestaient leur intérêt. Au total, nous avons conduit onze entrevues semi-dirigées. Les personnes intéressées à participer ont été invitées à nous contacter directement par courrier électronique ou par téléphone afin de convenir d'un premier moment d'échange téléphonique. Ce rendez-vous a permis d'établir le contact verbal avec les participants et de discuter plus en profondeur des modalités du projet et du déroulement de l'entretien (lieu, date, heure, durée). Cette manière de procéder nous a permis de réévaluer l'intérêt des participants potentiels pour notre étude. Considérant les ressources humaines et matérielles qui étaient accessibles pour le projet, les entrevues ont eu lieu en dehors du temps de travail des participants. Nous avons proposé aux gens intéressés de faire les entrevues directement à leur domicile et certains d'entre eux se sont prévalus de cette offre. Le moment et le lieu des entrevues ont été laissés à la discrétion des participants. Par la suite, un formulaire de consentement (Appendice B) a été envoyé à chacun des participants par un courrier électronique. Ce document a été signé en deux exemplaires : l'une pour nous, l'autre pour le participant. Ainsi, chaque intervenant professionnel était libre d'accepter de participer et le recrutement s'est effectué dans le respect des valeurs humaines.

3.3 Échantillonnage

Puisque les intervenants professionnels devaient rencontrer des caractéristiques précises, la stratégie d'échantillonnage s'est effectuée selon une méthode empirique non probabiliste (Beaud, 2009; Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Compte tenu de la nature à la fois qualitative et interprétative de notre étude, un nombre de onze participants a été retenu. Comme le mentionne Beaud (2009) au sujet de la technique d'échantillonnage, lorsque les personnes à l'étude sont libres de participer ou non, il s'agit dans ce cas d'un échantillon de volontaires. La taille de notre échantillon n'est pas inspirée du principe de saturation empirique des données (Savoie-Zajc, 2009) puisqu'il nous semblait essentiel d'avoir une représentativité des différentes catégories professionnelles et différents établissements du secteur de santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

3.3.1 Profil des participants

Sur onze intervenants qui ont participé à l'étude, la grande majorité des personnes interviewées était des femmes parce qu'on a affaire à des secteurs d'activité où la main-d'œuvre est essentiellement féminine; on parle de neuf femmes et de deux hommes. La moyenne du nombre d'années d'expérience dans le milieu de travail, plus précisément dans le secteur de la santé et des services sociaux, se situe à 14 ans. Les intervenants professionnels participants ont un âge variant de 30 ans à 56 ans (voir tableau 3.1).

Tableau 3.1 Profil des participants : sexe et années d'expérience

Participant	Sexe	Nombre d'années d'expérience
1	F	6
2	F	31
3	F	9
4	F	5
5	F	17
6	F	9
7	H	5
8	F	26
9	H	15
10	F	20
11	F	8

Tous les participants ont fait un baccalauréat dans leur catégorie professionnelle. Un participant détient un doctorat et deux participants possèdent une maîtrise dans leur domaine d'étude. Plusieurs d'entre eux détiennent un poste de quatre jours par semaine ou ont un horaire de travail combiné de quatre jours ou 32 heures par semaine. Concernant les catégories professionnelles, nous avons recruté pour notre étude cinq travailleurs sociaux, une infirmière, une psychologue, deux orthophonistes, une ergothérapeute et une psychoéducatrice provenant de diverses institutions attachées au secteur de la santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Le tableau 3.2 résume et complète le tableau précédent se rapportant au profil des participants.

Tableau 3.2 Profil des participants : discipline d'appartenance et répartition des participants

Disciplines	Nombre de participants
Travail social	5
Ergothérapie	1
Orthophonie	2
Psychologie	1
Sciences infirmières	1
Psychoéducation	1

3.3.2 Milieu de pratique

Le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue connaît des changements majeurs sur le plan des conditions de pratique qui troublent la réalité de travail des intervenants professionnels et qui sont la source de difficultés multiples. Les participants à l'étude exercent leur profession dans divers secteurs d'activité de la santé et des services sociaux de cette région. Dans le secteur de la psychiatrie externe (1), stimulation et intervention précoce (2), santé mentale (2), soutien à domicile (3), soins critiques (1), centre de jour (1) et en protection de la jeunesse (1). La NGP, qui est le modèle de gestion privilégié dans les divers établissements où travaillent ces intervenants professionnels, est une culture managériale qui reconfigure les organisations du travail et encourage la performance.

3.4 Méthodes de collectes de données

Nous avons choisi de faire des entrevues semi-dirigées pour le contact direct qu'elles proposent et pour bien comprendre la richesse du phénomène exploré afin d'accéder à la subjectivité des participants et parvenir à bien comprendre le phénomène (Savoie-Zajc, 2009). Ces propos rappellent la force de cette méthode, c'est-à-dire toute la richesse des données qu'elle extrait. De plus, cette méthode est riche de sens, car elle propose d'enrichir la connaissance du phénomène afin de déployer différents savoirs liés à l'expérience étudiée (Savoie-Zajc, 2009). L'entretien semi-dirigé constitue l'une des formes de collecte de données les plus utilisées en recherche qualitative (Bouquet et Jaeger, 2011; Kohn et Christiaens, 2014; Paillé et Mucchielli, 2012). Selon Bouquet et Jaeger (2011), ce type d'entretien doit être favorisé, « car il permet de mêler tout à la fois attachement, intéressement, relation humaine avec l'interviewé [...] » (p. 28). Aborder la thématique de la souffrance au travail impliquait, pour nous, la nécessité d'adopter une approche spécifique et singulière avec notre interlocuteur parce qu'il s'agissait d'un sujet qui touche l'intimité de la personne et qui demeure aujourd'hui tabou dans la culture organisationnelle. Nous avons adopté une position critique de découverte et d'ouverture et non pas une posture évaluative envers le phénomène étudié. Mais la souffrance au travail ne relève pas seulement de la singularité, elle est aussi structurelle et organisationnelle, donc multidimensionnelle.

Plus précisément, un guide d'entretien (Appendice C) a été utilisé dans les entrevues pour orienter la discussion et aborder les différentes dimensions (objective et subjective) ainsi que les médiations (Savoie-Zajc, 2009). D'ailleurs, des questions portant sur les difficultés vécues, les attentes, etc. au travail ont été menées à nos participants afin de répondre à nos intentions de recherche. En plus, il semblait pertinent d'utiliser l'entretien qualitatif pour la compréhension en profondeur des enjeux auxquels font face les intervenants professionnels au quotidien et pour mettre

en lumière leurs conduites et leurs expériences à l'égard de la réalité sociale (Poupart, 1997), aspects qui n'auraient pas pu être soulevés avec une recherche quantitative. Étant donné que la recherche concentre son attention sur la souffrance au travail en relation avec les pressions organisationnelles et les besoins des professionnels face à leurs conditions de travail, l'entretien tournait autour du partage d'expériences vécues par les participants, ce qui a permis de faire ressortir chez ceux-ci des émotions et des malaises.

Nos entretiens avaient une durée approximative variant de 40 à 90 minutes. Juste avant de commencer l'entrevue, afin de briser la glace, nous informions notre interlocuteur que la confidentialité serait assurée et qu'il n'y avait aucun risque de représailles sur eux de la part de leur organisation. Pour Savoie-Zajc (2009), c'est une marque de respect envers la personne. Nous trouvions important de mettre l'accent sur cette entrée en matière. À cet égard, nous sommes en accord avec les propos de Poupart (1997) qui affirme que si nous voulons aller chercher l'authenticité des points de vue, il faut rassurer nos interviewés sur les craintes qu'ils vivent et sur les enjeux auxquels ils pourraient être exposés au sein de l'organisation en ce qui concerne les aspects entourant la confidentialité. Ainsi, pour une faible proportion des entretiens, le logiciel Skype en appel vidéo fut une solution de remplacement.

Nous avons pris soin de commencer les entretiens avec des questions moins intrusives. De plus, les questions contenaient généralement une seule idée et devaient le moins possible induire une réponse. Nous avons prévu des transitions entre les différentes thématiques. Les questions étaient toutes ouvertes puisque nous voulions accéder à un « [...] échange verbal contribuant à la production d'un savoir socialement construit » (Savoie-Zajc, 2009, p. 339). Le libellé des questions allait directement rejoindre la subjectivité du participant (Van Campenhoutd et Quivy, 2011). Toutes ces précautions sont le propre d'une véritable attitude d'écoute laquelle,

selon Van der Maren (2014), nécessite plus que la maîtrise de techniques. Également, certaines techniques d'entretien nous ont permis de mieux comprendre les informations recueillies. Par exemple, nous avons souvent employé les demandes de précisions, les reformulations et les résumés des propos dans le but de bien comprendre la pensée de notre interlocuteur. Notre posture de recherche et nos questions visaient à aller chercher le savoir d'expérience chez l'interviewé et le sens qu'il lui donne (Savoie-Zajc, 2009).

3.5 Méthode de traitement et d'analyse des données

En guise de première étape, les entrevues ont tout d'abord été enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique en format MP3, avec le consentement de l'interviewé. Avant de commencer la thématization du matériel contenu dans les retranscriptions, comme le proposent Blais et Martineau (2006), nous avons également procédé à une écoute des enregistrements, utilisant en appui une prise de notes rigoureuse, en vue de faire ressortir les faits saillants. L'avantage de cette méthode de préparation tient au fait qu'elle nous a permis de revivre l'entrevue et de demeurer vigilante face aux biais qu'aurait pu nous imposer notre subjectivité. À la fin de chaque entretien, nous prenions des notes manuscrites sur l'environnement où se déroule l'entrevue, sur les faits marquants du témoignage donné par le participant et sur les attitudes et les comportements des participants. Ensuite, comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (2012), elles ont été retranscrites sous forme verbatim et relues à plusieurs reprises pour permettre une analyse en continu de leur contenu. Après une première lecture flottante de l'entretien, nous avons pris soin d'inscrire, dans le journal de bord, toutes les dimensions heuristiques de notre étude : la souffrance au travail, les dimensions objective ou subjective, les médiations et les figures de médiation ainsi que

l'articulation entre la dimension objective et subjective. Cette première analyse a été l'occasion de vérifier la précision des questions et du contenu de l'échange.

Pour cette étude, l'analyse qui nous a paru pertinente pour notre projet est l'analyse de contenu de type thématique pour soutenir l'intention de notre projet de recherche, qui est descriptive (Paillé et Mucchielli, 2012). Cette forme particulière d'analyse consiste « [...] à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus [...] » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232). Concrètement, les thèmes ont été identifiés de façon graduelle à partir du corpus de retranscriptions. Ils ont été regroupés et hiérarchisés afin de créer un arbre thématique, qui a permis de développer une représentation de l'essence même des données. Pour ce faire, lorsque nous avons procédé plus systématiquement au codage et à l'analyse des données, nous avons eu recours au logiciel NVivo.

Lors de l'analyse des données, il était important de prendre du recul, de se questionner sur nos préoccupations afin de ne pas laisser notre subjectivité l'emporter sur notre objectivité. Notre grande sensibilité théorique (Paillé et Mucchielli, 2012), c'est-à-dire nos connaissances sur le phénomène étudié, a facilité la démarche de thématisation. Il était important dans cette démarche de faire ressortir le mouvement de l'extrait du corpus pour lui donner un sens tout en restant fidèle aux mots employés par les interlocuteurs. Selon Paillé et Mucchielli (2012), l'analyste doit faire preuve de discipline pour que le niveau d'inférence dans les thèmes choisis soit à son plus faible niveau, c'est-à-dire le plus proche possible du sens qui lui est attribué par le participant.

3.6 Limites et biais de la recherche

Il importe de présenter les limites de notre étude afin de bien saisir les résultats auxquels nous sommes parvenus. Bien entendu, le biais d'interprétation conditionne la poursuite des analyses (Poupart, 1997). La méthodologie qualitative ne permet pas le déploiement des statistiques, mais elle aide à saisir le point de vue des acteurs et à dégager un sens au phénomène étudié. Par ailleurs, aucune généralisation des résultats ne s'avère possible compte tenu de la petite taille de notre échantillon. Aussi, la subjectivité des praticiens professionnels a pu être entendue, mais elle présentait une limite pour sa portée à influencer (Laperrière, 1997). Selon Laperrière (1997), il est impossible d'éliminer totalement les biais et de faire preuve d'objectivité totale dans la recherche. Une autre limite de cette étude se situe dans nos interactions avec les participants. Il est fort probable que les participants n'aient pas réellement exprimé ce qu'ils désiraient dire (Poupart, 1997), voire les difficultés ou les malaises qu'ils vivaient, ce qui influence la portée des résultats. Pour poursuivre dans le même sens que les propos ci-dessus, il est possible également que les témoignages des participants aient été influencés dans l'intention de satisfaire nos attentes. Mais encore, la connaissance des milieux de pratique que nous possédions initialement a pu soulever un enjeu éthique à la collecte de données et l'analyse des résultats. Notre fonction est susceptible d'avoir influencé le choix des intervenants professionnels qui ont participé à l'étude, et sans doute certaines catégories professionnelles plus que d'autres. Concernant l'analyse des résultats, la prise de distance nécessaire entre les données recueillies et l'analyse subséquente a constitué une limite importante quant à la possible influence des données, sans le vouloir, avec certaines difficultés déjà vécues ou celles déjà existantes. Des temps de pauses ont été nécessaires lors de l'analyse des données ainsi que pendant la rédaction afin de permettre le recul nécessaire. Somme toute, nous avons dû faire attention et nous recentrer

régulièrement sur nos objectifs de recherche, puisqu'il était facile de se perdre dans l'abondance d'informations.

D'autres limites se rattachant à la méthode de collecte de données ont été soulevées. Pour certains participants, le discours rationnel donnait peu d'accès à leur subjectivité et ce qu'ils vivaient concrètement dans la pratique. Également, nous avons une préoccupation au départ qui impliquait la possibilité que les participants répètent les mêmes réponses selon les questions puisque les deux dimensions abordées, objective et subjective, s'influencent entre elles. Effectivement, nous avons dû nous ajuster au cours des échanges pour ne pas poser les questions dont les éléments de réponse avaient déjà été nommés. C'est en effet ce que proposent Van Campenhoudt et Quivy (2011), c'est-à-dire que le chercheur ne posera pas systématiquement les questions dans l'ordre puisque le chercheur a comme rôle de s'ajuster aux éléments de réponse. Cela demande au chercheur une bonne maîtrise du guide d'entretien. Malgré ces limites et biais, cette étude a permis d'obtenir un flot d'informations, d'effectuer une analyse et une description des résultats substantiellement à nos trois objectifs de recherche et dont le but sera de les présenter au prochain chapitre.

3.7 Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé s'avère un droit majeur pour le participant et une règle très importante pour l'étudiante-chercheuse. Ainsi, la confidentialité des participants, des programmes et des secteurs d'activité a été assurée et les résultats ont été présentés de manière à ne pas identifier les participants. Cette éthique des experts, dont nous venons de citer quelques points à considérer, démontre des savoirs et repose sur des procédures à respecter tout au cours des différents modes d'opération. Nous avons fait en sorte d'assurer une participation volontaire tout au long du protocole de recherche. De même, chaque participant a été informé

concernant les objectifs de l'étude, les risques éventuels, l'utilisation des données et le niveau d'implication requis par notre étude. De même, avant d'être interviewé, chaque participant a lu et signé un formulaire de consentement expliquant les principes que nous devons respecter afin de dégager notre recherche de toute forme de transgression des droits des individus (Allard et Bouchard, 2010). Dans cette démarche méthodologique, Savoie-Zajc (2007) rappelle l'importance d'avoir un souci éthique à l'égard des personnes approchées afin que le recrutement soit effectué sous le signe de la transparence.

En outre, une demande a été adressée au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (CÉR-UQAT). Après avoir obtenu l'approbation éthique (Appendice D), une demande de participation a été acheminée aux syndicats des divers groupes professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue et aux responsables des comités régionaux des ordres professionnels des disciplines ciblées par notre étude en vue d'assurer le recrutement des participants. Aussi, un enjeu éthique se rapportant à notre recherche était présent tout au long du processus d'entrevue, à savoir la possibilité que l'entretien fasse vivre aux personnes interviewées des souvenirs douloureux et du ressentiment envers certaines situations de travail ou certains collègues. Aussi, il se pouvait même que certains cliniciens soient dans une situation de souffrance au travail au moment où je faisais l'entretien avec eux. Par ce fait même, des moyens ont été prévus pour remédier à ces situations par exemple, la référence au programme d'aide aux employés de l'organisation et une liste de ressources d'aide a été offerte au besoin, dont notamment la ligne Info-Social, qui est un service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel qui est assuré par des travailleurs sociaux qualifiés.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présenterons les données recueillies dans les entrevues. À cet effet, nous décrirons les faits saillants reliés aux objectifs de recherche dans le but de dresser un portrait global de la souffrance au travail. Rappelons que notre intention de recherche consiste à établir un portrait global de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Dans ce cadre, les résultats de la présente recherche exposent les six grandes composantes des conditions de pratique chez les praticiens. Ces composantes relevant de l'objectif 1 visent à dégager les éléments de la dimension objective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, ces composantes sont : les pratiques relationnelles de gestion, les pratiques relationnelles du collectif de travail, les exigences paradoxales, les pratiques de travail hyperperformatives, l'environnement physique et finalement, les composantes propres à l'intervenant professionnel favorisant ou entravant l'apparition de la souffrance au travail. Par la suite, il sera question de présenter les résultats relatifs à l'objectif 2, visant à dégager les éléments de la dimension subjective chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Ces éléments de réponse, tels que les formes de souffrance au travail sont : la souffrance psychologique, la souffrance émotionnelle, la souffrance physique, la souffrance éthique et la souffrance par contagion. Ensuite, les résultats se rapportant à

l'objectif 3 visent à documenter les différentes figures de médiation qui sont mobilisées par les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Les figures de médiation individuelles, collectives, organisationnelles et familiales seront décrites. Ainsi, c'est par une médiation entre la dimension objective et la dimension subjective qu'une dynamique se crée et à partir de laquelle il est possible de mieux comprendre la nature de la souffrance provenant de tout l'investissement réflexif et subjectif que déploie l'intervenant dans le cadre de conditions de travail concrètes.

4.1 Pratiques relationnelles de gestion

Cette première composante de la dimension objective s'est manifestée chez tous les intervenants participant à l'étude et ils ont prétendu être dérangés de différentes manières et à différents niveaux par les pratiques de gestion. En particulier, les attitudes des cadres immédiats/gestionnaires ont été mentionnées comme un aspect se rattachant à la dimension des pratiques relationnelles de gestion. L'analyse des données dévoile neuf attitudes en tension, en l'occurrence le manque de soutien, la non-consultation, le contrôle de l'activité professionnelle, la non-reconnaissance du travail fait, les pratiques d'abus de pouvoir, la non-transparence, le manque de considération, le non-respect des dispositions locales et finalement, le manque d'expérience. Ce matériel est présenté aux paragraphes qui suivent.

4.1.1 Manque de soutien

Avec toutes les transformations que vivent les intervenants professionnels, surtout depuis la dernière reconfiguration de tout le système organisationnel du secteur de la santé et des services sociaux, les pratiques professionnelles des intervenants se sont

vues modifiées tout comme celles des cadres. La dernière reconfiguration a amené pour plusieurs cadres un surplus de tâches, ce qui fait qu'on observe moins de soutien de leur part à l'endroit des employés, comme l'affirme cette intervenante professionnelle : « [...] la fusion a apporté un changement de cadres et les tâches du cadre ont aussi doublé, ça fait que c'est sûr qu'il n'est pas là ou qu'elle n'est pas là pour nous supporter et nous aider » (E-1). Pour la grande majorité des répondants, c'est-à-dire dix répondants, le manque de soutien est ressorti dans les entretiens, sauf pour une répondante. Ce manque de soutien est surtout attribué à l'absence de moyen mis en place par les cadres pour remédier à la détresse des intervenants, mais aussi au manque d'écoute, voire à une écoute masquée. Voici quelques extraits des entretiens illustrant ce manque de soutien dispensé aux intervenants professionnels :

[...] hiérarchiquement parlant, on ne reçoit pas le support [...] (E-2)

[...] lorsque tu dis à tes chefs de programmes ou à ton chef de programme que tu n'y arrives pas et qu'il te dit : « Moi, je ne peux rien faire », il te pousse quand même des commandes [...] on ne cherche pas de solutions et on ne met pas des solutions en place. (E-10)

Deux participantes seulement ont affirmé avoir reçu une certaine forme de soutien. Une répondante mentionne avoir l'occasion d'échanger avec sa gestionnaire lorsqu'elle a connu une difficulté, ajoutant qu'elle sentait qu'il y avait un échange dynamique et une compréhension de sa part. Une autre participante dit avoir elle aussi reçu dernièrement un certain soutien de sa nouvelle gestionnaire après une période de forte anxiété, évoquant une écoute qui considérait le facteur humain. Cependant, cette même participante observe que les supérieurs en général éprouvent des difficultés à donner du soutien, malgré son expérience positive vécue récemment. Ce manque de soutien ne semble pas être lié à une culture professionnelle, mais bien à des caractéristiques propres à la personne faisant office de gestionnaire. Notre

participante ajoute que cette difficulté « dépend vraiment de notre supérieur, de quelle façon elle voit les choses. On a vu des différences d'un supérieur à l'autre [...] » (E-5)

4.1.2 Non-consultation

La non-consultation est ressortie comme étant un autre aspect contraignant concernant la composante des pratiques managériales. Cinq intervenants professionnels ont prétendu ne pas se sentir consultés dans le cadre de leur exercice, c'est-à-dire pour prendre des décisions ou tout simplement pour aider à mieux orienter les services. Voici des exemples de discours montrant la non-consultation ressentie chez les praticiens :

[...] il n'y a plus rien, plus rien, plus rien qui se décide à la base, on nous impose toujours, toujours plein de choses, on uniformise sans consulter; nous, les travailleurs sociaux, on n'est pas consultés. (E-6)

Ils ne prennent pas en compte nos idées, notre fonctionnement, comment on pourrait enligner ça dans notre fonctionnement, quelles idées on a. Quand on dit nos idées, les leurs sont déjà faites. Ils nous écoutent, ils nous écoutent poliment, mais ils ne travaillent pas du tout avec nous, c'est complètement déconnecté. (E-9)

4.1.3 Contrôle de l'activité professionnelle

Les tâches que les cadres imposent et qui ne relèvent aucunement du rôle ou du mandat de l'intervenant professionnel engendrent visiblement une tension entre les deux logiques. Cette tension a été soulevée par sept intervenants professionnels. Voici un témoignage révélateur :

On dirait que tout le monde descend sur les travailleurs sociaux pour dire : « Eux autres, ils vont faire ça. Eux autres, ils vont faire ça. » On n'en peut plus. À un moment donné, on était rendus qu'un autre cadre nous disait : « Vu qu'il n'y a plus de physiothérapie ici, les travailleurs sociaux vont amener des gens de chez eux à la physiothérapie là. » On a contesté ça. On est toujours sur la défensive pour garder un minimum de sens dans notre travail parce qu'on ferait tout. « Vu qu'il manque la physiothérapie, les travailleurs sociaux vont ramasser ça. » Ça n'a plus de bon sens. (E-6)

Sur ce point, une autre répondante tient des propos révélateurs d'une souffrance en ce qui a trait au contrôle des activités. Voici un extrait de son témoignage : « C'est l'imposition, c'est de la dictature. Qu'est-ce que c'est que ça? On est contrôlé » (E-7).

Pour certains intervenants, l'emploi de méthodes d'évaluation individualisées et par comparaison, que ce soit par les outils mis en place pour calculer les aspects quantitatifs du travail accompli dans une journée ou par des rencontres individuelles avec le supérieur hiérarchique, a amené de graves difficultés. Cette façon d'évaluer les intervenants professionnels, qui est souvent perçue comme une forme de contrôle, exerce une forte pression qui n'apporte que du découragement aux individus. À ce propos, un intervenant professionnel nous livre son témoignage :

Par exemple, toutes les démarches qu'on fait ou toutes les recherches qu'on fait, on ne nous le comptera pas, et ça fait en sorte que, à la fin, ça arrive à un résultat et, moi et la plupart de mes collègues, on était en dessous des résultats qu'on devait avoir. Par exemple, on devait être à 100 %, mais on était à 60 %, à 50 % ou à 40 %. Même s'ils peuvent nous dire : « Ah! Ça ne veut rien dire, il ne faut pas s'en faire avec ça », c'est quand même démotivant et ça met quand même de la pression. Et ça a aussi une perte de sens... (E-8)

Dans la même veine, un autre intervenant professionnel nous exprime l'humiliation vécue par les méthodes d'évaluation individualisées par comparaison : « Toutes les

deux semaines, on se fait envoyer un courriel avec tous les pourcentages d'équipe. Ça, c'est un irritant! C'est humiliant! » (E-11)

4.1.4 Non-reconnaissance du travail fait

Une des grandes difficultés vécues par les intervenants professionnels concerne les actes de non-reconnaissance de leur travail. Les initiatives prises par certains intervenants dans le but de rendre plus adéquat le climat de travail de ceux-ci ne sont pas toujours reconnues, mais aussi ce qui se rapporte à la reconnaissance de leur profession. Ces plaintes se traduisent généralement par la non-reconnaissance de l'employeur envers le travail fait. Un premier répondant nous dit : « Entre nous, on va se le dire : « Tu as fait une belle job [sic] », mais, avec l'employeur, ce n'est pas ça du tout » (E-6). Pour un autre intervenant, la reconnaissance peut être une réponse à ses attentes : « [...] c'est le fun [sic] d'avoir de l'appréciation quelque part : « Est-ce que je réponds à tes attentes? » Je n'en ai pas eu depuis trois ans ici. Les gens n'en ont pas » (E-10). Une autre intervenante appuie l'idée que la valorisation doit se faire entre les collègues puisqu'ils n'en ont pas de la part de leur supérieur : « Le seul impact que j'ai, c'est l'absence de valorisation. Il n'y a personne qui me dit : « Aïe! Tu fais de la belle job [sic]. » Il faut qu'on se la fasse entre nous autres dans l'équipe parce qu'il n'y a personne qui vient nous dire ça » (E-4). Pour cette même intervenante, la contrainte de la reconnaissance ne s'arrête pas seulement au besoin d'être valorisée pour les actes au quotidien qu'elle pose, elle porte également sur l'obligation de tout reformater à zéro, de mettre son expérience de travail de côté et de faire comme si elle n'avait jamais rien appris. Voici un extrait d'entrevue exposant cette non-reconnaissance du travail fait :

Puis, c'est le manque de reconnaissance aussi. J'ai l'impression qu'on ne me valorise pas. Au lieu de regarder vraiment en détail ce qu'on a fait

jusqu'à présent... Aïe! Ça fait 31 ans que je travaille, et là, je me sens comme si tout ce que j'ai mis en place avant, ce n'est plus bon, on va balayer ça et on va nous dire comment travailler asteure [sic]. On va repartir à zéro, on va réinventer la roue, ça fait énormément de souffrance. (E-4)

4.1.5 Abus de pouvoir

D'autres éléments de réponse à propos des attitudes des gestionnaires ont été soulevés. Ainsi, les résultats montrent que la moitié des répondants est ou était aux prises avec des pratiques d'abus de pouvoir de la part d'un supérieur. Selon les répondants, cette situation se traduit par des pratiques insidieuses, voire de manipulation : « [...] on me manipule pour que je collabore » (E-2). De plus, des attitudes hostiles, une forte rigidité dans le modèle de gestion et des pratiques sous pression ont été évoquées. La non-accessibilité à l'information a également été mentionnée comme une pratique reliée à l'abus de pouvoir. Un répondant s'exprime sur ce point avec un bel exemple pour appuyer ses propos :

Avant d'être en *burn-out* [sic], pour essayer de m'encadrer moi-même, j'avais demandé à mon *boss* [sic] : « Est-ce que je peux avoir ma définition de tâches? » Je ne l'ai jamais eue. « Moi, je n'ai pas ça. Même si j'en avais une, je ne te la donnerais pas ça parce que ça va me limiter; toi, je vais te donner ta définition et tu vas me dire non. » « Non. Moi, ça m'encadrerait, je connaîtrais tes attentes par rapport à moi; je ne sais même pas ce que tu attends de moi, est-ce que tu peux me la nommer? » Il était incapable de le faire [...]. (E-10)

Dans le même ordre d'idées, une répondante nous partage une pratique qui est connue au sein de son établissement et qui ressemble à une violence psychologique : « [...] si l'employeur ne te feele [sic] pas ou est incapable avec son visage, elle va s'arranger pour que tu ne restes pas dans l'équipe » (E-11).

Les résultats montrent également la présence de pratiques de gestion insidieuses qui s'apparentent à la manipulation affective. Une intervenante professionnelle nous raconte : « On ne va pas faire trop d'histoires pour que je prenne du temps accumulé, on va me faire de grands sourires, mais moi, quelque part, il va falloir que je sois gentille plus tard. Je me sens comme ça [...] » (E-2). Aux yeux de la même intervenante, les pratiques managériales contraignent les individus à vivre leur charge émotionnelle et encouragent l'instrumentalisation et la désobjectivation :

En fait, c'est un peu comme si on nous forçait à devenir... pas des larves, mais des petites fourmis... pas une fourmi, mais des robots qui vont faire les choses automatiquement et plus vite, sans vraiment d'émotions à travers. Je ne sais pas. Je me sens comme ça. (E-2)

Dans la pratique professionnelle, le type d'entrevue connue sous le nom d'entrevue par compétence est de plus en plus fréquemment utilisé lors du processus de sélection des travailleurs au sein du secteur sociosanitaire. Être privé de son expérience du métier fait partie aujourd'hui de la culture organisationnelle. D'ailleurs, les résultats révèlent la présence de favoritisme pour certains intervenants d'une même catégorie professionnelle. Cette attitude illustre bien tous les dommages moraux qu'elle crée pour ceux victimes de cette exclusion. Sur ce point, un intervenant nous partage ses observations :

[...] une situation qui fait souvent vivre de la frustration, c'est qu'on dirait que ça ne semble pas toujours juste, il semble parfois y avoir du favoritisme par rapport aux postes maintenant qu'ils font des entrevues. Dans les entrevues, ils disent que ça prend 75 % et plus, mais, sur six intervenants d'expérience, il y en a cinq qui n'auront même pas 75 % et c'est tentant de croire que l'employeur faisait parfois du favoritisme avec la personne choisie. C'est difficile de croire que les cinq autres intervenants, dont ça fait 15 ans et 20 ans et plus qu'ils travaillent et qui sont compétents à notre avis, n'ont pas passé l'entrevue. D'ailleurs, ils sont tous démoralisés de ça. Ça, à chaque fois, ça revient, l'histoire revient et on l'entend à chaque fois. (E-8)

4.1.6 Non-transparence

D'autres attitudes liées au savoir-être ont été soulevées lors des entretiens, notamment la non-transparence, qui fut mentionnée par quatre participants. Pour certains, cette non-transparence est vécue comme une relation empreinte de malhonnêteté qui entraîne souvent une fausse croyance. Voici un exemple tiré des entretiens qui témoigne de cette pénible réalité :

Ils nous disent : « Le client est au cœur de nos actions et de nos préoccupations. » C'est de la marde [sic], ça [...]. Parce qu'ils nous font de maudites menteries [...] Et là, ils pensent qu'on est des tatas [sic]; ils nous arrivent avec des affaires détournées et ils pensent qu'on ne s'en rend pas compte. (E-7)

Pour d'autres, la non-transparence peut être comprise comme un manque d'écoute où les intervenants professionnels ne sont pas entendus. Voici un extrait faisant la lumière sur ce propos :

C'est de nous faire croire qu'ils vont nous écouter et qu'ils veulent travailler en équipe, mais, dans leur tête, tout est déjà décidé; écouter, c'est juste une belle face, tout est déjà décidé. Que tu dises n'importe quoi, ça ne changera rien à la situation. (E-9)

4.1.7 Manque de considération

La déshumanisation des pratiques prolifère toujours et continue de provoquer au sein de la relation employeur-employé, des tensions en raison d'un contexte de travail où la condition humaine est peu prise en compte. Le manque de considération a été souligné par trois répondants. L'extrait d'entretien ci-dessous en dit long sur certaines

pratiques de gestion qui s'apparentent à un manque de considération, voire à un manque de respect :

Moi, quand j'ai arrêté, on a mis quelqu'un sur ma chaise et on lui a dit : « Tu ne réponds qu'aux urgences, tu ne fais que ça. » La personne a dit à mon *boss* [sic] : « C'est bien plat comme *job* [sic]; il n'a rien à faire, lui. » Mais la commande était : « Tu ne réponds qu'aux urgences. » À un moment donné, mon *boss* [sic] me dit : « Il paraît que tu ne fais rien, qu'il n'y a rien à faire. » J'ai grimpé, j'ai péché ma coche. Rien à faire! (E-10)

À ce sujet, cette attitude de manque de considération s'approche de très près de la déresponsabilisation des cadres envers la pratique des intervenants professionnels. Nos résultats dévoilent que les intervenants professionnels doivent eux-mêmes se mobiliser pour chercher des ressources de formation parce que certains supérieurs se dégagent de cette responsabilité. Voici deux exemples qui illustrent bien ces propos :

Bien, c'est sûr que là où on nous exige la supervision, ça a été très clairement dit par notre gestionnaire qu'on était laissés à nous-mêmes avec ça, qu'ils ne nous aideraient pas et qu'ils n'allaient rien défrayer par rapport à ça. Les formations qu'ils nous offrent dans le réseau ne sont pas adaptées pour ce que l'ordre exige. (E-3)

[...] la chef de service que j'avais avant n'était vraiment pas ouverte à la formation continue et elle nous mettait des bâtons dans les roues pour ce que l'employeur payait. (E-8)

4.1.8 Non-respect des dispositions locales

Plusieurs autres attitudes néfastes ont été exprimées par les participants et ont entraîné des malaises qui étaient perceptibles dans le discours qu'ils tenaient. Le non-respect des dispositions locales a été soulevé par trois participants. Les intervenants professionnels se voient soudainement privés de leur condition de travail, par la

privation des horaires comprimés, le refus des congés sans solde, etc., et ce, sans raison valable. Voici un extrait des entretiens qui démontre bien la difficulté pour les intervenants professionnels à faire respecter leurs conditions de travail :

Moi, ce qui me met en colère encore, c'est le fait que l'employeur et les syndiqués ont convenu de dispositions locales et ont signé à deux pour établir les conditions de travail, mais là, ce n'est pas respecté, ils ne respectent pas les horaires 4-32 et les demandes de congé sans solde, ils ne respectent rien. (E-6)

4.1.9 Manque d'expérience

Certains intervenants ont mentionné des expériences réelles de travail où le manque d'expérience du supérieur hiérarchique était à l'honneur et accentuait le conflit. Ici encore, trois répondants ont parlé de cette difficulté fréquente dans la pratique des gestionnaires. Voici un extrait qui illustre bien cette difficulté :

[...] je pense que c'est quelqu'un qui n'avait pas les compétences pour régler une situation de conflit comme ça, c'est quelqu'un qui aurait pu aller chercher de l'aide pour savoir comment régler les conflits dans son équipe, et j'ai l'impression que, vu qu'il y avait plusieurs personnes qui disaient la même chose, pour elle, c'était vrai. (E-1)

Par ailleurs, cette difficulté reconnue par plusieurs intervenants professionnels soulève des impacts non seulement en ce qui a trait aux relations de travail, mais aussi dans l'activité professionnelle. Une gestion plus grande de leur activité professionnelle est alors demandée à ces répondants. Voici un témoignage qui rend compte de ces propos : « [...] il faut toujours se guetter [...] il faut que je checke [sic] [...] il faut tout le temps que tu vérifies tes flûtes... » (5-9).

4.2 Pratiques relationnelles du collectif de travail

Cette deuxième composante de la dimension objective de la souffrance au travail s'est manifestée chez cinq répondants sur onze par des plaintes concernant des conséquences sur leur pratique de travail sur le plan individuel et professionnel, notamment par une remise en question de leurs compétences et de leur identité professionnelle. Également, les résultats exposent la présence d'attitudes malveillantes des collègues, des conflits de valeurs interpersonnelles, des conflits de rôles et le pouvoir du corps médical engendrant des impacts majeurs sur le climat de travail.

4.2.1 Attitudes malveillantes des collègues de travail

On constate la présence de tensions relationnelles entre les pairs qui se manifestent par des jugements, des bavardages malveillants et des commentaires qui, en raison des différences dans la façon dont les divers intervenants professionnels exercent leur travail, s'apparentent à des attitudes malveillantes. Voici quelques extraits mettant la lumière sur les attitudes qu'empruntent certains intervenants professionnels à l'égard de leurs collègues :

[...] je me suis rendu compte qu'ils s'étaient rencontrés pour parler de ma façon de prendre les dossiers, de ma façon de marquer mon temps et de ma façon de faire les statistiques. [...] Je me suis fait accuser de certaines affaires, du genre que j'avais faussé mes statistiques et que je ne faisais pas mon temps de travail adéquatement. (E-1)

Un intervenant ajoute que les bavardages malveillants vécus dans son équipe de travail engendrent des difficultés dans sa pratique.

[...] c'est le mémérage. Savoir que l'un a dit telle affaire sur toi; d'où sort-il ça? Je te dirais que la majeure partie des sources de souffrance depuis six mois, ça a été justement ça : savoir que telle personne a dit telle affaire, que telle personne pense comme moi, que telle personne a perçu telle chose. (E-5)

Un participant affirme qu'une grande source de difficultés au travail se trouve dans les jugements émis par ses pairs : « [...] les jugements sont de plus en plus là [...] » (E-9). Pour d'autres, les jugements en provenance des collègues engendrent des conséquences sur le plan individuel et professionnel et effritent le climat de travail. Voici un témoignage très révélateur :

[...] autour de toi, on reflète que ce que tu fais n'est pas comme les autres, que ta façon dont tu es ne semble pas être correcte, que tu ne fais pas partie de la *gang* [sic] et que je ne te parle pas parce que tu prends ma place. Ça fait beaucoup de tensions autour qui font qu'on finit par se remettre en question complètement. [...] Ça a amené des différends entre nous. (E-5)

Dans le même ordre d'idées, un de ces répondants nous exprime sa perception de son expérience de souffrance. Un conflit de valeurs semblait être à la source de cette difficulté. Toutefois, la jalousie transparait dans ses propos : « [...] à un moment donné, de fil en aiguille, moi avec mon équipe, j'ai eu l'impression de vivre une situation de jalousie [...] » (E-1). Suivant la même pensée, pour ces mêmes répondants, c'est le comportement même des individus qui permettrait d'expliquer les difficultés vécues à l'intérieur d'une équipe de travail.

[...] il n'y a jamais personne qui est venu me voir pour me dire : « Regarde, je ne suis pas d'accord avec ça. » Ou : « Je me questionne sur ta façon de faire ». (E-1)

Au bout du compte, le problème, c'est que les gens ne viennent pas parler à la bonne personne, ils ne viennent pas vérifier ce que les autres pensent, ils ne diront pas : « Tu as fait telle affaire et tu m'as blessé. J'aimerais ça

qu'on trouve un moyen... » Les gens ne vont pas parler à la personne concernée pour régler des choses. (E-5)

Enfin, des situations de harcèlement et d'intimidation vécues personnellement ont été soulevées par trois répondants. Selon ces personnes, les situations auraient été très mal gérées par l'organisation dès le départ, et, en raison d'un manque de connaissances à propos de la gestion des conflits, les situations se sont aggravées. Les répondants notent la présence de conséquences psychologiques graves et une atteinte directe au climat relationnel. Voici ce qu'une répondante raconte à ce sujet : « Mais, à un moment donné, quand je me suis fait parler comme ça sans raison, je suis allée m'asseoir plus haut en disant : « Ça, ça devient du harcèlement et de l'intimidation. Si ça n'arrête pas là... » [...] » (E-1).

4.2.2 Conflit de valeurs interpersonnelles

Outre les attitudes malveillantes permises dans différentes équipes de travail, les résultats démontrent la présence de conflits de valeurs lorsqu'ils sont non exprimés, engendrant des malaises pour trois intervenants professionnels. Voici un exemple très révélateur :

[...] les conflits de valeurs qu'on n'ose pas dire à voix haute, mais ça nous dérange, et moi, c'est là que je rentre dans l'inconfort et que je ne suis plus bien souvent dans les quelques équipes où j'ai vécu ça parce que je n'ai pas les mêmes valeurs. Avant, quand tu entrais pour être infirmière ou pour être médecin, tu avais la valeur de donner quelque chose aux gens. Maintenant, je trouve que ça tourne souvent au côté financier et que l'implication personnelle est moins là. Moi, c'est là-dedans que ça me touche. (E-9)

4.2.3 Conflit de rôles

Nos participants ont abordé d'autres éléments concernant la désolidarisation des collectifs de travail et les pratiques de gestion qui joueraient un rôle important dans l'évolution de certaines difficultés. Ils ont également soulevé la question des conflits de rôles entre les différentes disciplines. Trois répondants témoignent des difficultés qu'ils vivent dans leur équipe de travail en l'absence d'une définition des rôles. En voici un extrait des entretiens :

Les difficultés que je vois, c'est beaucoup dans mon équipe spécifiquement; il y a comme une espèce de guerre de clochers entre le travail social et la psychologie, et la gestion favorise ça, et même aussi les psychiatres, des fois. Ça, je trouve ça difficile parce que c'est comme si à chaque fois que tu dis : « Non. Ça, c'est un cas qui devrait aller en psychologie », eux, ils voient ça comme du mépris ou comme si tu pensais que tu étais supérieure. En fait, ça, c'est toujours quelque chose que j'ai reproché à notre équipe : c'est que les différentes professions ne sont pas bien délimitées. Dans le contexte d'équipe, si c'était clair ce qui va en travail social et ce qui va en psychologie, ça n'arriverait pas, ça, on n'aurait pas à se battre pour dire que nous, on est meilleurs que l'autre, et moi, je hais ça parce que ce n'est pas ça. Moi, je n'aurais aucune compétence à voir des clients en service social, mais, eux autres, ils ont leur expertise et elle est bien définie. (E-3)

4.2.4 Pouvoir du corps médical

Une autre intervenante décrit sa plainte sous l'angle du pouvoir détenu par le corps médical. Elle révèle que cette dynamique relationnelle de pouvoir entre les médecins et les intervenants professionnels s'avère problématique dans les pratiques organisationnelles et précise que les impacts de cette situation ont été lourds de conséquences pour elle.

[...] le pouvoir du monde médical sur les agents psychosociaux, ça m'a détruit une fois, donc j'ai pris un congé de maladie d'un an et deux mois. Après ça, la réintégration s'est faite très difficilement, avec des maux de cœur, ça ne marchait pas pantoute [sic]. (E-7)

Ces différentes situations vécues montrent que les attitudes malveillantes envers les collègues de travail jouent un rôle majeur; elles sont fréquentes au sein des équipes de travail et sont susceptibles d'évoluer en d'autres formes de souffrance, par exemple en actes de harcèlement ou d'intimidation.

4.3 Exigences organisationnelles paradoxales

Cette troisième composante, qui relève de la dimension objective, dévoile des exigences fortes auxquelles sont confrontés les intervenants professionnels, souvent perçues comme une pression. Les résultats de notre recherche ont permis de dégager différentes attentes que pouvaient ressentir les intervenants professionnels. Ces attentes se situent à quatre niveaux : les attentes organisationnelles, les attentes collectives, les attentes personnelles ainsi que les attentes professionnelles. Voici les résultats aux pages suivantes appuyant ces propos.

4.3.1 Attentes organisationnelles

Pour tous les répondants interrogés, les attentes sont très claires sur le plan de la logique quantitative. Certains répondants mentionnent qu'il s'agit d'attentes irréalistes, qui sont peu significatives et qui sont élevées en matière de clients à voir, de rencontres à domicile à faire, etc. La charge de cas, comme outil nécessaire à la pratique professionnelle, est en ce sens vécue comme une pression supplémentaire et qui ne veut pas dire grand-chose, notamment chez les travailleurs sociaux, et ce

puisqu'elle ne tient pas compte de la réalité du travail et encore moins des besoins des gens. Poursuivant ce fil conducteur, la gestion des listes d'attente, lesquelles sont nécessaires à une bonne pratique, agit sur la conscience morale des intervenants professionnels et les met souvent devant une grande responsabilité. Quand elles sont gérées par les intervenants, les listes d'attente exposent ceux-ci à des pénibilités. D'après une répondante :

Oui, ça devient lourd. Je reviens à la liste d'attente. Même si les parents ne m'appellent pas, c'est lourd pour moi d'avoir sous les yeux cinq jours par semaine 200 enfants sur la liste d'attente, avec en rouge les priorités, qui sont à peu près 40 % de la liste. (E-2)

La liste d'attente peut faire émerger des tensions individuelles et collectives surtout quand il y a des équipes multidisciplinaires. Ainsi, une intervenante nous dit que ça ne fait pas de sens dans son travail de constater que sa liste d'attente est en débordement, avec plus d'un an de temps d'attente, et qu'elle se retrouve avec un surcroît de travail, alors que les listes de ses collègues appartenant à une autre discipline sont complètement vides. Suivant cette même intervenante, ces situations contraignantes sont « difficiles à digérer émotionnellement » (E-3). De son côté, une autre intervenante ajoute que la liste d'attente exerce une grande pression sur soi-même lorsqu'elle est regardée en rencontre d'équipe. Pour cette même intervenante, l'obligation de prendre en charge des gens est présente. Bien entendu, les collègues jouent un rôle déterminant dans cette situation.

D'autres intervenants affirment que ces attentes portent à confusion. Lorsque nous leur avons posé la question sur la perception qu'ils avaient des attentes de leur gestionnaire, un participant nous a répondu : « [J] e ne sait pas à quoi on s'attend de moi » (E-8). Pour ce même répondant, de ne pas connaître les attentes de son gestionnaire lui fait vivre le syndrome de l'imposteur qui s'exprime de la manière

suivante : « [...] on a l'impression que quelqu'un va découvrir qu'on ne fait pas le bon travail [...] Ça affecte ma santé mentale » (E-8). Pour une autre répondante, elle affirme à ce sujet : « Ils ne le savent pas et ils ne l'ont jamais su. Moi, je cherche tellement mon identité professionnelle et ma raison d'être ici... » (E-7).

Dans la même ligne de pensée, une intervenante professionnelle nous donne son point de vue : « C'est ce que je pense qu'on s'attend de moi que je rentre aussi dans les normes de tout ce qu'on nous impose, que je ne déroge pas [...] sans faire de trop grosses vagues, qu'on fasse juste patcher [sic] des bobos [...] » (E-9). En fait, les résultats de notre étude montrent que la grande majorité des répondants ne connaissaient pas les réelles attentes de leur supérieur immédiat puisque ces attentes sont souvent informelles.

4.3.2 Attentes collectives

Les résultats montrent que les attentes de l'employeur, qu'elles soient formelles ou informelles, claires ou floues, irréalistes ou réalisables, ne proviennent pas seulement de l'organisation ou des cadres immédiats, mais aussi des collègues de travail. Quatre répondants ont exprimé ressentir la pression des collègues. Voici un extrait dégagé des entretiens qui permet de faire la lumière sur ce propos :

[...] les personnes qui me mettaient de la pression n'étaient pas en mesure de s'ajuster pour modifier leur façon de m'approcher. Par exemple, l'infirmière de la gestion de la clientèle à l'hôpital me demandait plusieurs fois par jour : « Où es-tu rendue? Est-ce que tu as pris en charge telle personne? Est-ce que tu as fait telle affaire? » Quand c'est dit une fois, c'est beaucoup, donc le fait de me faire demander la même chose plusieurs fois par jour augmentait la pression et faisait que l'aisance au travail, le sentiment de compétence et le sentiment de contrôle n'étaient plus là et que je me suis épuisée à travers ça. (E-5)

4.3.3 Attentes personnelles

Cette même participante nous partage que la source des attentes peut aussi venir de la pression exercée sur soi-même, comme le laisse voir l'extrait ci-dessous :

Les attentes viennent aussi de soi-même. Personnellement, je me rends compte et les gens autour de moi se rendent compte que, lorsque je vais moins bien au travail et que je perçois qu'il y a des attentes de performance élevées ou des attentes que je sois de telle ou telle façon, souvent, c'est ma perception de leurs attentes et non leurs attentes claires. On se met soi-même beaucoup de pression. (E-5)

4.3.4 Attentes professionnelles

Finalement, une autre source d'attentes qui ne laisse pas les intervenants professionnels indifférents est représentée par les exigences des différents ordres professionnels. Selon certains répondants, ces attentes seraient irréalistes puisqu'elles entrent directement en tension avec ce que leurs ordres professionnels exigent, d'une part, et ce que le système organisationnel exige des intervenants ou offre comme ressources, d'autre part. Des répondants nous brossent un portrait des exigences en tension à l'aide des extraits suivants :

L'employeur exige qu'on soit dans l'ordre. L'ordre exige qu'il y ait dans chaque dossier certains documents comme l'évaluation du fonctionnement social. Nous, on dénonce ça à l'employeur en disant : « On ne peut pas faire une évaluation du fonctionnement social dans 60 dossiers, ça n'a pas d'allure et on n'a pas nécessairement besoin de ça. » Mais l'employeur s'en décharge : « Vous allez faire des évaluations du fonctionnement social dans chaque dossier. » (E-6)

[...] on a des obligations par rapport à l'ordre professionnel, et là, on se sent tout croches en dedans [...] tu n'as même pas le temps de répondre

aux exigences de ton ordre professionnel parce qu'on t'en met tellement de l'autre bord [...]. (E-10)

4.4 Pratiques de travail « hyperperformatives »

Cette quatrième composante, en référence à l'objectif 1 de la recherche, visant à dégager les éléments de la dimension objective, présente différents aspects contraignants à la suite des transformations organisationnelles et leurs impacts. Il découle de ces bouleversements, une nouvelle reconfiguration des structures organisationnelles par la réforme de la loi 10, un débordement du travail et une standardisation des pratiques professionnelles semblant atteindre leur summum dans cette ère de l'hypermodernisation des pratiques organisationnelles. Voici des éléments de réponse des intervenants professionnels pour appuyer ces propos.

4.4.1 Réforme découlant de la loi 10

Les transformations structurelles que connaît le secteur sociosanitaire sont interprétées par des intervenants comme une réforme « improvisée », « trop grosse », « mal planifiée » et « boiteuse ». Cette contrainte est, relative à la dimension objective et porteuse d'une souffrance au travail. Quant à la dernière réforme vécue, elle a été, pour certains répondants, « l'apogée » de leurs difficultés. Entre autres, la dernière transformation organisationnelle expose les intervenants à de multiples difficultés sur le plan fonctionnel. Une répondante explique se sentir comme dans un « [...] régime militaire » (E-10). On note une grande instabilité des cadres à l'intérieur des équipes de travail, ce qui amène un sentiment de méfiance envers la gestion chez les intervenants professionnels, une difficile de proximité entre les cadres et les intervenants professionnels, des équipes de travail qui se décomposent et se reconstruisent avec de nouveaux visages, l'incompréhension des rôles et des tâches

des responsables, des erreurs plus fréquentes dans la gestion des remplacements, la difficulté à accéder et à obtenir de l'information, le mouvement de personnel, la perte des collaborateurs, l'apparition de comportements de protection, etc. Une intervenante témoigne de l'effritement de sa capacité d'adaptation devant le mouvement incessant de cadres à l'intérieur de son équipe :

Puis, qu'il arrête d'y avoir tout le temps des changements. Là, il y a eu huit chefs au cours des huit dernières années, ça fait que l'équipe est échaudée au gros maximum. On n'est jamais capables de dire : « Ah! On se dépose enfin un cadre sécurisant. » C'est tout le temps : « Ah! OK, un autre chef! » « Ah! OK. Un autre chef! » Un autre chef avec une autre façon de gérer et avec de nouvelles règles. Tu t'adaptes, mais, à un moment donné, ça use, ça. Avoir quelque chose qui est stable, qui reste dans le temps, ça, ça aiderait. (E-9)

Les résultats de l'étude proposent des données intéressantes sur les changements rapides de pratiques organisationnelles que subissent les organisations du secteur de la santé et des services sociaux en raison de la dernière restructuration, laquelle était porteuse de souffrance au travail pour un grand nombre d'intervenants professionnels. Ainsi, certains participants racontent que, auparavant, la cogestion était présente dans les pratiques, que les échanges de proximité étaient présents et qu'il y avait une compréhension des idées mutuelles chez les cadres et chez les travailleurs. Ce qui fait de moins en moins partie des pratiques organisationnelles d'aujourd'hui et l'imposition de nouveaux modèles de travail, voire de savoir-faire, ne s'avèrent pas une pratique courante au sein des organisations. Un autre intervenant ajoute qu'auparavant, le lien social entre le supérieur et son équipe de travail était présent, tout comme la défense des valeurs du métier. Aujourd'hui, cette pratique semble vouloir s'effacer et est remise en question par plusieurs intervenants. Un répondant nous fait part de son opinion à ce sujet :

Avant, on voyait des chefs de programme défendre leur équipe. Aujourd'hui, on assiste plus à ça et les chefs de programme ne remontent pas l'information. Je me rappelle que, quand j'étais à [...], la cheffe de programme ne se gênait pas pour mettre son poing sur la table quand elle allait à Amos pour dire : « Ça ne marche pas. Avec mon équipe, ça, ça ne passe pas, et ça, ça ne passe pas. » Elle le comprenait et elle le défendait. Aujourd'hui, on n'assiste pas à ça. Aujourd'hui, c'est vraiment que ça descend, mais, si les gens sont souffrants, il ne prend pas cette information-là pour la remonter et ça reste à la base. (E-10)

Les résultats montrent que cette évolution des pratiques organisationnelles a engendré non seulement des pertes dans le lien de coopération en raison du grand mouvement de personnel qui cause une instabilité des équipes de travail en permanence, mais également une grande diminution du pouvoir décisionnel des intervenants professionnels sur leur pratique et leurs conditions de travail. Ceci conduit à affaiblir le lien d'appartenance des intervenants à l'organisation.

Dans ce contexte de changement rapide, une intervenante professionnelle adopte une vision plutôt négative à l'égard de certaines pratiques organisationnelles qui ne semblent pas évoluer avec le temps, en dépit de l'hypermodernisation du travail et des enjeux rencontrés, notamment les nombreuses absences en raison de congés de maladie. Une intervenante nous livre son observation par rapport aux services de santé à l'intérieur de l'organisation, qui ne semblent pas adopter une approche véritablement adaptée aux besoins des salariés.

Juste ce que je remarque autour de moi, c'est qu'au moins la moitié des professionnels de la santé partent en congé de maladie à un moment ou à un autre de leur carrière. Il n'y a rien qui change dans la façon d'organiser les services de santé, de soutenir et d'encourager ces employés-là et de trouver d'autres façons de prévenir que ça arrive; les gens partent, partent et partent, mais il n'y a rien qui change dans les causes qui mènent à ça. (E-5)

Pour d'autres répondants, la dernière fusion n'a pas occasionné de gros changements et de conséquences coûteuses. Chez certains intervenants, la souffrance était déjà présente, comme le raconte l'un d'entre eux : « [...] je n'ai pas vu encore pour l'instant une énorme différence depuis la fusion. Je pense que les difficultés que je vis étaient déjà là, même depuis dix ans environ » (E-8). Pour un participant, le mouvement des changements prévus et annoncés depuis la dernière réforme est plus ou moins actif : « [...] je me sens comme un intervenant qui ne voit aucun changement » (E-10). Pour d'autres répondants, l'intensité du vécu émotif face au non-sens de leur travail a augmenté. À ce sujet, l'un de ces répondants nous dit :

Pour moi, la dernière fusion, ça a vraiment été l'élément déclencheur de ma souffrance au travail parce que moi, de ce temps-ci, je souffre vraiment au travail, j'ai vraiment de grandes difficultés. [...] c'est bien trop gros, on ne retrouve plus le sens de notre travail. (E-6)

Concernant les procédures à suivre, les résultats montrent que, depuis la dernière réforme mise en place en 2015, le temps d'attente pour recevoir une réponse est inacceptable pour plusieurs intervenants, notamment pour cette répondante qui nous dit que les échéances sont « insurmontables » (E-6). De plus, les démarches pour obtenir un formulaire, une réponse ou une orientation apportent leur cortège de frustrations aux intervenants et constituent pour eux une perte de temps et engendrent, pour certains, des difficultés à bien communiquer l'information. « Ça fait deux mois que j'essaye de trouver la bonne personne, on me réfère, on me réfère, on me réfère; c'était les 12 travaux d'Astérix, on réfèrait d'un point à l'autre » (E-9). Pour sa part, un participant souligne l'absence de procédure dans son milieu. À ce sujet, il précise :

Moi, je n'en ai pas ici. Je fais mon possible et il faut quasiment que je les écrive moi-même, il n'y a rien. Lorsque tu veux savoir comment on fait telle chose et qu'il n'y a rien d'écrit, il faut que tu l'inventes. (E-10)

Ainsi, les résultats auxquels nous parvenons indiquent que, pour la grande majorité des répondants, les derniers changements dus à la restructuration imposée ont contribué à augmenter l'intensité de leur souffrance au travail, même si deux de ces répondants ne percevaient pas encore les changements concrets dans leur modèle de travail. Une surcharge de travail pour d'autres qui se manifeste par l'expression de la colère et d'anxiété face à ces changements. Avant les dernières transformations, les témoignages des intervenants indiquent généralement qu'ils pouvaient participer aux décisions et qu'ils avaient le pouvoir d'influencer certaines décisions.

4.4.2 Débordement du travail

Les résultats de notre étude montrent que les intervenants professionnels sont soumis à des exigences quantifiables qui s'avèrent encore plus élevées qu'auparavant, notamment les exigences administratives. En outre, plusieurs répondants soutiennent l'idée qu'on leur impose de nouvelles manières de faire et de penser leur travail. Lorsqu'on parle de lourdeur administrative, les participants font allusion aux formulaires de reddition de compte, les outils cliniques d'évaluation et de réévaluation, les grilles pour la charge de cas, les statistiques, etc. Voici des extraits d'entretien qui permettent de lever le voile sur cette situation :

Nous, on dénonce ça à l'employeur en disant : « On ne peut pas faire une évaluation du fonctionnement social dans 60 dossiers, ça n'a pas d'allure et on n'a pas nécessairement besoin de ça. » Mais l'employeur s'en dégage : « Vous allez faire des évaluations du fonctionnement social dans chaque dossier. » En plus de l'OEMC, en plus des plans d'intervention, en plus, en plus... On étouffe par rapport à la paperasse, c'est rendu épouvantable, on ne nous lâche pas. Là, de ce temps-ci, on ne répond même plus aux exigences. Toutes les demandes administratives, moi, c'est vraiment ça qui est mon irritant. (E-6)

[...] il y a tellement d'outils de rédaction à faire qu'il est difficile à la fois de faire les rédactions demandées et de répondre aux exigences demandées. (E-11)

Cependant, les pressions administratives ne sont pas vécues par tous les intervenants professionnels. Ainsi, un répondant évoque son rythme de travail au quotidien, facilement praticable :

Nous, c'est facile à respecter parce qu'ils nous demandent, mettons, cinq clients dans ma journée et, avec cinq clients, j'ai amplement le temps de faire mes notes et d'aller dîner. Même que, des fois, c'est comme si j'avais trop d'heures; moi, faire mes notes et faire mes statistiques, ça me prend moins de temps que sept heures si j'ai cinq clients. (E-3)

Dans certaines disciplines autres que le travail social, les intervenants professionnels expliquent ne pas encore être touchés par ces exigences, bien qu'ils soient conscients que leur pratique et l'exercice de leur rôle seront touchés prochainement. Malgré ce constat, les résultats montrent que tous les répondants adoptent un discours en matière de quantité. Les intervenants utilisent un nouveau langage pour décrire les actes qu'ils exécutent dans une journée; dorénavant, ils parlent de « points », comme le dit l'un d'entre eux : « Par exemple, ce qui compte, c'est le nombre de visites à domicile, ça va donner beaucoup de points » (E-8). Ce discours teinté par les normes organisationnelles confronte constamment les intervenants professionnels à leurs propres valeurs et à leur conception du travail bien fait. Devant une telle absurdité dans leur pratique, les intervenants remettent en question l'efficacité et la qualité du service en décidant d'adhérer aux valeurs de performance.

4.4.3 Standardisation des pratiques professionnelles

Depuis la dernière réforme, les efforts déployés par les gestionnaires pour uniformiser les pratiques des intervenants professionnels et leurs outils cliniques n'ont jamais été aussi présents qu'en ce moment. Les données obtenues dans notre recherche montrent que la standardisation des pratiques comme norme organisationnelle dans tous les secteurs d'activité apporte son lot d'irritants chez la grande majorité des répondants. La pression à la performance qui caractérise les pratiques de travail constitue la résultante des valeurs managériales. Dans ces conditions, les intervenants sont amenés à remettre en question certaines pratiques puisque cette méthode de gestion ne répond pas adéquatement aux besoins des clients et à leurs propres besoins comme intervenants. Les extraits d'entrevues suivants illustrent cette pénible situation :

Moi, c'est la standardisation qui me dérange le plus. C'est là-dedans que je voyais dernièrement que ça me dérange parce que ce ne sont pas les mêmes besoins, mais c'est rendu qu'ils veulent standardiser toute la façon de faire, et, souvent, ça ne répond pas aux besoins des gens ou aux besoins du personnel. Pour moi, la standardisation, ça commence à être souffrant dans le système qu'on veut donner aux gens. (E-9)

Selon les données que nous avons colligées, les exigences sur les plans de la performance et de la productivité auxquelles sont confrontés les intervenants professionnels en réponse à la standardisation des pratiques sont plus reconnues. Une intervenante professionnelle propose un bel exemple où l'on voit qu'elle doit repousser encore plus loin les limites de sa pratique professionnelle :

[...] tu dois passer tant de temps avec ton client. Si tu débordes de ce temps-là, tu n'es plus performante. C'est la performance. Il faut que tu sois performant dans ta rapidité d'agir au niveau du triage. Pour le client qui arrive en état de panique, tu n'as pas 10 minutes pour le calmer; ça prend beaucoup plus que 10 minutes, mais il faut que tu aies tant de temps. C'est de la standardisation au niveau de combien de temps pour

répondre au client, de combien de temps le client est là à l'urgence. Il faut qu'il soit là en dedans de 48 heures; si ça fait 48 heures qu'il est là, il faut qu'il soit hospitalisé. C'est juste par chiffres qu'on parle, seulement par chiffres. (E-9)

Dans le même ordre d'idées, la standardisation des pratiques expose les intervenants professionnels à une pression constante qui se répercute à plusieurs niveaux, comme on l'a vu précédemment. Il s'agit de l'éthique du métier qui se voit affectée en raison de la pression qu'engendre cette uniformité des pratiques, notamment dans le temps requis pour compléter des notes cliniques; voila un élément mentionné par quatre répondants. Ci-bas se trouve un exemple de témoignage qui fait référence à cette situation :

[...] un rapport qui prendra moins de temps que ce que je fais. Je vais avoir des normes à respecter. « Il faut que tu voies tant de clients et que tu fasses tant de rapports. Un rapport ne sera pas plus que de tant d'heures. » [...], Mais, de me faire dire : « Ce rapport-là prend moins de temps et tu vas faire comme ça », ouf, pas sûr. (E-4)

En ce qui concerne la standardisation des pratiques, un participant affirme ne pas avoir encore perçu de changement dans sa pratique, alors que cette mesure est régulièrement présente dans le discours des gestionnaires depuis la nouvelle réforme : « On va harmoniser les pratiques au niveau de la région, on va tout harmoniser ça, on va tous avoir les mêmes pratiques » (E-10).

4.5 Environnement physique

Dans cette cinquième composante qui relève de la dimension objective, les conditions de travail dans lesquelles pratiquent les intervenants professionnels amènent des

contraintes sévères pour certains répondants. Ainsi, les espaces physiques ne sont pas toujours adaptés et sains pour la santé physique ou mentale des gens.

4.5.1 Espaces de travail mal adaptés

Le lieu physique est souvent le moyen privilégié par l'intervenant professionnel pour offrir à la population des soins et des services qui sont adéquats. Ainsi, travailler dans un bureau sans fenêtre est très difficile. De même, passer d'une grande superficie à une petite superficie n'est guère aisé. À ce propos, une intervenante nous dit que du « fait de ne pas pouvoir voir sur l'extérieur, je me sens comme confinée » (E-4). Également, cette même répondante ajoute qu'elle a « [...] l'impression de travailler dans un bunker... ».

4.5.2 Espaces de travail non confidentiels

De surcroît, la question de la confidentialité se pose parfois à cause de la disposition des locaux et des bureaux. Sur ce point, une intervenante décrit ce qu'elle vit au quotidien dans sa pratique :

Le mur mitoyen entre mon bureau et le bureau de ma collègue est très mince, on entend tout, donc je me trouve à entendre ses conversations téléphoniques et à entendre ses rires avec les autres employés. C'est difficile de se concentrer et de prendre confiance en ce qu'on fait lorsque l'autre personne est toujours comme dans une bulle et qu'on entend comment cette personne-là travaille, ça fait que c'est un peu confrontant.
(E-5)

4.5.3 Espaces de travail bruyants

Un autre aspect qui est ressorti de notre étude a trait à la difficulté pour les intervenants professionnels d'exercer leur travail adéquatement en raison des espaces de travail souvent trop bruyants. Comme le mentionne une répondante :

On est censés aller dans un grand bureau de quatre personnes; je ne sais pas si vous imaginez. Au moins deux (catégorie professionnelle) sont censés écouter les enregistrements pour détecter très finement les sons prononcés par l'enfant, il y a les téléphones, et cætera. C'est assez surréaliste, quant à moi. (E-2)

Toutefois, il a été possible de classifier au travers les discours des participants des attitudes susceptibles de contribuer à la souffrance vécue en milieu de travail ou l'atténuer.

4.6 Composantes propres à l'intervenant professionnel favorisant ou entravant l'apparition de la souffrance au travail

Cette dernière composante, qui relève également de la dimension objective, se situe davantage dans une perspective individuelle qu'organisationnelle. Notre recherche nous permet d'identifier des comportements ou des attitudes propres à l'individu pouvant soit favoriser ou soit entraver le développement de la souffrance au travail.

4.6.1 Attitudes/comportements nuisibles

D'un côté, regardons les comportements et les attitudes qui contribuent à l'émergence de la souffrance au travail. Ainsi, pour un intervenant professionnel, apprécier le travail bien fait en raison de la pression que cela exige à soi-même, être une personne

perfectionniste, être enclin à souffrir d'anxiété et avoir tendance à se comparer à autrui sont autant de facteurs qui vont dans le sens d'une augmentation de la souffrance au travail. L'empathie, faisant référence à une grande sensibilité et le fait de donner beaucoup de son temps voire d'attention à la clientèle, serait aussi des éléments qu'il faut prendre en compte dans la montée de la souffrance au travail. La sensibilité de l'individu devant des expériences de souffrance est également une attitude que l'on observe fréquemment chez le personnel professionnel au sein des organisations. Par ailleurs, certains intervenants professionnels préfèrent se rencontrer dans l'intimité d'un bureau pour partager leur malaise envers l'organisation. Cependant, cette attitude comporte un effet paradoxal, car même si elle permet d'apaiser la souffrance sur le moment, elle peut aussi contribuer à l'augmenter sur le moyen ou long terme. Selon un répondant :

Parce que, si on reste dans nos bureaux, on travaille un peu, on est souvent dérangés, et là, de quoi on parle? On parle d'une organisation qui est de la merde -- — je m'excuse, mais, mon image, c'est ça. C'est sûr que ça devient lourd au bout d'une journée de toujours parler de l'organisation, qui nous gruge. (E-6)

Un autre intervenant ajoute son grain de sel : « [...], mais, quand tu fais juste partager des frustrations, ça peut peut-être devenir plus démotivant » (E-1).

4.6.2 Attitudes et comportements positifs

D'un autre côté, examinons les comportements et les attitudes qui jouent un rôle dans l'atténuation de la souffrance au travail. Quelques attitudes aidantes sont ressorties des entretiens menés auprès des intervenants professionnels. Ainsi, la confiance en soi et en ses compétences, un bon jugement et le tempérament en général constituent des attitudes gagnantes. Comme le dit un intervenant : « Moi, si je décide de rire et de

me faire du fun [sic], j'en dérange quelques-uns, mais je continue, et, si je peux teinter une couple de collègues, ça va bien, mais ce n'est pas tout le monde qui embarque dans la patente » (E-1). Ce participant ajoute que la façon dont il occupe son temps libre à l'extérieur de son travail et le fait qu'il soit proactif socialement l'aident considérablement. Un autre intervenant professionnel affirme que le fait qu'il soit bien organisé dans son travail lui facilite les choses en lui permettant de rester concentré sur sa tâche. Un dernier répondant nous mentionne qu'il adopte souvent une attitude proactive devant le non-sens dans son milieu de travail en nommant adéquatement et respectueusement ses insatisfactions :

[...] c'est que j'ai quand même une facilité à nommer les choses en restant connectée à la situation. Je n'ai jamais traité personne de noms ou de quelque chose comme ça, je suis capable d'y aller, de parler de faits et de dire ce qui n'a pas d'allure dans la situation. (E-3)

4.7 Synthèse des résultats de l'objectif 1 : dimension objective

Cette première partie des résultats visait à dégager les éléments de la dimension objective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Le discours des intervenants professionnels a permis de mettre en lumière les contraintes relatives aux six grandes composantes de la dimension objective du travail qui jouent un rôle significatif dans la plainte portant sur la souffrance au travail. Il apparaît clairement que les attitudes et les stratégies managériales ainsi que les exigences organisationnelles constituent des aspects très importants et qui affectent la vie organisationnelle des intervenants. De plus, les exigences de la performance et les outils pour la mesurer sont bien présents dans les discours des intervenants professionnels et rendent le travail encore plus contraignant puisque leur utilité n'est pas en adéquation avec les valeurs du travail social. Même s'ils sont nécessaires à

l'équilibre de la vie organisationnelle, les résultats de notre recherche illustrent bien leur aspect contraignant. Plus encore, les résultats de notre étude mettent en lumière le délitement des solidarités au travail, et ce, peu importe la catégorie professionnelle. Enfin, des comportements malveillants entre collègues ont été soulevés par une grande majorité de répondants et sont l'une des causes de plusieurs malaises dans le système organisationnel dans lequel évoluent les intervenants professionnels.

4.8 Formes de souffrance

Cette première composante subjective, se rapportant à l'objectif 2, vise à dégager les éléments de la dimension subjective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Cinq formes de souffrance au travail ont été recensées dans les discours tenus par les intervenants professionnels, soit la souffrance psychologique, la souffrance émotionnelle, la souffrance physique, la souffrance éthique et la souffrance par contagion. Voici les résultats de la recherche par les participants pour témoigner des manifestations de la souffrance au travail.

4.8.1 Souffrance psychologique

Les résultats de notre étude indiquent la présence de souffrance psychologique chez tous les intervenants ayant participé à l'étude. Dans la difficulté de maintenir un équilibre de vie au travail et à devoir constamment s'adapter à tous ces changements, la souffrance s'exprime non seulement par des tensions, des difficultés d'attention et de concentration, des troubles de sommeil, de la fatigue et même de l'épuisement, mais aussi parfois par des pleurs au quotidien. Selon une participante : « Il y a beaucoup de pleurs facilement comme ça » (E-7). L'investissement réflexif est

constamment mobilisé par les intervenants professionnels des différents secteurs d'activité et leur capacité d'adaptation se voit complètement usée. L'extrait d'entrevue qui apparaît ci-dessous constitue autant d'illustrations de cette souffrance psychologique :

Moi, j'avais une très bonne capacité d'adaptation, mais, asteure [sic], je crois qu'elle est nulle; c'est très long, c'est très fastidieux, ça me demande terriblement d'énergie, mon stress, mon anxiété... Toutes ces choses-là que je ne faisais pas avant, c'est énorme [...] je n'avais plus d'attention et de concentration [...]. (E-7)

Le stress et l'anxiété font partie intégrante du portrait clinique que font les participants de leur expérience de souffrance. Un intervenant professionnel évoque l'apparition de son problème d'anxiété : « [...] j'ai vraiment développé un trouble anxieux; j'ai commencé à faire des attaques de panique. Dernièrement, ça a recommencé un peu et c'est un signe que ça va moins bien » (E-8). Un autre participant raconte les problèmes psychologiques qui se manifestent à la longue quand il faut gérer l'organisation du travail en tenant compte des pratiques managériales plus ou moins soutenantes et les nombreuses exigences organisationnelles et professionnelles. Il résume ce sentiment de débordement et son impact sur sa santé mentale de la façon suivante : « C'est de ne vraiment pas y arriver. [...] Tu tombes en mode panique. Je l'ai vécu; l'année passée, j'étais en arrêt de travail, j'ai vraiment éclaté » (E-10).

Plusieurs plaintes sont formulées par les répondants à l'encontre de certaines pratiques managériales. Les gestionnaires exercent leur pouvoir directement sur les intervenants professionnels puisqu'ils souhaitent optimiser les processus. Un intervenant évoque le stress qu'il vit parce qu'il doit sans cesse fonctionner à un rythme élevé de travail : « Pourtant, j'ai l'impression de toujours courir, de toujours

faire de mon mieux, d'être bien stressé. [...] Mais, malgré ça, je n'ai pas l'impression d'en avoir fait assez » (E-8).

D'autres symptômes sont attribuables à la souffrance psychologique, notamment la présence de pensées négatives, dont l'appréhension à l'idée de retourner au travail le lundi. Souvent banalisés, ces symptômes comportent des aspects plus contraignants en santé mentale. En plus, cinq répondants expriment avoir connu un épisode de *burn-out* au cours des années précédentes. Pour une répondante, le risque de tomber malade à nouveau est fort présent. Voici un extrait de son témoignage :

Ah... Énormément. En fait, je suis à risque de rechute, pas nécessairement pour les mêmes raisons, mais parce qu'on dirait qu'on est constamment sous tension [...]. (E-5)

Dans le même ordre d'idées, nous ne pouvions pas évoquer ces manifestations psychologiques qui s'expriment par l'épuisement, voire une fatigue psychique, qui brouille les capacités d'agir des intervenants, sans aborder brièvement les impacts sur la santé mentale dans la vie personnelle, lesquels sont présents dans la grande majorité des témoignages. En fait, ces répondants souffrent de malaises psychiques et de difficultés comportementales à la maison. Ce mal-être affecte leurs relations familiales et sociales. Ainsi, ces impacts seront davantage abordés dans la présentation des résultats en référence à l'objectif 3, mais sur ce point, les extraits d'entretiens suivants sont très explicites :

Puis, la famille paie un peu pour ça. Je rentre à la maison, je fais le souper et je m'écrase [...] quand j'arrive le soir chez nous; je fais le souper et je m'écrase. Parfois, à 9 heures, je dors dans la berceuse. Ce n'est pas normal, surtout le jeudi; moi, je finis ma semaine le jeudi soir. Hier, pas de souper, j'ai mangé du McDonald, puis, à 10 heures, je dormais comme une bonne dans le fauteuil. Ça prend beaucoup d'énergie. (E-4)

Les pensées que j'avais en tête, même quand j'étais à la maison, c'était souvent en lien avec le travail. C'est pratiquement toujours ça. (E-8)

Par contre, une des participantes n'ayant pas fait mention de symptôme psychologique vécu à la maison, expose un fait intéressant. Pour cette participante, ce ne sont pas les aspects organisationnels contraignants qui impactent sa vie personnelle, mais bien ses questionnements cliniques, à savoir si elle n'a pas oublié de poser une action, etc. Ces impacts sur la santé mentale des intervenants montrent bien les répercussions engendrées par le processus de médiation. Cette difficulté à arrimer les deux dimensions objective et subjective conduit l'intervenant à rechercher de manière constante des médiations favorables pour préserver son équilibre. Quoique cette souffrance soit, pour tous les participants, nuisible à leur bien-être au travail et celui de la vie personnelle pour plusieurs, la souffrance émotionnelle fait écho fortement.

4.8.2 Souffrance émotionnelle

Plusieurs sentiments sont vécus au quotidien par les intervenants professionnels à cause des pertes qu'ils doivent vivre du fait de la mise en œuvre de la dernière réforme du secteur de la santé et des services sociaux. Ici encore, tous les répondants disent avoir vécu une souffrance émotionnelle dans leur pratique professionnelle. Cette souffrance est souvent une résultante de la souffrance psychologique. Le deuil dû aux diverses pertes apporte son lot de manifestations émotionnelles et psychiques. Du point de vue relationnel, une intervenante affirme ceci : « [...] me sentir jugée et pas appréciée, c'est très fréquent. Oui » (E-5). Une autre participante fait allusion à « des irritants et des frustrations en lien avec faire les choses vite et bien et avec le fait d'en prendre plus » (E-1). Également, le sentiment d'impuissance est expérimenté par plusieurs intervenants professionnels, peu importe la catégorie professionnelle à

laquelle ils appartiennent. D'autres intervenants professionnels vivront l'essoufflement, le découragement, l'insécurité, un sentiment de culpabilité, un sentiment d'être utilisé et la colère devant tous ces changements qui touchent l'organisation et les pratiques professionnelles, notamment dans la manière d'exercer leur rôle. À cet égard, les témoignages de ces intervenants professionnels se révèlent fort explicites :

[...] je ressens un essoufflement, un découragement certain. Beaucoup de mélancolie et de tristesse; c'est plus ça. De la colère aussi. (E-2)

[...] j'ai l'impression d'être en deuil, je ne peux pas te le dire autrement; j'ai vraiment l'impression d'être en deuil pour tout ce qu'on a perdu. J'ai un sentiment d'impuissance; ça, c'est énorme, le sentiment d'impuissance, comme quoi on n'a plus rien. Parfois, j'ai un petit sentiment de culpabilité parce que moi [...] j'ai un côté qui veut défendre la veuve et l'orphelin, mais c'est trop souffrant [...] je me sens utilisée [...]. (E-4)

Le sentiment de ne pas être libre de ses comportements (« [...] ici, on porte des masques [...] » (E-10)) pour éviter de montrer sa colère aux autres et la non-liberté d'expression (« [...] je me sens pas le droit de m'exprimer sur certains points » (E-2)) sont des difficultés émotionnelles que l'on retrouve au sein des organisations. Selon le premier intervenant, quand cette contrainte émotionnelle se manifeste, on assiste à un duel entre ce que les intervenants ressentent réellement et ce qu'ils peuvent se permettre de laisser voir à leurs collègues : « [...] en dedans, ça travaille » (E-10). Le second répondant nous livre sa pensée concernant le fait qu'il n'est pas libre de ses comportements, une situation qui lui fait éprouver un sentiment d'inutilité :

[...] je me sens comme si je n'avais pas de liberté d'expression – que je trouve un peu à travers ton étude – [...] et je n'ai pas confiance en mes supérieurs et au fait que ce que je dis va avoir des répercussions, ça fait que je me sens un peu inutile. (E-2)

L'isolement en milieu de travail représente une situation néfaste qui est partagée par plus de cinq intervenants professionnels. En fait, l'isolement peut être soit un mécanisme de défense, soit la conséquence des nouvelles organisations du travail et de l'effritement des liens sociaux, soit une mise à l'écart physique de certaines équipes de travail. À ce propos, une intervenante nous fait part de son expérience personnelle en ces termes :

On s'est plaintes souvent : « Tu ne peux pas nous isoler ici. » De toute façon, physiquement, les [...] sont complètement détachés des travailleurs sociaux sur l'étage et on n'a jamais compris pourquoi. (E-7)

Par contre, une autre participante affirme que le sentiment d'isolement qu'elle vit correspond à sa volonté :

Moi, j'ai un sentiment d'isolement, mais c'est moi qui l'ai créé pour me préserver. Pourtant, les gens sont bien sympathiques, mais j'ai mis ma bulle. C'est comme : « On est une enclave là, mais on n'a rien à faire là. (E-4)

D'autres éléments de nature clinique qui influencent l'état émotionnel de deux intervenantes professionnelles, peu importe leur discipline d'appartenance, sont également ressortis dans les discours. Ainsi, une participante nous parle de son sentiment d'insécurité qui porte sur la professionnalité de sa pratique :

Des fois, c'est de la déception. Si un client ne revient pas et qu'il ne t'appelle pas, tu te demandes tout le temps un petit peu : « Est-ce qu'il n'a pas aimé le service? Est-ce qu'il y a quelque chose qui a accroché? » C'est ça qui est un peu plat avec notre travail : des fois, au lieu de revenir une dernière fois et de faire un bilan de ce qui est positif et de ce qui est négatif, les clients ne reviendront juste pas, ça fait que tu ne sais pas s'ils sont partis non satisfaits ou seulement parce qu'ils vont mieux. L'espèce de doute, ce n'est pas le *fun* [sic] non plus nécessairement. Il y a des clients avec qui on réussit à boucler le dossier et on sait qu'on a fait notre

travail, mais il y a aussi une petite proportion de clients dont on va dire : « Lui, il n'est pas revenu. » Tu restes avec quelque chose que tu ne sauras pas, avec une incertitude, dans le fond. (E-3)

Malheureusement, les nouvelles organisations du travail engendrent des impacts très importants qui se manifestent par des formes de souffrance, notamment des difficultés psychiques et émotionnelles qui peuvent dégénérer en manifestations physiques chez les intervenants professionnels. C'est ce que nous verrons dans la prochaine partie de notre mémoire.

4.8.3 Souffrance physique

La contrainte liée au manque d'espace des locaux cause aux intervenants des problèmes physiques dans la vie quotidienne au travail. Pour certains, ces problèmes les suivent jusqu'à la maison. Des intervenants parlent de ces manifestations physiques comme les douleurs physiques, la fatigue chronique, etc. :

Au niveau physique, je manque d'air, et, des fois, je me disais : « Est-ce que mon affaire, c'est psychosomatique? Est-ce que je manque d'air parce que je suis dans mon *bunker* [sic]? » Mais là, j'ai parlé au médecin, qui va me référer en pneumologie. Le pneumologue va aller plus loin, ça fait qu'on va savoir si c'est psychologique ou si c'est vraiment physique, mes affaires, mais je manque d'air. Je manque d'air, c'est le plus gros malaise physiquement que je peux te dire. Physiquement, c'est de la fatigue. (E-4)

Je suis obligée de dormir sur l'heure du dîner; d'habitude, je fais ma petite sieste; je m'en vais chez nous pour dormir sur l'heure du dîner, je dors à peu près 20 minutes. Parfois, le soir aussi, en arrivant chez nous vers 3 heures, je vais dormir de 10 à 15 minutes. Moi, la souffrance, je sais que c'est vraiment relié au travail. (E-6)

D'autres symptômes physiques sont vécus devant la perte de sens du travail et devant les exigences irréalistes, notamment la perte de poids importante peut s'avérer un signe précurseur, voire de détresse. Voici un extrait d'entretien avec une intervenante professionnelle qui exprime bien ce malaise vécu et ressenti : « Voyons! Ça n'a pas de sens ce que vous me demandez. Ça n'a plus de bon sens. J'avais de la misère à fonctionner, j'avais des palpitations [...] j'étais pâle, j'avais beaucoup maigri » (E-7). Un autre participant, de son côté, rapporte avoir des douleurs au cœur et aux genoux.

Manifestement, ces formes de souffrance sont liées très étroitement, et souvent, en présence d'expériences de souffrance au travail, elles sont présentes dans le vécu subjectif de l'individu. Par ailleurs, il y a un type de souffrance qui découle à la fois de la professionnalité et de la tension existante entre l'idéologie managériale et l'idéologie professionnelle, à savoir la souffrance éthique vécue par des intervenants professionnels.

4.8.4 Souffrance éthique

Cette forme de souffrance, qui est souvent appelée souffrance morale quand on parle de dilemme éthique, s'exprime fréquemment par le conflit de valeurs dans le discours des intervenants professionnels. Cinq répondants nous ont dit vivre ce type de souffrance. La souffrance éthique survient lorsque les deux logiques (logique de gestion, logique de la profession) se confrontent et engendrent une mobilisation réflexive chez l'individu, qui se demande comment il pourra échapper à ce conflit et comment il pourra bien faire son travail en dépit de la faiblesse ou de l'absence de médiation. Des dilemmes éthiques sont souvent en toile de fond quand les intervenants tentent de répondre le plus adéquatement possible aux valeurs du métier et de rendre un service de qualité et adapté aux besoins du client, ce qui semble de plus en plus difficile avec le système de gestion actuel.

Des intervenants professionnels parlent de la souffrance éthique qu'ils ont expérimentée lorsqu'ils connaissent le soin ou le service qu'il faut dispenser à un client, mais que les moyens dont ils disposent à cette fin sont déficients ou absents :

[...] on sent souvent qu'on n'a pas toutes les ressources et tous les moyens pour aider les gens; on veut aider les gens, mais, malheureusement, on sent qu'on n'a pas toutes les ressources et tous les moyens et qu'on n'a pas tout ce qu'il faut pour pouvoir aider les clients, alors ça amène beaucoup de frustration. (E-8)

Ça, c'est une souffrance pour mon travail quand je ne suis pas capable de subvenir aux besoins des gens [...] quand on connaît la bonne action à poser ou la bonne chose à faire, mais que les obstacles et les contraintes organisationnelles empêchent d'agir en ce sens. (E-9)

Cette forme de souffrance émerge régulièrement dans les pratiques de travail et engendre des impacts émotionnels, psychologiques et physiques chez tous les intervenants professionnels, et ce peu importe le secteur d'activité.

5.8.5 Souffrance par contagion

Cette forme de souffrance, qui est peu abordée dans la documentation scientifique, est présente chez plus de sept intervenants professionnels et se vit parfois difficilement. Les propos que nous avons recueillis auprès de nos participants montrent que les intervenants doivent eux-mêmes mettre en branle une démarche nécessitant une revalidation auprès d'une autre instance après qu'une orientation leur soit donnée par le supérieur immédiat, avec comme impact relationnel une perte de confiance envers le cadre en question.

[...] j'ai été témoin de certaines choses ou de certaines discussions et on se rend compte que ce n'était pas tant le ministère qui demandait ça,

c'était certains cadres qui avaient décidé que c'était comme ça. Sûrement qu'ils voulaient bien faire, mais, souvent, on nous annonce ça comme si ça venait d'une entité sur laquelle on n'a aucun pouvoir, comme si c'était comme ça ces temps-ci et on ne pouvait rien y changer. Ironiquement, des fois, je me rendais compte que ça venait de mon cadre immédiat, mais si, par hasard, j'allais fouiller plus haut, si j'allais cogner à d'autres portes plus haut, on disait : « Bien non, ça n'a pas de bon sens ce qu'on te demande là. Bien non, il faut avoir des nuances. » Là, c'est sûr qu'on perd un peu le lien de confiance avec notre cadre immédiat. C'est peut-être par désir de contrôle ou par anxiété. (E-8)

Les bavardages malveillants, aussi appelés discussions de corridor, qui sont véhiculés par plusieurs intervenants professionnels et qui concernent souvent leur propre souffrance, ont des répercussions sur des personnes moins touchées par les difficultés. L'extrait d'entretien qui correspond ci-dessous illustre bien cette situation :

[...] on en entend parler, ça fait un climat de... Il y a beaucoup de chialage [sic], il y a du chialage [sic] qui vient de partout, qui est justifié quelque part, mais qui s'entraîne, qui s'enchaîne et qui grossit, ça fait que même si toi, tu n'es pas directement touché, tu finis par exploser là-dedans. (E-4)

Plusieurs plaintes portant sur la souffrance des intervenants sont formulées par ceux-ci directement à leur supérieur immédiat. Ces plaintes de détresse psychologique, qui sont souvent un premier signe d'une défaillance dans l'organisation du travail, font écho à la quantité de travail qui augmente sans cesse tandis que la qualité du travail n'est plus nécessairement présente. Un intervenant professionnel que nous avons interviewé nous donne son point de vue sur cette réalité :

Là, ce qu'on entend plus, ce sont des poings sur la table pour dire : « Là, c'est assez (nom). Ça n'a pas de raison d'être, on n'en peut plus. » Parce que c'est toujours de rajouter du travail, toujours du travail et toujours du travail. La détresse psychologique qu'on entend en haut, c'est que les *caseloads* [sic] augmentent, mais que la qualité du travail ou de la relation

d'aide et leur rôle de travailleur social -- — je te parle de ce que j'entends.
(E-7)

Ce même intervenant nous partage une difficulté que connaît actuellement le système de santé et de services sociaux dans un contexte de grand bouleversement, à savoir la démotivation des intervenants professionnels. Il parle de sa souffrance au travail qui est causée par l'attitude des jeunes travailleurs face à l'exercice de leur profession :

Là, ce que j'entends, c'est épouvantable, c'est des gens de 30 ans ou de 35 ans dire qu'ils viennent pour la paye. « Moi, je fais ce que j'ai à faire, j'arrive avec ma boîte à lunch et je repars avec ma boîte à lunch. » Ce sont des gens éteints. Ils font ce qu'ils ont à faire et ils s'en vont, ils n'aiment plus la raison pour laquelle ils ont appliqué à l'époque. (E-7)

Les difficultés dans les relations de travail, notamment entre des membres d'une équipe de travail et leur gestionnaire, exposent les gens qui sont moins concernés à vivre eux aussi du stress. Comme l'affirme un intervenant : « Moi, je n'étais pas dans ce conflit-là, j'étais peut-être plus le témoin, mais je pense que ça m'a amené beaucoup de stress » (E-8). Aussi, ce même intervenant mentionne les difficultés qu'il vit du fait qu'il est de plus en plus souvent témoin de pratiques de gestion s'apparentant à des actions illicites :

[...] elle fait un retour au travail, mais on dirait que c'est fait en sorte qu'elle s'épuise de nouveau; l'accueil se fait très mal et il semble y avoir de la magouille au niveau de son remplacement, remplacement qu'elle devait avoir et qu'elle n'a plus. On dirait que c'est le genre de situation qu'on accumule avec le temps et dont on est témoin de plus en plus, et ça, ça fait vivre de la colère. (E-8)

Voir ses collègues souffrir de détresse psychologique ou partir en congé de maladie touche directement les intervenants professionnels. D'après un intervenant professionnel : « [...] présentement, le fait que des collègues tombent à tour de bras,

ça me rentre dedans parce que l'équipe se disloque un peu » (E-4). Une autre intervenante évoque son désir d'être laissée tranquille avec les commandes des gestionnaires si sa collègue quitte en congé de maladie : « Là, on a une autre collègue qui est sur le bord de flancher, et moi, je disais à (nom) : « Ah! Si elle flanche, moi, je ferme ma porte. » Puis, j'ai dit à (nom) tu ne m'achales [sic] plus avec rien, sinon je pète » (E-6).

Par ailleurs, trois autres participants de notre étude soutiennent l'idée que la souffrance en milieu de travail est visible. Ils affirment avoir vu des collègues pleurer et observent qu'un grand nombre d'employés vivent des émotions négatives au travail. Ils nous font part de leur sentiment de tristesse du fait de s'apercevoir que leurs compagnons de travail reçoivent peu de soutien et sont incompris quand ils vivent une situation de stress.

Dans un autre ordre d'idées, un participant nous parle de son constat visuel de cette réalité et la perte de plaisir au travail qu'il observe : « [...] les gens sont un peu rendus des automates, où ça roule, ça roule, ça roule et ça roule, et tu vois que ce monde-là n'a plus de plaisir au travail, ils ne font que répondre à des commandes » (E-10). Suivant le même fil conducteur, les résultats de notre étude montrent que le plaisir au travail ne semble correspondre dorénavant qu'à l'aspect clinique. Ainsi, un premier intervenant professionnel nous partage qu'il éprouve encore du plaisir lorsqu'il se trouve en relation d'aide et qu'il observe des améliorations chez son client malgré la souffrance qu'il vit au travail. Un second intervenant affirme ressentir encore de la satisfaction des dossiers pris en charge et retirer du plaisir à voir comment évoluent ses dossiers. Dans le même ordre d'idées, un autre intervenant nous partage son besoin afin qu'il puisse ressentir du plaisir au travail, mais qui ne semble pas le cas actuellement compte tenu des exigences quantitatives :

[...] je suis heureux au travail quand j'ai l'impression que je peux apporter quelque chose aux personnes, mais pas lorsque je fais des statistiques du nombre de rencontres ou de chiffres qui ne veulent rien dire. (E-8)

Dans la même veine, les résultats énoncent que deux répondants sur onze attribuent leur plaisir au travail à leur autonomie professionnelle, qui existe toujours. Ainsi, le premier participant mentionne : « J'aime cette espèce de latitude, cette autonomie professionnelle là, c'est très, très bien » (E-7). De même, le second participant nous dit sensiblement la même chose : « Je me sens quand même assez libre dans ma gestion et dans ma façon de faire. Je me sens bien » (E-1).

4.9 Synthèse des résultats de l'objectif 2 : dimension subjective

Cette deuxième partie des résultats visait à dégager les éléments de la dimension subjective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Les propos des répondants permettent de constater que les cinq formes de souffrance que nous avons répertoriées dans les témoignages comportent une multitude d'impacts. Ces conséquences se situent au plan organisationnel, sur le plan individuel en ce qui a trait à la santé mentale des intervenants professionnels et sur le plan des relations de travail. Les impacts affectent également l'identité du métier où l'on observe une difficulté d'estime de soi, un sentiment d'incompétence et finalement, sur la clientèle directement. Nous avons aussi constaté que la fatigue et l'épuisement sont des symptômes physiques et psychologiques que vivent les intervenants professionnels en raison de la surcharge de travail et de la pression à la performance exercée sur eux, qui sont attribuables à de multiples exigences à plusieurs niveaux qui sont tout à fait inatteignables. Pour la majorité des répondants, cette dimension particulière de la souffrance au travail s'exprime entre autres par le non-sens du travail, le conflit de

valeurs, le sentiment d'impuissance, le sentiment d'isolement, la colère réprimée, l'épuisement, la méfiance à l'égard d'autrui, et ainsi de suite. En ce sens, les résultats de notre recherche laissent croire que les nouvelles organisations du travail exigent des intervenants professionnels rencontrés une implication affective et cognitive dans leur travail. Ainsi, la gestion des émotions, par exemple la colère et la frustration devant des situations de non-sens, devient pour les intervenants une nouvelle contrainte. Certains participants étaient confrontés à une forte souffrance physique, mêlée de difficultés émotionnelles et psychologiques. Pour d'autres intervenants professionnels, la souffrance éthique occupait une grande proportion dans leur malaise et entraînait d'autres formes de souffrance. De plus, la souffrance psychologique et la souffrance émotionnelle sont mentionnées dans les propos de tous les participants et qu'elles sont aussi très présentes dans le quotidien des intervenants professionnels. D'ailleurs, nos résultats permettent de constater l'inadéquation entre les deux logiques (gestionnaires et intervenants professionnels) peut générer par la suite des troubles psychologiques et physiques chez les intervenants professionnels. Ce que les résultats nous indiquent aussi, sur ce que ces types de souffrance ont en commun, c'est l'absence ou le peu de moyens offerts aux salariés, ce qui engendre une mobilisation psychique constante pour trouver des issues possibles.

4.10 Figures de médiation individuelles

Cette deuxième composante subjective, portant sur l'objectif 3, vise à documenter les différentes figures de médiation qui sont mobilisées par les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Les figures de médiation sont le résultat de l'articulation de ces deux dimensions qui témoignent de la souffrance au travail. Plusieurs stratégies

correspondant aux figures de médiation individuelles et sont ressorties lors de l'analyse des données que nous avons faite. Plus précisément, douze stratégies défensives ont été mentionnées dans les discours des participants : la rationalisation du discours, le marchandage interne, l'isolement, la dénonciation, le lâcher-prise/la résignation, le recentrage sur les clients, la mise en place de ses limites, l'hypertravail, la décorporation/le désengagement, les pensées fantasmatiques, la prise de distance et une deuxième vie professionnelle. Voici un descriptif de toutes ces figures de médiation.

4.10.1 Rationalisation du discours

Les résultats de notre recherche montrent que tous les intervenants professionnels ont intellectualisé un discours qui permet d'objectiver les comportements et les attitudes des pratiques managériales et plusieurs contraintes liées aux structures organisationnelles. Cette façon de réfléchir et d'expliquer les impacts des nombreux bouleversements qui surviennent dans le secteur de la santé et des services sociaux sur leur pratique et sur leurs valeurs porte à croire qu'elle permet aux intervenants de continuer à exercer leur profession. Pour une répondante, la pression vécue par les gestionnaires est une forme de pensée et une réponse à la fois pour expliquer certains non-sens. Bien que cette stratégie soit empruntée par tous les répondants, elle se manifeste également pour expliquer certaines pratiques de gestion ou une difficulté avec un collègue. Voici deux exemples tirés des entretiens permettant d'appuyer ces propos :

[...] la manière dont je vois ça, c'est que les cadres intermédiaires ont zéro pouvoir, ils exécutent les ordres qui viennent d'en haut; moi, c'est vraiment ça que je vois. En tout cas, moi, je parle pour le soutien à domicile : elle a zéro, zéro pouvoir, tout vient d'en haut. Comme ça c'est beaucoup plus facile d'imposer quelque chose... (E-6)

[...] son mécanisme de défense par rapport à la situation, c'était de se fermer, de ne pas me parler, de m'ignorer et d'être bête avec moi. (E-5)

Également, les résultats de notre étude indiquent que la rationalisation ne permet pas seulement d'expliquer un contexte, une situation ou un comportement que l'on désapprouve; elle permet aussi d'empêcher les intervenants professionnels d'être libres de leurs comportements. Pour cette répondante : « Chaque fois que j'ai le goût de m'énerver sur quelque chose, je me dis : « Fais ta job [sic] c'est quoi ta job [sic]? Fais tes clients, vois tes clients » (E-4). Un autre répondant ajoute : « [...] que c'est tellement gros qu'on n'a aucun pouvoir pour changer ça, alors on subit. C'est comme ça, et c'est comme ça partout au Québec, il n'y a rien à faire, c'est à prendre ou à laisser » (E-8).

4.10.2 Marchandage interne

Cette stratégie défensive agit comme une protection pour la santé mentale et permet aux intervenants de trouver un compromis, voire d'atteindre un équilibre, face à des situations de souffrance. Cette négociation du discours interne est apprivoisée chez plusieurs intervenants et s'exprime par une réponse à la souffrance au travail. Chez certains intervenants professionnels, cela se traduit par des questionnements qui n'apportent pas toujours de réponse, mais qui permettent de préserver l'équilibre. Les résultats de notre recherche montrent que, devant des situations objectivées, tous nos participants ont adopté des conduites régulatrices qui prennent la forme d'un marchandage interne, d'une lutte entre ce qu'ils veulent être et ce qu'ils doivent être, lutte qui s'exprime par un sentiment de doute pour certains. Les exemples suivants permettent de mettre en lumière cette situation :

Moi, je ne suis pas quelqu'un qui est capable d'être dans une réunion et de faire comme : « Bof! Ce n'est pas grave. » Ce n'est pas dans ma personnalité. Moi, je suis quelqu'un qui est assez proactif d'habitude, ça fait que si on me demande d'être à l'inverse de ce que je suis et de faire comme : « Pense à ta liste d'épicerie et fais comme si tu n'avais rien entendu », j'ai un peu de misère avec cette attitude-là, mais c'est ça qu'il faudrait que je développe pour être bien dans les réunions, pour ne pas me laisser envahir émotionnellement par tout ça. Ça, je travaille ça, mais ce n'est pas réglé, ce n'est pas fait. (E-3)

Est-ce que je suis une bonne personne? Est-ce que je suis correcte? Est-ce que je peux rester moi-même là-dedans? Ce sont des questions que je me suis posées très sérieusement depuis six mois. (E-5)

Là, je ne vois plus le jour de finir mes affaires parce que je me remets toujours, toujours, toujours en doute. Ça, ça me tue. C'est tout le temps le doute, le doute... (E-7)

4.10.3 Isolement

Au cours des entrevues, plusieurs intervenants ont dit adopter des pratiques de travail dans lesquelles l'isolement est bien considéré. Sept répondants sur onze ont fait allusion à cette conduite lors de leur interview. Cette stratégie se manifeste sous différentes formes pour différentes raisons et comporte des impacts sur les liens possibles de solidarité. Un intervenant affirme qu'il se confine dans son bureau pour éviter les formes de clivage dans les équipes de travail. Quatre répondants mentionnent que, en raison de la surcharge de travail et de la forte pression qu'ils subissent à cause des exigences de l'administration, ils s'isolent dans leur bureau et ferment la porte. Certains d'entre eux vont écouter de la musique tout en travaillant pour faire diminuer la pression et continuer à jouer leur rôle en suivant une logique d'efficience, tandis que d'autres ont recours à des stratégies de *coping*, notamment des techniques de respiration de la méditation pleine conscience.

Malgré eux, les intervenants professionnels se coupent des liens sociaux à cause de ce mal-être intérieur qui est attribuable aux nombreux changements qui se produisent dans l'organisation et qui leur font vivre une souffrance visuelle et une souffrance auditive. Ainsi, une participante dit qu'elle s'isole « pour ne pas être contaminée, parfois, par de mauvaises énergies » (E-4). Elle ajoute : « [...] j'essaie le moins possible de m'occuper de ce que les autres vivent; c'est rendu que tout le monde travaille en vase clos, mais c'est la façon de survivre, dans le fond » (E-4). Une autre répondante tient des propos allant dans le même sens : « [...] c'est vrai que maintenant, j'entre au travail avec mes œillères » (E-7).

4.10.4 Dénonciation

En règle générale, la confrontation et la remise en question des orientations qui ont été prises par l'organisation sont perçues comme une forme de résistance. Confrontés à leur souffrance, les intervenants professionnels rebondissent en adoptant des comportements de contestation ou une posture de revendication. Sept répondants sur onze ont fait usage d'un discours dénonciateur comme stratégie défensive. Pour certains intervenants, le fait de continuer d'exprimer leur frustration, même s'ils sont conscients que cette médiation ne les mène nulle part, leur permet d'être en harmonie avec qui ils sont réellement. Pour un répondant, même si l'acte de dénoncer des insatisfactions correspond à ses valeurs et à sa conscience professionnelle, ce geste lui met une certaine pression sur les épaules puisqu'il n'est pas toujours facile d'être soi-même dans un environnement où la remise en question des orientations qui ne sont pas conformes aux valeurs du métier n'est pas souhaitée. Voici un témoignage révélateur pour appuyer ces propos :

[...] je conteste, je suis vraiment une personne qui conteste énormément et qui remet les choses en question, ça fait que j'ai toute cette pression-là

aussi. Je sais que je ne fais pas le bonheur des cadres parce que je vais remettre en question leurs exigences [...]. (E-6)

4.10.5 Lâcher-prise/résignation

Mécanisme de défense qui s'apprivoise à travers l'articulation entre les conditions objectives et subjectives de travail des intervenants professionnels, le lâcher-prise est une notion qui revient dans six des onze entrevues. Quatre intervenants professionnels vont revoir leurs priorités sans trop se soucier des exigences organisationnelles. Un participant nous dit que son choix de vivre une journée à la fois sans trop réfléchir à demain lui permet de lâcher-prise.

Pour deux autres répondants, la question de la survie s'est posée devant l'impossibilité de bien faire son travail. Une forme de résignation en réponse à leur souffrance est vécue par ces deux répondants :

J'ai un côté qui veut défendre la veuve et l'orphelin, mais c'est trop souffrant et il y a trop de choses à faire, ça fait que j'ai abdicé. C'est encore une question de survie, mais c'est à l'encontre de ce que je suis. D'habitude, moi je porterais le flambeau et je dirais : « Aïe! Ça ne marche pas. On va faire une manifestation. » J'ai un petit sentiment de culpabilité parce que j'ai lâché prise et que j'ai tout lâché. (E-4)

Dites-moi ce que vous voulez. » Il y a des guerres auxquelles je ne participe plus. On peut gaspiller beaucoup d'énergie là-dedans, mais moi, non. (E-10)

Dans le même ordre d'idées, un répondant (E-10) ajoute à ces propos, pour sa part, qu'il observe que les individus qui évoluent au sein du système organisationnel semblent avoir eux aussi abdicé aux exigences de pression, voire à cette surcharge. Alors qu'une autre répondant nous exprime : « ... alors on subit. C'est comme ça, et

c'est comme ça partout au Québec, il n'y a rien à faire, c'est à prendre ou à laisser » (E-8).

4.10.6 Recentrage sur les clients

Bien qu'elle ne soit pas toujours facile à mettre en œuvre, cette figure de médiation permet aux intervenants professionnels de garder la tête hors de l'eau et de continuer à offrir à leur clientèle un service de qualité. Cinq répondants affirment avoir employé cette stratégie pour échapper au non-sens dans leur milieu de travail. Voici un extrait de discours pour illustrer cette figure de médiation :

Je me concentre sur ma clientèle. Je me boucle quand même beaucoup de choses dans une journée pour me concentrer sur la clientèle et pour ne pas penser à l'organisation, pour ne pas avoir le temps de penser à ce qu'ils nous demandent, et ça, travailler, ça m'aide vraiment. (E-6)

4.10.7 Mise en place de ses limites

Quatre répondants exposent devoir continuellement mettre leurs limites en raison des exigences et de la pression exercée par les gestionnaires. Cette stratégie défensive est souvent difficile à mettre en œuvre pour les intervenants compte tenu des impacts que font peser sur eux ces exigences. Comme le dit un participant : « On se fait facilement déborder » (E-10). Un autre intervenant mentionne qu'il est difficile de trouver un sain équilibre entre le travail et la vie personnelle, car la tendance à développer des moyens pour apaiser la conscience concernant le travail qui n'est pas fait est très présente dans les organisations (E-5).

4.10.8 Hypertravail

Une fois de plus, nous observons que les exigences de productivité et de performance sont si fortes que les intervenants professionnels doivent faire des médiations ponctuelles pour apaiser leur sentiment d'insatisfaction du travail fait. Cinq participants ont soulevé ressentir une pression à faire des heures supplémentaires pour parvenir à terminer leur travail, ou du moins, atténuer le sentiment d'insatisfaction. À cet égard, les extraits d'entrevue proposés ci-dessous sont fort évocateurs :

[...] la tendance à surpasser les heures de travail est tellement grande qu'on dit : « Ah! Je vais continuer juste un petit peu pour finir telle affaire parce que je ne suis pas fière de moi, je n'ai pas fini de le faire aujourd'hui, je suis en retard, et ça va mieux paraître si je le finis. » La tendance à ne pas respecter les heures de travail est vraiment là. (E-5)

Moi, je suis entré l'après-midi, mais il y avait une collègue qui était là depuis le matin et il y en avait une autre qui est entrée pendant que j'étais ici. On voit beaucoup de gens qui n'y arrivent pas. (E-10)

Deux intervenants dévoilent certains de leurs comportements à l'égard des normes organisationnelles. Voici un extrait qui en dit long :

Ça m'est arrivé aussi assez souvent de faire du bénévolat, mais ça, beaucoup de collègues n'étaient pas en accord avec moi sur ça, mais, en même temps, on a peur de se faire chicaner d'en haut parce qu'on n'est pas supposés faire trop d'*overtime* [sic], ça fait que tu fais ça en cachette [...] tu travailles, mais tu n'es pas payée. (E-11)

De plus, ces conduites peuvent aussi jouer un rôle de recherche d'équilibre entre le niveau de performance attendu par les cibles que doivent atteindre les intervenants professionnels, notamment par des redditions de compte, des statistiques, etc., et leur conscience professionnelle. Une intervenante offre un bel exemple de conduite qui

propose d'être créatif devant la prescription : « On peut faire parler les statistiques comme on veut, par plaisir ou pour s'arranger pour que ça fonctionne comme ils veulent » (E-5).

4.10.9 Décorporation/désengagement

En raison de l'éclatement des pratiques professionnelles résultant de la souffrance au travail, un mouvement de décorporation est de plus en plus visible au niveau de la vie organisationnelle. Chez quatre intervenants, cela se traduit par un désengagement face à leurs responsabilités et à leur rôle professionnel, par une indifférence envers les exigences de l'organisation de même que par une démobilisation de soi et une démobilisation envers autrui. Ainsi, un intervenant nous dit qu'il est en train de se désinvestir envers son organisation : « Comme je le dis, je n'ai plus de sentiment d'appartenance, je ne m'investirai plus pour l'établissement; je vais m'investir pour ma clientèle, mais, pour l'établissement, non, je n'ai plus d'énergie pour ça » (E-4). De même, une autre participante nous parle de son désinvestissement par rapport à son rôle professionnel dans l'organisation, notamment de sa décision de ne plus assurer la supervision des étudiants stagiaires.

[...], mais je ne veux plus en donner plus. Il y a eu des années où j'ai eu des stagiaires et le syndicat. C'est fini, je ne donne plus. Je n'aime pas une organisation qui fonctionne comme ça, non [...] on n'a plus envie de donner à l'organisation, on n'y croit plus [...]. Si j'avais la chance de partir, c'est certain que je partirais, certain, certain, certain, on partirait tous. (E-6)

Le désengagement comme stratégie défensive apparaît aussi sous la forme d'une certaine insouciance envers les nombreuses exigences et la forte pression provenant

de l'organisation. Trois répondants sur onze ont eu recours à ce moyen de défense dans le cadre de leur travail dans le réseau de la santé et des services sociaux.

[...] moi, je pense que ça m'aide de ne pas m'en soucier et juste de me faire rappeler à l'ordre; je me soucie peu de ça, je travaille, je fais ce dont j'ai à faire au meilleur de ce que je peux, je ne me soucie pas beaucoup des chiffres. (E-1)

[...] moi, je ne les écoute pas, je fais comme j'ai toujours fait. (E-4)

4.10.10 Pensées fantasmatiques

Les discours de certains intervenants professionnels ont révélé la présence de pensées illusoire, par exemple l'idée de quitter leur travail et de réorienter leur carrière. Chez deux intervenants, on assiste à un questionnement qui est le résultat du processus défensif induit par cette manière de penser. Le premier intervenant affirme à ce propos : « Des fois, je me dis, c'est quoi que j'aimerais faire? » (E-4) Le second participant donne son point de vue sur le même sujet :

Si mon entreprise fonctionnait et roulait comme on le voudrait, je ne serais plus ici [...]. Souvent, je me dis : « J'aimerais mieux aller travailler à la binerie [sic] parce que, au moins, tu te réalises, tu vends des choses, tu vois des gens contents, c'est fini, ils payent et ils s'en vont ». (E-7)

Dans la même veine, un autre participant prétend que le processus défensif le conduit à se faire des représentations imaginaires : « Dernièrement, justement, je me remettait beaucoup en question, et oui, c'était rendu que je fantasmait un peu sur des carrières ou des emplois dans lesquels je ne vivrais pas ce genre de situation là » (E-8).

4.10.11 Prise de distance

Trois intervenants professionnels sur onze mentionnent avoir dû prendre un moment du recul face à leur propre comportement réactif ou agressif et se repositionner dans leur milieu de travail en se servant d'une nouvelle stratégie défensive. Voici comment deux de ces intervenants décrivent leur action dans ces circonstances particulières :

Il faut que je fasse attention justement, surtout à me voir être plus agressive dans les réunions et que ça me suive jusqu'à la maison. (E-3)

Je me suis fait pointer du doigt comme étant la chialeuse [sic] de service [...] j'ai été très vite ciblée comme étant la rebelle au changement [...]. Et même qu'il y a des collègues qui m'ont dit : « [nom], arrête, tu vas te rendre malade. » Ou encore : « Si ça ne fait pas ton affaire, débarque du train. » Là, je me suis parlé beaucoup, j'ai essayé de prendre une petite distance. Je sortais des réunions, j'étais rouge pivoine, j'étais enragée, moi qui suis calme d'habitude. (E-4)

Un recul face à ses propres comportements devient nécessaire quand les médiations utilisées ne procurent plus l'apaisement du début. Il s'agit ici d'une médiation qui avait le rôle de sublimer l'inconfort qui, avec le temps, est devenu une médiation avec de lourdes conséquences, comme l'explique un répondant : « Moi, à un moment donné, il a fallu que je prenne du recul parce que j'étais quelqu'un qui ne finissait jamais à l'heure; je finissais à 16 h 30, mais je ne sortais jamais d'ici 18 h » (E-10).

4.10.12 Deuxième vie professionnelle

Les données obtenues dans notre recherche montrent que trois des intervenants professionnels se déplacent, partant de la pratique dans le réseau public et allant exercer dans le secteur privé. Les raisons d'être de ce déplacement sont liées aux

impacts lourds sur le plan personnel et identitaire. Deux répondants disent qu'ils sont en train de développer leur propre entreprise privée alors qu'un autre répondant mentionne qu'il offre ses services en pratique privée. De plus, deux autres de nos intervenants disent réfléchir à l'idée de se lancer à leur compte dans le secteur privé.

4.11 Figures de médiation collectives

Les moyens associés aux figures de médiation collectives correspondent en majeure partie aux différentes formes de soutien, soit des actions qui prennent la forme d'un soutien mutuel à l'intérieur du collectif de travail ou en dehors du collectif respectif.

4.11.1 Soutien relationnel du métier vécu à l'intérieur du collectif de travail respectif

Quoique l'on puisse dire au sujet des collectifs de travail, les résultats de notre étude dégagent qu'il existe effectivement une forme d'apaisement ressenti auprès des collègues de travail, surtout s'il s'agit d'un collègue plus important aux yeux des participants. Dans les entrevues, sept répondants ont affirmé obtenir du soutien de la part de leurs collègues et peu importe le collectif de travail et la catégorie professionnelle. Toutefois, quelques contradictions étaient présentes dans leur discours, dont l'idée que communiquer sans cesse à ses collègues ses frustrations et ses irritants entraînait une démotivation influençant négativement le climat de travail allant même jusqu'à la mise en écart. De même, certains répondants ayant reçu un tel soutien disaient ne pas être en mesure eux-mêmes d'offrir du soutien à leurs collègues.

L'un de ces sept répondants nous raconte qu'il trouve un certain apaisement lors de ces échanges entre collègues, mais il précise qu'il sent que ce soutien ne comble que

partiellement ses besoins. À ce sujet, voici un extrait de l'entretien que nous avons réalisé avec lui :

Des fois, je vais ventiler avec des collègues avec qui j'ai un peu plus un sentiment de confiance. Une fois, je suis allé parler un peu de mes frustrations à une collègue et ça a quand même fait du bien. Des fois, ça fait du bien un peu, mais, souvent, l'autre collègue vit les mêmes problèmes que nous et on n'en ressort pas tant de solutions que ça. (E-8)

Suivant la même pensée, une intervenante raconte retrouver une forme de soutien auprès de sa collègue, mais elle ajoute que ces échanges ne lui permettent pas d'avoir une réponse à tous ses besoins. « [O] n se supporte, on partage nos peurs. On va dire qu'on s'exprime plus qu'on se supporte [...], c'est rare qu'on parte sur une note vraiment positive, on finit toujours par brasser le mauvais et ce qui ne nous plaît pas et par chialer » (E-2).

Par ailleurs, trois répondantes mentionnent trouver le support nécessaire au sein de leur équipe de travail, ce qui leur permet de construire ensemble un lien de solidarité et de mettre en œuvre des médiations.

4.11.2 Soutien relationnel du métier vécu à l'extérieur du collectif respectif

De plus, un intervenant nous exprime qu'en dehors de ces discussions avec ces collègues de travail, une autre forme de soutien, soit celle qui lui est donnée par d'autres intervenants professionnels en provenance de disciplines variées, c'est-à-dire qui ne font pas partie de son collectif de travail, lui procure un certain bien-être dans son travail. De même, cet intervenant affirme que sa participation à des formations lui permet d'avoir des échanges constructifs avec ses collègues :

Moi, quelque chose que j'ai fait et qui m'a aidé depuis le début et sur lequel j'ai mis beaucoup d'emphase, et, à chaque fois, ça m'a redonné un petit peu d'énergie, c'est de participer à la formation continue, et ce, avant même que ça soit obligatoire. Quand j'allais à une formation d'un ou deux jours, on était entre collègues travailleurs sociaux et j'avais vraiment le goût de parler du travail social, en plus d'apprendre des choses, c'est sûr, mais, souvent, ce qui m'apportait le plus, ce n'était pas tant la formation que les échanges que je pouvais avoir avec les autres travailleurs sociaux lors d'une pause. C'était ressourçant aussi, et, souvent, ça me permettait de me ramener à mes valeurs, à ma vision du travail social et à mon identité. (E-8)

Dans le même ordre d'idées, une autre répondante nous partage qu'elle ne reçoit pas de son équipe de travail un soutien qui correspond à ses valeurs et qu'elle se tourne vers un autre collectif de travail et des collègues n'appartenant pas à sa catégorie professionnelle pour obtenir de ce soutien :

En fait, le support vient aussi d'autres équipes, il vient de certaines infirmières, de certaines intervenantes sociales et d'autres collègues avec qui on partage plus les mêmes valeurs, les mêmes qualités et les mêmes défauts et avec qui on se comprend mieux que dans notre petite équipe de travail immédiate au quotidien. (E-5)

Par ailleurs, deux répondants mentionnent avoir commencé à mettre en place avec d'autres collègues un mouvement social d'entraide. Le premier répondant rapporte qu'un comité de codéveloppement a été instauré au sein de son organisation. Le second répondant affirme qu'il profite des rencontres entre travailleurs sociaux où les discussions sur les difficultés vécues entre confrères sont possibles, et qu'ensemble, il trouve des médiations acceptables.

[...] on se fait des rencontres travailleurs sociaux à peu près aux six à huit semaines pour voir ce qui se passe, comment on fait nos choses et comment on harmonise, mais aussi pour nommer ce qui ne va pas bien. On a peut-être cette tribune-là pour le faire et c'est correct, mais mon chef de programme est contre les rencontres de travailleurs sociaux. (E-10)

Dans cette partie portant sur les résultats, nous trouvons qu'il était important de faire ressortir des caractéristiques du climat de travail qui étaient intéressantes et qui étaient partagées par les intervenants professionnels. Les résultats de notre recherche dévoilent que la maturité, l'expérience et la solidité des équipes de travail favorisent fortement le climat de travail et l'entraide entre les collègues.

4.12 Figures de médiation organisationnelles

Concernant la quatrième composante, les figures de médiation organisationnelles correspondent aux mécanismes mis en place par l'organisation. Ces modalités jouent un rôle facilitant en ce qui a trait aux conditions de travail des intervenants professionnels. Ces stratégies actives ne permettent pas d'atteindre les résultats espérés, car elles ne sont plus respectées par les gestionnaires. Quatre stratégies de défense sont ressorties dans les entrevues effectuées avec les participants : la discussion avec les gestionnaires, le congé de maladie/le congé sans solde, la consultation du programme d'aide aux employés et l'aménagement de l'horaire de travail.

4.12.1 Discuter avec les gestionnaires

Les résultats de cette recherche révèlent que tous les intervenants professionnels vont tenter d'adopter comme approche de médiation l'échange avec les gestionnaires. Toutefois, comme nous le verrons plus loin, ces intervenants doivent user d'autres mécanismes afin de sublimer la souffrance au travail et d'être en mesure de trouver un équilibre acceptable puisque, selon les données de notre étude, ils ne trouvent pas que la négociation est pleinement satisfaisante. Devant ces impasses, deux répondants mentionnent qu'ils se sont rendus rencontrer des gestionnaires qui sont placés plus

haut dans la hiérarchie ou une conseillère clinique. Lorsque ces stratégies défensives ne satisfont pas leurs attentes, la conduite à suivre pour les intervenants consiste à s'orienter vers les ressources humaines :

Moi, je suis allée m'asseoir un peu plus haut avec la personne -- — je ne me souviens plus de son titre exact -- — qui s'occupait des ressources humaines et j'ai dénoncé la situation pour dire que si ça allait plus loin [...]. (E-1)

[...] ça fait que, moi, je suis allée voir les ressources humaines pour qu'il ait une lettre à son dossier qui soit rédigée. (E-3)

Malgré les moyens mis en place pour tenter de trouver une médiation acceptable, des intervenants n'ont guère le choix que de se diriger vers le syndicat pour dénoncer des pratiques de gestion qui ne sont pas toujours respectueuses à leur endroit. Selon notre étude, trois répondants sur onze ont eu recours au syndicat pour trouver une solution à leur problème.

4.12.2 Prendre des congés de maladie/congés sans solde

Les résultats montrent que le recours au congé de maladie est une figure de médiation partagée par six répondants après une discussion avec les gestionnaires. Pour certains, le congé de maladie est un moyen de dernier recours, mais qui semble faire partie de leur discours à l'heure où surviennent un grand nombre de changements dans l'organisation. Actuellement, certains répondants sont déchirés entre, d'une part, continuer à travailler et arriver de peine et de misère à satisfaire les exigences d'ordre organisationnel et, d'autre part, quitter leur travail et aller se reposer à la maison. À ce propos, voici un extrait qui rend compte de cette situation :

Bien, je suis plus qu'à risque; moi, je pense que j'ai tous éléments pour aller voir un médecin et me faire mettre en arrêt de travail, mais je continue. (E-7)

Pour leur part, deux intervenantes racontent leur visite chez le médecin pour la raison que leur travail serait la cause de leurs malaises physiques, émotionnels et psychologiques. En fait, plus de la moitié des intervenants professionnels ayant participé à l'étude ont eu recours au congé de maladie comme solution de rechange puisque peu importe la mise en scène de figures de médiation, l'épuisement psychique était trop lourd. Par ailleurs, deux répondants mentionnent avoir eu recours à ce mécanisme pour éviter de partir en congé de maladie.

4.12.3 Consulter le programme d'aide aux employés

Les résultats de notre recherche indiquent que quatre répondants sur onze ont utilisé le PAE de l'organisation lors de moments de souffrance reliés au travail, et pour les autres répondants, aucun n'a fait mention de ce mécanisme. Pour ceux dont le PAE est une solution, cette stratégie leur a permis de prendre de la distance face à leur travail. Une répondante fait la lumière ce propos : « Je suis allée chercher de l'aide. J'ai eu un suivi avec le PAE. Ça, ça m'a permis de prendre une distance [...] et c'est vraiment par rapport à mon milieu de travail » (E-4). Les répondants expriment se sentir à l'aise d'en parler ouvertement et encourage les gens dont la souffrance est présente, d'aller consulter. Deux répondantes expriment ne pas hésiter à aller consulter et le font lorsqu'elles en ressentent le besoin. Pour un autre répondant, ces rencontres avec le PAE, outre la prise de distance, l'ont grandement aidé à développer et mettre en application d'autres stratégies, par exemple la méditation pleine conscience. Ainsi, une répondante dit ne pas avoir confiance en ce programme alors qu'elle en aurait peut-être eu besoin : « Comme je viens de le dire, je vis de la

souffrance, mais qu'est-ce qui fait que je ne vais pas vers cette aide-là? Le manque de confiance » (E-5).

4.12.4 Aménager son horaire de travail

Le contexte actuel de travail ne permet plus aux intervenants professionnels, ou du moins à certains d'entre eux, de bénéficier d'un horaire allégé ou comprimé. D'ailleurs, cinq répondants ont mentionné que cette modalité était un bon moyen pour favoriser la conciliation travail/famille, pour prévenir l'épuisement en raison de la lourdeur de la tâche et pour développer d'autres aspirations professionnelles en dehors du travail dans le réseau public. Sur ces cinq répondants, quatre se sont fait refuser le renouvellement de cette disposition locale faisant partie de leur convention collective de travail, alors qu'un seul est parvenu à préserver cette condition de travail. Voici un extrait des entretiens qui rendent compte de cette situation :

Ah! Bien, les quatre jours par semaine, c'est salubre pour moi. Quand je suis retournée de mon *burn-out* [sic], je n'étais plus capable de toffer [sic] cinq jours. J'arrivais brulée le vendredi, je mettais mon samedi à me reposer, et j'avais juste une journée pour faire mes petites choses à la maison. Depuis que je suis à quatre jours par semaine, au moins, le vendredi, la pression tombe, tu coupes vraiment. Il y a aussi un non-respect des dispositions [...]. (E4)

4.13 Figures de médiation familiales

La dernière composante subjective nous amène à une autre forme de soutien correspondant aux figures de médiation familiales, soit celui qui est offert par les proches. Comme les résultats plus haut l'ont montré, l'entraide et le soutien entre les collègues de travail ne sont pas toujours des pratiques admises et permises. Les

données de notre étude indiquent qu'il s'est produit un déplacement des formes de médiation collectives vers l'entourage, c'est-à-dire vers les proches et la famille immédiate.

4.13.1 Soutien des proches

Suivant nos résultats, neuf intervenants professionnels ont utilisé cette forme de soutien. Le conjoint ou conjointe, des amis ou des parents ont été soulevés par ces répondants comme des figures importantes leur permettant de ventiler et évacuer la tension refoulée. Également, les résultats indiquent que, sur ces neuf répondants, ce soutien familial peut engendrer des impacts néfastes pour le couple ainsi que dans la relation avec les enfants. Pour une répondante, une partie de son rôle de mère s'est vu déplacé chez son conjoint. Elle explique que la communication avec ses enfants s'est vue tranquillement restreinte. Les demandes des enfants, auparavant répondues par elle, étaient maintenant détournées vers le conjoint. Dans un autre ordre d'idées, la présence de tension conjugale a été soulevée sur les neuf répondants allant même jusqu'à des chicanes, selon les témoignages de deux participants. À ce propos, une répondante dit : « [...] j'ai arrêté de lui en parler ou j'ai pratiquement arrêté de lui en glisser un mot parce qu'on avait de petites discussions à n'en plus finir... [...] j'étais frustrée » (E-6). Alors que pour cette répondante, elle soutient qu'à « la maison, on se dispute [...] et là on met la faute sur le fait qu'on a eu une mauvaise journée tous les deux... » (E-2).

4.14 Synthèse des résultats de l'objectif 3 : figures de médiation

Cette troisième et dernière partie des résultats visait à documenter les différentes figures de médiation qui sont mobilisées par les intervenants professionnels du

secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. À la lumière des résultats présentés précédemment, il est constatable que la plainte portant sur la souffrance au travail découle de cette difficulté pour les intervenants professionnels à articuler la dimension objective et la dimension subjective. Pour les intervenants professionnels, la mise en œuvre de stratégies défensives représente une réponse à cette souffrance manifeste et nécessite l'élaboration de médiations, qui peuvent être individuelles, collectives, organisationnelles et familiales, afin de réduire l'écart existant entre le travail prescrit et le travail réel. Pour terminer, les résultats montrent l'existence de plusieurs plaintes de souffrance au travail se rapportant à la dimension objective et l'ampleur de cette souffrance dans le milieu professionnel. Comme on peut le voir, la souffrance au travail ne se résume pas qu'à une dimension subjective ou strictement organisationnelle. Elle s'incarne dans le mouvement réflexif engagé par le processus de médiation se situant entre les deux dimensions où le rapport à la négociation s'avère souvent bloqué.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Cette présente étude visait à dresser un portrait global de la souffrance au travail, en dégagant les éléments de la dimension objective et de la dimension subjective, chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Ce chapitre consiste à discuter des éléments les plus pertinents des dimensions objective et subjective, qui seront analysés à l'aide des aspects théoriques de la problématique et du cadre d'analyse en regard aux objectifs de recherche tels que présentés et problématisés dans les chapitres précédents. Le chapitre est divisé en trois parties correspondant aux trois objectifs de cette présente étude. Dans la première partie, nous exposons les facteurs à la source de la souffrance au travail. Dans la deuxième partie, nous abordons les impacts sur la santé des intervenants professionnels. Nous poursuivons dans la dernière partie en exposant les différentes figures de médiation mobilisées par les répondants. En terminant, nous présentons une intégration de laquelle nous dégageons des recommandations pour l'intervention en travail social afin d'agir sur cette problématique qu'est la souffrance au travail et des recommandations pour la recherche.

5.1 Discussion portant sur l'objectif 1

Le premier objectif consistait à dégager les éléments de la dimension objective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. À cet égard, les résultats de notre étude laissent voir que les pratiques relationnelles de gestion, les pratiques relationnelles du collectif de travail, les exigences organisationnelles paradoxales et les pratiques de travail hyperperformatives sont les sources de souffrance les plus citées par les répondants. L'environnement physique et les composantes propres à l'individu ont suscité moins la discussion, mais correspondent à de nombreux malaises, pour certains intervenants professionnels.

5.1.1 Pratiques relationnelles de gestion et souffrance

Plusieurs auteurs tentent de mettre en lumière, dans leurs travaux scientifiques, que le nouveau modèle managérial caractérisé par une pression à la performance – peu de temps pour les échanges – serait responsable en grande partie de la détresse psychologique des intervenants professionnels (Durat et Bartoli, 2014; Fort, Lobies et Bergeret, 2011). Une pression qui est autant vécue chez les gestionnaires et qui conduit à des comportements trop souvent sans égard aux répercussions provoquées face à autrui. Mais est-ce une question de pression exercée ou une question d'attitude qui explique la gravité des impacts chez les intervenants professionnels? Les résultats en disent long sur le sujet et indiquent que la pression ne serait pas le seul facteur en cause, qu'il faudrait également tenir compte des caractéristiques propres à chaque gestionnaire; par exemple, des attitudes managériales qui rendent plus malaisé le rapport à l'autre ou qui constituent une source de tension relationnelle pathogène. À cet effet, les attitudes de gestion, notamment le manque de soutien, faisaient

l'unanimité chez tous les participants de notre étude et étaient la cause d'une souffrance. L'analyse des données a révélé la présence d'une écoute masquée qui se traduit par les difficultés vécues par les intervenants professionnels devant le petit nombre de solutions et le faible niveau de coopération et de collaboration que les pratiques de gestion étaient en mesure de leur offrir. Sur ce point, Combalbert et Armand (2016) soutiennent que les rapports hiérarchiques difficiles constituent un facteur de stress important. Mais encore, nos résultats corroborent les données consultées sur les postures non concluantes adoptées par les gestionnaires et sources d'une souffrance au travail (Côté, 2013). On constate dans ce cas une relation entre les deux logiques (organisationnelle et professionnelle) qui est pauvre de sens et qui tend à disparaître. Dans le même sens, les résultats de notre étude indiquent que les gestionnaires auraient avantage à pratiquer une vraie écoute pour rejoindre le sens des valeurs du métier des intervenants professionnels, notamment la qualité des services, et à faire des efforts et prendre des moyens pour outiller les intervenants en situation de difficulté, puisqu'on note l'absence d'une écoute accompagnante et authentique dans les propos des participants de notre étude. Ceci confirme le point de vue de Brun (2015), selon qui, le dialogue se révèle nécessaire dans de telles situations.

Aussi, la non-consultation de la pratique professionnelle et le contrôle de l'activité sont deux éléments qui ont émergé au cours des entrevues réalisées avec nos participants, ce qui est une source de grande tension pour les répondants. Cependant, on constate que les écrits portant sur le sujet mettent davantage en lumière les outils de contrôle de gestion (Grenier et Bourque, 2016; Périlleux, 2003) qui sont différents des pratiques relationnelles de gestion de contrôle. Ces pratiques relationnelles de gestion se différencient par les attitudes/comportements des gestionnaires relevant d'une dimension relationnelle, et non par des outils servant de contrôle à des fins statistiques. De plus, des atteintes au plan comportemental ont été soulevées dans nos résultats. Par exemple, des répondants ont dit être toujours sur la défensive, adoptant

des attitudes de résistance, etc. Ces pratiques relationnelles de gestion ont pour effet de priver les intervenants professionnels de leur savoir expérientiel et de susciter des réactions négatives dans la relation (colère, agressivité, démotivation, etc.). Ainsi, on assiste à l'apparition d'une souffrance émotionnelle des répondants devant l'absurdité que ces derniers expriment face à leur pratique. Bien évidemment, plusieurs autres attitudes de tension ont été nommées et décrites par nos participants. Nous aimerions ici discuter de la non-reconnaissance, une attitude qui est vécue et partagée par un grand nombre de répondants. Le discours des participants indique que cette non-reconnaissance tourne autour de la difficulté de l'organisation à reconnaître le travail fait ou de la profession en soi. Ce constat a été également repéré dans d'autres études (Carpentier-Roy, 2001; Daloz, Balas et Bénony, 2007). De plus, on observe un appauvrissement du jugement d'utilité dans la relation qui, selon le point de vue auquel adhère Dejours (2007), correspond à une dimension importante de la santé des intervenants professionnels. À cet égard, la reconnaissance au travail permet au travailleur d'accéder au sens du rapport vécu au travail et d'en retirer du plaisir. En l'absence de cette reconnaissance, le travailleur développe des stratégies défensives afin de préserver son équilibre psychologique (Dejours, 2015). Ainsi, c'est par la reconnaissance que l'identité individuelle va soit se renforcer, soit se détruire. À ce propos, Vézina et Malenfant (1995) ont montré l'existence d'un lien direct entre le travail et le dysfonctionnement professionnel, en ce sens que la vulnérabilité des travailleurs augmente lorsque les conditions et l'organisation du travail ne permettent pas qu'ils soient valorisés ou qu'ils reçoivent une reconnaissance sociale.

Nous ne pouvons discuter d'autres éléments se rattachant aux conditions objectives de travail sans évoquer les pratiques d'abus de pouvoir, qui sont présentes au sein des organisations. Ces pratiques sont-elles la résultante des derniers changements qui occasionneraient pour certains gestionnaires des actes de violence ou des pratiques isolées issues de leurs caractéristiques personnelles? Sur ce questionnement, notre

étude ne nous permet pas d'affirmer si ces pratiques relèvent d'une composante personnelle, voire des pratiques ciblées envers des intervenants en particulier dans l'optique de leur nuire. Les résultats mettent toutefois en évidence la présence de propos hostiles chez les gestionnaires et la présence d'un langage de manipulation s'apparentant à des abus de pouvoir. De plus, nos résultats exposent des pratiques professionnelles qui contraignent les praticiens à être victimes d'attitudes intimidantes de la part de leur gestionnaire, comme l'atteste l'étude de Grenier, Bourque et Boucher (2018). Également, nos résultats mettent en lumière des pratiques de travail occasionnant des dommages moraux, notamment par les entrevues par compétences. Sur ce point, Hirigoyen (2017) a documenté les pratiques perverses et le risque à l'atteinte à la santé mentale. De plus, les constats observés dans cette étude-ci démontrent que la non-accessibilité à l'information est présente et source de tension. D'après les écrits consultés sur le sujet, l'étude de Detchessahar et Grevin (2009) vont dans le même sens que les données obtenues par les répondants en ce qui concerne le contrôle de l'information, perçu comme une pratique d'abus de pouvoir. À la lumière de nos résultats, nous constatons, par la portée des discours, que les intervenants professionnels sont contraints de refouler leur charge émotionnelle devant ce débordement de non-sens et devant des gestionnaires qui semblent considérer très peu le facteur humain. Mais jusqu'où peut aller l'expression des sentiments dans la relation dans cet univers de travail? Surtout, comment rester soi-même dans un contexte de travail qui prend de moins en moins en compte les besoins de l'individu? À ce propos, Linhart (2015) mentionne que l'expression « gérer des ressources humaines » conduit à cette appellation puisque, aujourd'hui, il serait plus facile de gérer des humains qui doivent constamment mesurer leurs actes que de gérer des personnes qualifiées par leur métier et l'expérience du savoir.

Les propos des participants révèlent que les attitudes de non-transparence et le manque de considération ont également fait l'objet d'une discussion, mais pas autant

que celles citées précédemment. Ces attitudes souvent perçues comme un manque de respect ne figurent pas dans les écrits consultés. Également, les entrevues démontrent la difficulté vécue par certains répondants à faire respecter leurs conditions de travail; par exemple, le non-respect des dispositions locales en ce qui concerne les horaires de travail comprimés. Malgré des ententes prises avec les syndicats, le non-respect des conditions de travail est présent et suscite de la colère chez certains répondants. Finalement, les répondants révèlent une dernière attitude issue des pratiques relationnelles de gestion occasionnant de la souffrance : le manque d'expérience. Ce dernier a été soulevé dans la discussion puisqu'il accentue le conflit déjà présent dans la relation gestionnaire/employé et entre les collègues. À ce titre, l'écrit de Cormier (2011) a fait la lumière à ce propos, apparemment que le manque de compétence, voire d'expérience chez les gestionnaires serait un facteur inhérent à l'apparition d'un climat conflictuel.

5.1.2 Pratiques relationnelles du collectif de travail et souffrance

Il est important de souligner que les pratiques relationnelles de gestion ne sont pas la seule source de souffrance au travail pour les intervenants; les pratiques relationnelles du collectif de travail en font également partie. Des attitudes malveillantes ont été soulevées par des répondants et occasionnent de lourds impacts sur la relation entre les pairs; par exemple, le jugement des pairs qui se manifesterait par le regard désapprobateur des collègues, le bavardage malveillant, la jalousie, etc. Nous constatons que les difficultés relationnelles se présentent fréquemment sous forme de conflits de valeurs ou de rôles au sein d'un même collectif et qu'ils ont fait l'objet d'une discussion, chez la majorité des répondants. Ces données abondent dans le même sens que Boudoukha (2016a) qui atteste que le conflit de rôles se trouve à l'origine de la souffrance au travail. Toutefois, les études portant sur le sujet ne

permettent pas d'en dire autant. Ces études ont recensé plus particulièrement les pratiques de clivage (Aubert, 2008; Kirouac, 2007). Par ailleurs, d'autres constats se sont dégagés des réponses des répondants. Les résultats concluent à la présence d'une reconnaissance entre collègues, mais qui n'est pas partagée par tous les répondants. Pour ceux dont la reconnaissance entre les pairs était présente, elle se révèle être un élément de réponse liée à une bonne santé mentale et perçue comme une forme de soutien. À ce sujet, plusieurs auteurs affirment que la reconnaissance du travail par autrui représente une condition déterminante dans le renforcement de l'identité personnelle (Alderson, 2004; Dejours, 2007, 2015; Molinier, 2006). Par contre, comme le laissent voir nos résultats, elle ne semble pas être une condition suffisante à elle seule.

Mentionnons également la difficulté pour les cadres à intervenir lors d'un conflit, peu importe le type de conflit (interpersonnel, de valeurs, de rôles). De plus, selon les données que nous avons recueillies auprès de nos participants, cette difficulté pour les cadres à intervenir aggrave le conflit existant et crée de nouveaux malaises qui peuvent aller jusqu'à conduire un individu à commettre des actes d'intimidation et de harcèlement. Cormier (2011) soutient également ces éléments de réponse en ce qui concerne le manque de compétence devant des situations de conflits au travail. Il n'est guère surprenant de constater que ces enjeux comportent des conséquences directes sur le climat de travail. Mais, pour d'autres intervenants, les impacts surgissent plus au sein de leur collectif de travail et du fait de ne plus se sentir à l'aise au sein de leur propre équipe.

5.1.3 Exigences organisationnelles paradoxales et souffrance

Les résultats ont permis de dégager quatre niveaux d'attentes : organisationnelles, collectives, professionnelles et personnelles. Ces attentes ont en commun de conduire

les intervenants professionnels à une rupture de l'équilibre en raison du stress qu'elles engendrent. Même si ces exigences ne touchent pas tous les répondants de la même manière, elles sont du moins ressenties par tous. Pour la majorité des intervenants ayant participé à l'étude, les pressions qu'ils subissent, notamment par la gestion des listes d'attente et de la charge de cas, sont excessives et risquent de porter atteinte à leur santé mentale. Dans les faits, les résultats témoignent de la lourdeur psychologique de ces outils de gestion, occasionnant de la pression. Plus encore, les résultats ont nettement fait ressortir que les attentes organisationnelles et professionnelles sont, pour la majorité des répondants, ambiguës, contradictoires et, dans bien des cas, impossibles à satisfaire en raison des attentes des gestionnaires axées sur des cibles quantitatives. Par exemple, les résultats indiquent que les répondants n'ont pas les moyens requis pour atteindre ces cibles quantitatives et qualitatives fixées par l'organisation puisque les attentes sont souvent irréalistes, notamment le nombre de rencontres à effectuer dans une journée de travail, incluant la charge administrative qui y est associée. Des chercheurs ont d'ailleurs documenté le lien existant entre l'augmentation des mesures de contrôle quantitatives et l'augmentation de la souffrance psychologique (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016; Gonin, Grenier et Lapierre, 2012). Aussi, ces attentes ne sont pas toujours bien expliquées aux intervenants professionnels, ce qui engendre chez ces derniers de l'incompréhension et des difficultés à reconnaître leur identité professionnelle en raison du sentiment d'imposteur qu'elles font naître. D'autres écrits scientifiques ont fait la lumière sur la tension existante entre la logique organisationnelle et celle de l'intervenant professionnel conduisant à des conflits de valeurs (Biron, 2006; Chénard et Grenier, 2012; Dejours, 2006; Girard, 2009; Lemitre, 2016; Richard, 2013). Concernant les attentes collectives, les résultats montrent que la pression des collègues peut s'avérer également néfaste pour la santé mentale des participants, pouvant même conduire à de l'épuisement. Finalement, on constate d'autres éléments de réponse chez les répondants, soit la présence d'attentes personnelles pouvant

conduire, elles aussi, à une pression exercée par soi-même. Or, nous n'avons observé ce constat dans aucun écrit recensé; par contre, il s'avère, dans notre étude, un élément discuté.

5.1.4 Pratiques de travail « hyperperformatives » et souffrance

Les réponses se rapportant à la pression de la performance corroborent fortement les écrits sur le sujet et ont été à leur tour très révélatrices. Il n'est guère surprenant de constater la nature des enjeux qui se dégagent de nos résultats. Il semble, dans ce cas, possible de croire que, tant que la pensée performative sera présente et composera l'idéologie managériale, le modèle de travail professionnel sera différent. Dans un contexte de travail marqué par des réformes successives, l'évolution des pratiques de travail n'a pas suivi les besoins professionnels des répondants à l'étude. Dans ce sens, toutes ces exigences liées à la contrainte du changement sont encore plus présentes depuis la dernière reconfiguration du système sociosanitaire et ont constitué une difficulté vécue pour la majorité des répondants. D'ailleurs, les résultats démontrent que la dernière réforme de la loi 10 se caractérise et se résume notamment par un « accroissement du contrôle » de la pratique professionnelle des intervenants. Par exemple, on observe une tendance à contenir l'information pour soi et des difficultés à accéder à des communications susceptibles de répondre aux besoins des intervenants professionnels. En s'appuyant sur les propos de Detchessahar et Grevin (2009), ces difficultés dans le dialogue peuvent être la résultante de la peur que l'information dite soit mal interprétée.

L'analyse des résultats montre que la norme organisationnelle de standardisation des pratiques repousse les limites des intervenants professionnels et les amène à devenir des êtres « hyperperformants » dans leurs tâches au détriment des valeurs de leur profession et des besoins réels de la clientèle, celle-ci étant prise en otage dans cette

situation. Il appert que l'exigence d'uniformité des pratiques soulève l'enjeu de la qualité du service rendu ou du soin, les données démontrant l'impact direct chez la clientèle. Par exemple, certains intervenants professionnels affirment que, pour rester dans l'efficacité comme on le leur demande, ils devaient écourter leur intervention, adopter une approche qui était plus ou moins adaptée aux besoins des clients, etc. En analysant ces réponses, celles-ci correspondent aux écrits recensés sur la souffrance au travail chez les intervenants professionnels, notamment ceux de Grenier et Bourque (2016) et de Ravon (2009). De plus, on constate, à l'intérieur des entrevues, que les intervenants professionnels sont appelés en permanence à assimiler de nouvelles modalités de fonctionnement et à s'adapter à toutes les instabilités des équipes de travail, lesquelles se déconstruisent et se reconstruisent. En s'appuyant sur les propos de Périlleux (2003) et Gollac et Volkoff (2006) et des éléments de réponse des répondants, on observe une augmentation de l'engagement de soi au détriment du travail professé. Ces savoirs professionnels qui sont à rebâtir rejoignent le point de vue de Deranty (2011) et Linhart (2015). L'imposition d'un nouveau modèle de travail expose les intervenants professionnels à de nouvelles conditions de travail et favorise l'incessante croissance de cette souffrance, comme le montrent plusieurs études dans ce domaine (Lemire Auclair, 2016; Mercure et Vultur, 2012; Poisson, Alderson, Caux et Brault, 2014). La structure théorique de ces auteurs permet en quelque sorte de mieux comprendre la mobilisation de soi qui est demandée aujourd'hui pour parvenir à faire son travail ou, du moins, survivre au travail.

Pour plusieurs répondants, l'empêchement de bien faire son travail est un enjeu vécu au quotidien en raison de la standardisation des pratiques qui contribue à affaiblir le jugement et à diminuer l'autonomie des cliniciens. L'étude de Gagnon (2018) rejoint ce constat en soulevant la tension grandissante entre l'uniformisation des outils cliniques et la lutte active des intervenants pour préserver leur autonomie. Pourtant, l'autonomie professionnelle et la liberté de choisir son modèle de travail sont des

facteurs qui ont été mentionnés par les répondants et qui leur font estimer davantage leur environnement de travail. Des études ont également montré le lien direct à l'émergence de la souffrance psychique en l'absence d'autonomie professionnelle et du jugement professionnel dans la pratique des travailleurs sociaux (Richard, 2013). De plus, certains auteurs ont établi des liens entre les indicateurs de stress vécu au travail et la santé mentale des travailleurs (Édey Gamassou, 2004; Vézina, Bourbonnais, Marchand et Arcand, 2008). La relation dynamique entre ces éléments suppose que, moins l'individu peut exercer du pouvoir sur la contrainte, plus il subit la souffrance au travail. Ainsi, l'analyse des données que nous avons effectuée révèle que, actuellement, la seule source de plaisir qui soit encore présente, authentique et ressentie par l'intervenant professionnel réside dans l'intervention auprès de ses clients.

Enfin, le débordement du travail engendré par l'accroissement des exigences quantitatives n'a pas laissé indifférents les répondants. Au contraire, cet élément de réponse a été discuté par la majorité. Pour Truchot (2004), la surcharge de travail représente l'un des stressseurs les plus significatifs dans le domaine médicosocial et c'est d'ailleurs ce que tend à faire voir l'analyse de nos résultats. À ce sujet, une augmentation quantitative de la charge de travail au détriment de la qualité du travail est à l'origine des atteintes à la santé mentale chez un grand nombre de répondants. L'analyse de nos résultats montre la fatigabilité des répondants devant l'augmentation de la charge de travail et de la faiblesse des moyens pour faire face à cette situation. Par exemple, les données de notre recherche font ressortir une absence de coopération dans la relation avec le gestionnaire responsable pour soutenir l'action des intervenants. Ces mesures de soutien nécessaires pour pallier l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, source de souffrance psychologique, selon Glarner (2014), ne sont pas présentes. Ce constat rejoint de près l'étude de Vassal (2005) qui explique que la crise survient lorsque les modes de fonctionnement s'avèrent incohérents et

que les actions menées par les travailleurs ne sont plus en phase avec leurs valeurs individuelles, notamment la qualité des services et l'engagement envers le client. Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater que tous les participants à l'étude sont d'accord pour affirmer que la pression à la performance est présente de manière générale dans le discours des gestionnaires. La confrontation constante entre les valeurs intériorisées de performance et la logique de la profession crée de la souffrance psychologique chez les intervenants.

5.1.5 Environnement physique et souffrance

Pour certains répondants, les espaces de travail s'avèrent problématiques pour la santé émotionnelle, mais aussi pour le respect des normes professionnelles. Nos résultats montrent qu'il existe des organisations avec des bureaux mal adaptés qui ne respectent pas la confidentialité des clients et des lieux physiques qui ne correspondent pas aux besoins des intervenants; par exemple, un bureau trop petit et sans fenêtre. Aucune étude consultée n'a fait la lumière sur ces difficultés. Cependant, nous croyons qu'il ne faut pas banaliser cet aspect problématique puisque nos résultats montrent que des espaces de travail mal adaptés peuvent être une source de tension.

5.1.6 Composantes propres à l'individu : souffrance ou plaisir

Des chercheurs ont documenté qu'il existait un lien qu'on ne peut nier entre les composantes personnelles et la façon dont un individu va vivre sa vie professionnelle (Richard et Laflamme, 2016; Richard et Mbonimpa, 2013). À ce sujet, nos résultats de recherche indiquent qu'il existe des attitudes pouvant diminuer la souffrance au travail; par exemple la confiance en soi, son tempérament, sa manière de percevoir les

situations, etc. Ces résultats appuient ceux de Déry (2018) qui expliquent que les caractéristiques personnelles de l'individu peuvent s'avérer une source de plaisir. À l'inverse, nos résultats dévoilent que certaines attitudes chez les répondants peuvent contribuer à l'émergence de la souffrance au travail, notamment l'idée d'apprécier le travail bien fait, être de nature plus anxieuse, etc. Ainsi, ces composantes psychologiques sont pour certains répondants des attitudes pouvant être une source de souffrance ou source de plaisir.

En définitive, cette discussion portant sur la composante associée aux pratiques relationnelles de gestion transpose bien la négociation constante de la recherche de l'équilibre mental qu'engage le processus de médiation, c'est-à-dire un mouvement réflexif et de mobilisation de soi devant les faibles possibilités de négociation pour être en mesure d'effectuer le travail prescrit.

5.2 Discussion portant sur l'objectif 2

Cette partie de la discussion se rapportant au second objectif de la recherche vise à dégager les éléments de la dimension subjective de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. On entend, par éléments de la dimension subjective, ceux qui sont liés à l'individualité et à l'intériorité des intervenants professionnels à l'égard de leur expérience de souffrance au travail. Selon les données de notre étude, plusieurs formes de souffrance au travail, plus précisément cinq, ont été relevées par les participants et feront l'objet d'une discussion.

5.2.1 Formes de souffrance au travail

À la lumière des propos rapportés par les intervenants professionnels interviewés, cinq types de souffrance ont été répertoriés : psychologique, émotionnelle, physique, éthique et par contagion, lesquelles trouvent leur origine dans les conditions de travail actuelles, que nous avons esquissées plus haut. Tous les répondants ont évoqué, dans leurs propos, qu'ils souffraient de souffrance psychologique. On observe dans le discours tenu par les participants que la souffrance psychologique serait une espèce de souffrance pivot qui conduirait l'individu à développer d'autres manifestations de la souffrance; par exemple, une souffrance émotionnelle ou physique. Cette souffrance est donc conditionnelle à l'apparition des autres formes de souffrance et elle existe rarement seule. On remarque que ce sont tous les répondants qui ont exprimé vivre une souffrance psychologique en raison d'une confrontation à une logique quantitative et à des pratiques relationnelles de gestion qui sont insupportables et qui essoufflent les intervenants professionnels. Des manifestations psychologiques au travail ont été soulevées par les répondants, telles que de l'anxiété, des crises de larmes, des troubles anxieux et le *burn-out* qui a touché la majorité de nos répondants, peu importe la profession. Dans les faits, ces données rejoignent les écrits portant sur le sujet (Légeron, 2008; Lethielleux, 2004; Pezé, 2017; Ruta, 2003). On constate que la pénibilité du travail des intervenants professionnels due à cet investissement massif dans leur travail mobilisé au quotidien pour parvenir à s'adapter engendre une souffrance psychologique. Comme l'ont démontré Aubert (2008), Boudoukha (2016b), Kirouac (2012, 2015) et Saunder (2016), l'engagement de soi est un facteur déclencheur de la pathologie du *burn-out*, parce que toutes les sphères de l'individu se trouvent prises dans ce mouvement (Dejours, 2007). Même si on considère qu'elle est abstraite et impalpable, la souffrance au travail s'avère de plus en plus visible grâce aux comportements qu'elle entraîne chez les intervenants professionnels, auxquels elle inflige différents malaises. Par exemple, les résultats de

l'étude témoignent des difficultés de concentration et d'attention, des troubles de sommeil, etc., ce qui va dans le même sens que les données de Brun (2016) portant sur les impacts de la souffrance au travail chez les individus.

La souffrance émotionnelle, souvent accompagnée d'une souffrance psychologique, est représentée dans l'ensemble des catégories professionnelles auxquelles s'intéresse notre étude. Les participants expriment de forts sentiments d'impuissance et de découragement; ce qui rejoint de près l'écrit d'Edey Gamassou et Moisson-Duthoit (2012) et Richard (2014) faisant la lumière sur les sentiments moraux vécus par des intervenants. De plus, les répondants ont soulevé un puissant sentiment de colère. Nos résultats démontrent que la colère émerge souvent lorsque les gens doivent vivre certaines pertes. Pour d'autres, elle se manifeste lors de rencontres d'équipe quand le but est de discuter des charges de cas ou des listes d'attente. Le discours tenu par les intervenants professionnels nous révèle que ces derniers éprouvent de la difficulté à contenir cette colère, laquelle se manifeste parfois par de l'agressivité. Selon Pezé (2014), cette contrainte de nature émotionnelle est souvent mal comprise et jugée par le regard des autres. Face à cette contrainte, les intervenants s'exposent à vivre une ambivalence entre ce qu'ils ressentent réellement et ce qu'ils peuvent se permettre de montrer. On assiste alors à une censure des comportements qui force les intervenants à mobiliser de nouvelles conduites. Par ailleurs, les participants de notre étude ont évoqué des sentiments qui ne semblent pas figurer dans la documentation scientifique, notamment les sentiments d'« être manipulé », « d'être utilisé » ou « d'être confiné. » Ces sentiments semblent constituer l'expression d'une dénonciation et le reflet d'une culture organisationnelle qui emprisonne l'individu dans un conflit interne et qui l'amène à intérioriser ses difficultés de souffrance vécues. À cet effet, De Gaulejac et Hanique (2015) rappellent que la mobilisation psychique de l'individu est nécessaire dans ce contexte pour rendre l'inconfort plus confortable. En plus, on note que les intervenants professionnels ne ressentent plus la satisfaction du travail bien fait, ce

qui se traduit chez eux par une baisse d'estime de soi et par une remise en question au plan identitaire. Autant de sentiments réprimés pouvant conduire à l'épuisement.

Chez la majorité des intervenants professionnels que nous avons interviewés, la souffrance psychique et émotionnelle s'accompagne d'impacts physiques qui ont des répercussions au travail et à la maison. D'après les réponses de presque tous les participants, les impacts physiques de la souffrance au travail, tout comme les impacts psychologiques, vont se traduire par diverses manifestations (fatigue chronique, perte de poids, épuisement) et par l'impossibilité d'accomplir leurs activités professionnelles quotidiennes et leurs activités domestiques devant la lourdeur de la charge administrative. Ceci rejoint le constat de Davezies (2007) et Dejourn (2007) en ce qui a trait aux répercussions de l'envahissement de la vie personnelle. Chez certains intervenants professionnels, cette situation se manifeste par diverses tensions au sein du couple, avec les enfants et avec des gens qui sont extérieurs à l'environnement de travail. Truchot (2004) explique que la tension peut se transmettre d'un partenaire à l'autre puisque tous les deux partagent un même environnement et éprouvent l'un pour l'autre un sentiment d'empathie. De plus, la qualité de vie des partenaires, la santé du couple et la santé psychologique du conjoint représentent des enjeux à considérer au regard de cette réalité.

Pour sa part, la souffrance éthique se traduit par le dilemme éthique dans l'esprit des intervenants professionnels. Un de ces dilemmes se manifeste lorsque les intervenants connaissent la bonne action à poser et qu'ils ne possèdent pas les moyens pour donner le service ou offrir le soin. Concernant cette forme de souffrance au travail fortement recensée dans les écrits scientifiques (Dejourn, 2006; Lemitre, 2016), les réponses aux entretiens rejoignent les données portant le sujet. Souvent, une souffrance profonde est vécue par les intervenants qui sont déchirés entre l'éthique de leur profession d'une part et les exigences intériorisées de performance et de production d'autre part.

On sait que les intervenants professionnels font souvent face à une situation d'insatisfaction envers le travail qu'ils font en raison de l'opposition entre leurs normes professionnelles et les exigences organisationnelles, et le mal-être qu'ils vivent dans ces circonstances peut difficilement être sublimé malgré les médiations qu'ils déploient pour arriver à offrir un service satisfaisant à leurs clients. Ce constat rejoint également la perspective du conflit de valeurs proposée par Girard (2009) qui explique que les possibilités au conflit de valeurs peuvent se produire lorsque les intervenants n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs difficultés. Il en résulte ainsi des maux physiques et psychologiques.

Finalement, la souffrance par contagion, laquelle est peu documentée, voire absente dans la documentation scientifique, participe pourtant à la souffrance au travail vécue par les intervenants professionnels. Plus précisément, elle engendre des effets pervers sur les relations de travail puisqu'elle contribue à l'adoption de conduites de mise à l'écart pour les individus qui se montrent plus sensibles à ce qu'ils voient et à ce qu'ils entendent. Cette forme de souffrance va s'exprimer notamment par la colère, la difficulté à gérer l'information qui circule sous forme de plainte ou de détresse et le stress vécu qui en résulte. On constate que, pour certains intervenants, le fait de voir ses collègues souffrants et en détresse tenter de continuer de faire leur travail du mieux qu'ils peuvent est une épreuve difficile. À ce propos, nous pouvons faire le lien ici avec l'étude de Marc, Grosjean et Marsella (2011); cette étude explique que l'isolement vécu peut conduire à une dégradation de la santé mentale des individus et à une diminution de l'efficacité d'un groupe de travail. Néanmoins, nos résultats de recherche permettent de constater la difficulté pour les intervenants d'être témoins de la souffrance des autres, ce qui occasionne du stress et de la tristesse, mais ils ne nous permettent pas de confirmer la baisse de productivité. On peut quand même supposer la présence de présentéisme, bien documentée dans la documentation scientifique (Vézina *et al.*, 2011a). Par ailleurs, on constate que l'émergence de cette forme de

souffrance au travail est le reflet d'une réceptivité à la sensibilité d'autrui. Ne devrions-nous pas nous inquiéter de la banalisation du mal fait à autrui au lieu de continuer de penser que la souffrance est encore un phénomène tabou? Face à ce constat, une réflexion à cet effet mérite d'être envisagée pour apporter un nouveau regard.

5.3 Discussion portant sur l'objectif 3

Cette dernière partie au sujet de l'objectif 3 vise à documenter les différentes figures de médiation qui sont mobilisées par les intervenants professionnels à l'égard de ces deux dimensions qui témoignent de la souffrance au travail et qui sont présentes dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. En réponse à l'analyse des données, quatre formes de médiation ont été définies : individuelles, collectives, structurelles et familiales. Ainsi, certains éléments de réponse seront discutés pour expliquer certaines conduites en réponse à la souffrance au travail.

5.3.1 Médiations individuelles et souffrance

On constate, à la lumière des résultats, la présence de défenses très individualisées chez les intervenants pour tenter de maintenir l'équilibre psychologique. Par ce fait même, on observe que les stratégies défensives soulevées ont une fonction commune, soit la protection de la santé mentale. Douze stratégies individuelles ont suscité une discussion chez les répondants et plusieurs d'entre elles semblaient faire l'objet d'une plus grande utilisation. Dans ce cas, on suppose que certaines stratégies défensives individuelles s'avèrent plus efficaces que d'autres puisque selon les études portant sur le sujet, les défenses individuelles ont leur capacité à être exploitées (Montreuil, 2016; Cazabat, Barthe et Cascino, 2008). La régularisation du discours comme stratégie

individuelle et inconsciente est un élément qui fut souligné par tous les intervenants professionnels face aux pratiques relationnelles de gestion, notamment devant des attitudes non soutenantes et non collaboratrices. Devant ces conditions objectives de pratique, surtout lorsqu'il est nécessaire d'en parler ou d'en faire une critique, l'intervenant professionnel, face à la souffrance ressentie, réajuste la réalité dans le but de la rendre plus cohérente et de ne pas laisser monter son mal-être, comme l'expliquent De Gaulejac et Hanique (2015). Ainsi, on remarque qu'il y a une intériorisation des valeurs organisationnelles chez les intervenants professionnels, notamment l'adaptabilité, qui va leur permettre d'endurer autant d'incohérences dans leur milieu de travail. Rappelons que cette posture peut ressembler de l'extérieur à une forme de banalisation des situations contraignantes de travail. Sous cette perspective, le marchandage interne peut se caractériser par cette fonction et constitue une autre stratégie défensive nommée par plusieurs participants. Les résultats de notre étude nous permettent de bien illustrer la négociation constante de la recherche de l'équilibre mental et rejoignent l'essence même de notre cadre d'analyse par la recherche d'une médiation favorable. Ces résultats montrent que certains intervenants professionnels transigent sans cesse avec leur idéal et leur environnement dans le but de parvenir à un minimum d'équilibre psychologique.

Toujours au sujet des stratégies individuelles, selon les propos des répondants, il est possible de repérer une stratégie défensive utilisée pour tous les intervenants professionnels qui se retrouvent confrontés à une contrainte ou à une tension entre les deux logiques, à savoir la discussion avec le gestionnaire. Cependant, les résultats ne dévoilent aucune voie possible par cette médiation pour transcender la souffrance. Devant ce constat, nous continuons de penser que la banalisation de la souffrance au travail est attribuable non seulement aux conduites qui sont adoptées par les intervenants professionnels, mais aussi aux caractéristiques du système

organisationnel puisque la relation crée un rapport objectivant (Charrier et Hirschelmann, 2016; De Gaulejac, 2011; Ruta, 2003).

Dejours (2015) soutient que ce sont les stratégies défensives qui bloquent le rapport à la souffrance chez les intervenants professionnels et qui permettent de banaliser ou de nier cette même souffrance. Toutefois, cela ne signifie pas que les intervenants banalisent pour autant leur souffrance, car malgré la présence de stratégies défensives qui peuvent être individuelles, collectives, familiales ou organisationnelles, ils reconnaissent l'existence de leur souffrance.

Les données de notre étude mettent en relief des pratiques d'isolement au travail et abondent dans le même sens que la recherche de Grenier, Bourque et St-Amour (2016). Cette mise à l'écart, qui peut être l'effet combiné de plusieurs formes de souffrance, s'avère nécessaire aux intervenants pour faire diminuer la pression exercée sur eux en raison de la surcharge de travail. Mais encore, l'utilisation de cette stratégie permet d'éviter de se retrouver impliqué dans des situations de clivage que l'on rencontre souvent dans les relations de travail. À ce sujet, plusieurs éléments de réponse font état d'expériences de clivage, notamment par la présence de bavardages malveillants et par le fait qu'il existerait des pratiques destructrices vis-à-vis des nouveaux employés, pratiques bien documentées dans les écrits consultés sur le sujet (Aubert, 2003, 2006, 2008; De Gaulejac, 2010a). De plus, cette figure de médiation évoque la solitude et Dejours (2015) mentionne en effet que ce facteur n'aide aucunement à prévenir les effets néfastes des contraintes reliées à l'activité professionnelle et encore moins à faire acte de collectivisation autour des enjeux à l'égard de leur travail, comme le soutient également Lemire Auclair (2016) dans son étude portant sur la souffrance psychique des travailleuses sociales dans un Centre intégré de santé et de services sociaux au Québec (CISSS). Dans un contexte de travail comme celui que nous étudions, il peut être difficile de se donner une aide

mutuelle, laquelle, selon Grenier (2015), repose sur des conditions précises, en l'occurrence la présence d'un climat de confiance et de soutien et l'adoption d'attitudes fondées sur le respect des personnes, sur l'entraide et sur la collaboration interpersonnelle. Conditions que l'on retrouve peu dans les pratiques professionnelles des répondants à l'étude étant donné que les dynamiques de travail sont très individualisées.

Les intervenants professionnels enquêtés mentionnent également qu'ils adoptent des stratégies défensives qui s'expriment par la dénonciation. Cette résistance est souvent mal reçue, autant par les collègues qui en sont témoins que par les gestionnaires. On constate que l'adoption de comportements de remise en question ou de confrontation peut être interprétée comme un aveu de faiblesse, comme le mentionnent De Gaulejac et Hanique (2015). Pour ces intervenants professionnels, cette forme de défense leur permet de continuer à être en harmonie avec ce qu'ils sont vraiment et avec la manière dont ils ont envie d'être. Remettre en question des exigences pour tenter de donner du sens à sa pratique n'est pas une situation facile puisque décider de préserver sa subjectivité dans un contexte organisationnel rempli d'ambiguïté engendre de la pression. Plus intéressant encore, il arrive souvent que, dans les écrits scientifiques, ces expressions de résistance soient vues comme un refus d'adaptation aux nouvelles pratiques.

Une autre stratégie de défense qui apparaît souvent dans le discours des participants est l'attitude de résignation. Mettant en branle un processus réflexif, les répondants se protègent en cessant de penser à ce qui ne fait plus de sens pour eux dans leur travail, ils se libèrent en quelque sorte d'une domination. En ce sens, ce constat corrobore les stratégies défensives décrites par De Gaulejac et Hanique (2015), notamment celle de « ne plus penser ». D'un côté, cette déconnexion permet aux intervenants professionnels de se laisser utiliser, alors que de l'autre, ils demeurent très silencieux,

presque invisibles et réprimés par rapport à ce qu'ils aspirent. Par cette résignation, on observe un mouvement de décorporation chez plusieurs intervenants qui a été soulevé par des répondants comme stratégie défensive. Est-ce un effet de la résignation? Ici, les données démontrent que ce mouvement de décorporation se traduit par des mécanismes de désengagement des responsabilités professionnelles et du rôle professionnel.

Suivant le même fil conducteur, l'hypertravail comme stratégie défensive a fait l'objet de discussion chez les répondants et s'inscrit dans un registre de pratiques transgressives, notamment par la tendance à déborder des heures travaillées en dehors de l'horaire de travail exigé par l'employeur, l'entrée au travail durant les jours de congé pour finaliser des dossiers, l'absence de pauses, le choix de ne pas prendre au complet ou de ne pas prendre du tout son heure de repas, faire du bénévolat, etc. Ces pratiques servent d'échappatoires aux intervenants professionnels devant les ambiguïtés de leur travail et devant les exigences organisationnelles qui sont impossibles à réaliser et à satisfaire. À cette suite, Babeau et Chanlat (2007) parviennent à la même conclusion : les gens ont recours à ces actes transgressifs en vue de pallier les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leur travail et confirment que ces stratégies s'avèrent nécessaires dans un environnement de travail qui privilégie des contraintes contradictoires. Ici, on constate que les impératifs de productivité passent par un supplément d'heures travaillées par jour ou par semaine pour les intervenants. Ces stratégies qui sont par nature défensives permettent aux intervenants professionnels non seulement de continuer à répondre au critère de performance et aux valeurs d'autonomie et de flexibilité, mais aussi d'échapper aux regards désapprobateurs des collègues de travail. On peut supposer, dans ce cas, que tant que les intervenants vont actualiser ces stratégies défensives de métier visant le maintien de l'équilibre, le combat entre les deux logiques représente le modèle parfait pour illustrer le passage à l'épuisement professionnel (Morin et Gagné, 2009).

Pourtant, cette hyperactivité au travail correspond à une charge de travail qui, selon le point de vue de Rhéaume (2017), est acceptée volontairement. On présume, alors, que ces pratiques d'hyperactivité encouragent l'idéologie managériale à en demander toujours plus et contribuent à créer ce « personnage » si difficile à atteindre qu'est l'idéal des organisations hypermodernes. Cela fait en sorte que l'écart entre ceux qui n'adhèrent pas à ces stratégies défensives et qui estiment faire un bon travail et ceux y adhérant est tributaire forcément d'un malaise relationnel. On constate également que certains répondants sont enclins à user de fortes stratégies pour parvenir à répondre à toutes les exigences; par exemple, en essayant de manipuler les statistiques demandées par l'employeur. Comme l'expliquent Caron, Coppi, Théry et Vasselín (2011), face aux exigences de productivité, le recours à une logique de « triche » est une pratique présente permettant aux travailleurs « d'atteindre » la performance demandée.

D'autres stratégies défensives ayant fait objet de discussions parmi les intervenants professionnels sont la mise en place de ses limites, le recentrage sur les clients, les pensées fantasmatiques et la prise de distance. On constate que la mise en place de ses limites n'est pas ressortie pour la majorité des répondants. On suppose qu'agir en plus grand nombre possible dans la mise en place de ses limites peut s'avérer un levier de changement, mais aussi un facteur de maturité et de respect de soi-même. Comme dernière stratégie défensive individuelle apparaît l'appropriation d'une deuxième vie professionnelle par les répondants à l'étude. Les résultats indiquent que les pratiques professionnelles, issues des organisations sociosanitaires, tendent à se déplacer vers la pratique privée pour échapper aux difficultés au plan identitaire. Ceci confirme l'écrit de Chamberland *et al.*, (2018) mentionnant que la logique d'action axée sur des cibles quantitatives effrite toujours un peu plus l'identité professionnelle des intervenants et serait une motivation pour aller pratiquer dans le secteur privé (Langois *et al.*, 2009). En outre, ces stratégies permettent de préserver l'équilibre

psychologique chez des répondants à l'étude et elles agissent en bloquant le rapport à la souffrance.

5.3.2 Médiations collectives et souffrance

Des défenses collectives ont été rapportées par les répondants qui leur permettent de mieux vivre certaines situations de souffrance en ventilant leurs émotions aux collègues. D'ailleurs, les résultats de l'étude ont permis de dégager deux formes de soutien : le soutien relationnel du métier vécu à l'intérieur du collectif et le soutien relationnel vécu à l'extérieur du collectif. Un élément qui paraît particulièrement intéressant dans nos résultats de recherche sur cette forme de médiation; on observe une écoute voilée. Par définition, les données provenant des participants indiquent que cette écoute des pairs ne correspondait pas à leur besoin. Force est, en effet, d'émettre l'hypothèse selon laquelle la santé mentale de ces intervenants professionnels semble être mise à mal puisque selon les écrits consultés sur le soutien social en référence à la santé mentale, le lien entre les deux s'avère élucidé (Bourdet-Loubère, 2006; Caron et Guay, 2005; St-Arnaud et Pelletier, 2013). Dans ces conditions, on peut prétendre que certains collectifs de travail sont vides de sens et ne font plus écho aux valeurs de la profession, ce qui permettrait d'expliquer les propos tenus par certains intervenants professionnels, qui affirmaient ne pas avoir vraiment reçu un soutien même si un soutien personnel était présent. Par ailleurs, l'analyse de contenu a permis de mettre en évidence une deuxième forme de soutien, soit celui qui est extérieur au collectif de travail. Par exemple, des répondants ont soulevé que la participation à des formations leur permettait de donner du sens à leur vécu en raison de la valeur des échanges. Ce constat rejoint les analyses de Melchior (2011) expliquant que cette forme de soutien permet, en effet, pour les intervenants professionnels, de garder un contrôle sur leur activité au travail. Pour d'autres

répondants, l'intégration d'un comité de codéveloppement à l'intérieur de l'organisation s'avère profitable pour remédier aux difficultés vécues. On constate par le fait même que ces résultats corroborent le modèle sur l'attribution de sens au travail, proposé par Morin (2008). Plus un individu donne du sens à son travail ou se sent reconnu par ses pairs, plus cela peut s'avérer une source de plaisir. Toutefois, même si les intervenants professionnels tentent de trouver des solutions par la parole et de négocier une médiation qui est acceptable, les résultats ne sont pas concluants, malgré certains discours.

5.3.3 Médiations familiales et souffrance

Les médiations familiales, comme troisième figure de médiation, se retrouvent parmi les données répertoriées dans la présente recherche. On constate chez la majorité des répondants un déplacement des médiations collectives vers les médiations familiales; par exemple, en allant chercher du soutien auprès du conjoint, des amis, et même des parents. Ces stratégies défensives permettent aux répondants d'exprimer leur tension et de se procurer du soutien qui n'est pas toujours accessible auprès des collègues et de l'organisation. Ceci corrobore le point de vue de Moisson-Duthoit (2016), selon lequel le soutien des proches s'avère une médiation satisfaisante au maintien de l'équilibre dans sa vie professionnelle. Cependant, en raison du déplacement des médiations collectives vers les médiations familiales, les résultats concluent à la présence de tension relationnelle, voire de conflit au sein du couple, et ce, pour la majorité des répondants. Les données des entretiens mentionnent la présence de difficulté à la communication, un déplacement dans les rôles familiaux, etc. Sur ce point, St-Amour, Laverdure, Devault et Manseau (2005) soutiennent que les difficultés vécues au travail influencent négativement la qualité de la relation et engendrent un climat hostile. Tout comme les résultats de l'étude de Laloy et Fusulier

(2008), qui attestent les difficultés vécues chez les travailleurs sociaux au sujet de la gestion des contraintes familiales et les difficultés vécues au travail, il en découle une tension conjugale entre les deux et un déplacement des solidarités.

5.3.4 Médiations organisationnelles et souffrance

Nous souhaitons maintenant discuter de la quatrième figure de médiation, à savoir la médiation organisationnelle. Ces stratégies telles que la discussion avec les gestionnaires, les congés de maladie et les congés sans solde, le PAE et l'aménagement de son horaire de travail, constituent une réponse aux diverses modalités qui ont été mises en place par l'organisation pour aider les travailleurs qui se trouvent confrontés à des impasses dans leur travail. Une stratégie organisationnelle qui est envisagée par tous les intervenants professionnels dans le cadre du processus de médiation est la discussion avec les gestionnaires. Cependant, cette stratégie ne permet pas toujours d'apporter une réponse aux besoins des intervenants si la démarche de négociation se caractérise par un manque de collaboration et se révèle insatisfaisante. Sur ce point, les résultats de notre étude laissent voir que certains intervenants ont tenté d'aller plus haut dans la hiérarchie pour discuter de la situation avec un cadre alors que d'autres répondants dans les mêmes circonstances ont choisi d'interpeler leur syndicat. Parmi les intervenants professionnels que nous avons interviewés, plusieurs ont dû prendre un congé de maladie. Pour certains intervenants, le recours à cette solution pour sublimer la souffrance leur permet d'éviter de se rendre plus loin dans leur épuisement et de faire en sorte que le temps de guérison s'allonge indûment. Quand l'absence de mobilisation subjective n'adhère plus au processus de médiation, celle-ci présente de graves atteintes à la fois physiques et psychologiques. Toutefois, les résultats de notre étude laissent voir que, chez certains répondants, les dommages étaient dévastateurs :

difficulté à reconstruire la confiance en soi, présence de trouble anxieux, méfiance envers soi-même, méfiance envers les autres et ainsi de suite. On peut supposer que cette stratégie représente une solution de dernier recours quand on connaît le degré de souffrance qu'elle peut infliger. Pour De Gaulejac (2010a), l'issue dans la maladie permet de prendre une distance et de s'occuper de sa personne tout en préservant sa subjectivité puisqu'en faisant le passage vers cette issue, l'individu fait le choix de ne pas se laisser instrumentaliser. Finalement, la pathologie, voire le déséquilibre mental, est présente lorsque l'individu n'est plus en mesure de mener ses activités et que ses dépenses intellectuelles ne lui permettent plus de créer – autrement dit, quand le processus de médiation n'est plus envisageable, comme l'aborde Dejours (2015) dans sa définition de la souffrance au travail.

Pour des répondants, consulter le PAE a été une stratégie défensive satisfaisante leur permettant de prendre un recul par rapport aux difficultés vécues au travail. Pour d'autres participants à l'étude, le maintien des conditions de travail, notamment par l'aménagement d'horaire, est important pour éviter toute forme d'épuisement et permet une meilleure conciliation travail/famille. Cependant, parmi les répondants ayant déjà fait l'expérience, seul un d'eux a pu préserver cette stratégie en effectuant des heures à temps partiel. À ce sujet, Poisson, Alderson, Caux et Brault (2014) soutiennent que la diminution des heures travaillées comme stratégie défensive contribue à diminuer les effets négatifs de la détresse.

Quoi que l'on puisse dire au sujet des formes de médiation en réponse à la souffrance au travail chez les intervenants professionnels, il semblerait que ces médiations ne sont pas suffisantes pour sublimer complètement les malaises des intervenants professionnels. Lemire Auclair (2016) avait fait le même constat dans sa récente étude. Les défenses permettent à l'individu de survivre durant l'important réaménagement du secteur de la santé et des services sociaux et devant l'évolution

des pratiques managériales. Pour le moment, elles constituent une échappatoire avant que la souffrance au travail n'en vienne à présenter un caractère pathologique (dépression, épuisement professionnel, trouble anxieux, etc.). À cette perspective, la pensée de Dejours (2015) aborde la fonction des stratégies défensives sous le même angle en permettant en quelque sorte à l'individu d'ignorer les causes des situations de souffrance. Aussi longtemps que les intervenants professionnels ne prendront pas conscience – ce qui nécessite une grande mobilisation subjective dans de telles conditions – qu'en poursuivant dans ce même mouvement, soit devant le processus de médiation, fabriquer des défenses individuelles au détriment des figures de médiation collectives, les conditions de pratique resteront telles qu'elles sont : des conditions marquées de tensions émotionnelles et psychiques.

5.4 Recherches futures et retombées pour la pratique du travail social

Les retombées de cette étude sont multiples. Sur le plan de la recherche, un élément déterminant constitue les figures de médiation mobilisées par les intervenants professionnels dans le but de pallier la souffrance au travail. La documentation scientifique explique que ces stratégies défensives s'usent lorsqu'elles sont utilisées à long terme pour ensuite atteindre leur limite. La présente étude suggère pourtant plusieurs moyens pour tenter de préserver l'équilibre, mais lorsqu'on regarde de plus près, on constate que plus de la moitié des intervenants ont souffert de *burn-out*. Dans ce cas, il serait intéressant d'approfondir la recherche sous cet angle des moyens de prévention pour documenter les stratégies qui s'avèrent les plus efficaces dans ce contexte de réorganisation. Il serait pertinent également de comparer les stratégies défensives employées par les intervenants professionnels qui n'ont pas souffert de *burn-out* avec celles utilisées par des intervenants professionnels qui ont connu un arrêt de maladie et connaître leur perception à cet égard, puisque les études à ce jour

ne nous renseignent pas sur ces questionnements. Des études supplémentaires seraient nécessaires, à plus grande échelle et avec un plus gros échantillonnage, pour identifier les besoins des intervenants professionnels à l'égard de leur collectif respectif de travail en réponse au soutien mutuel. Les résultats de cette présente étude, dévoilent néanmoins, que la présence du support mutuel reçu par nombreux participants à l'étude, ne correspond pas aux besoins réels des intervenants professionnels. De même, une étude semblable pourrait très bien s'effectuer dans un autre secteur de travail; par exemple, le secteur privé, et ce afin de comparer les différents éléments qui composent les dimensions objective et subjective. Néanmoins, plusieurs angles de recherche pourraient être empruntés et seraient pertinents pour la communauté scientifique.

D'autre part, il semble que la question du rôle des gestionnaires en ce qui a trait à la souffrance au travail pourrait aussi constituer un projet de recherche qui permettrait de comparer diverses réalités de travail. D'ailleurs, une comparaison des conditions objectives et subjectives avec celles-ci et celles des gestionnaires pourrait servir de levier fort intéressant pour les organisations, mais aussi pour tenter de retrouver un sens à la pratique, de trouver des médiations pouvant recréer le lien de solidarité entre les praticiens et les gestionnaires du secteur de la santé et des services sociaux. Sur le plan de la pratique du travail social, cette étude invite les tenants de cette discipline, et même les employeurs, à se pencher sur la force de cette expertise. Accomplir du travail social au sein des organisations du secteur sociosanitaire pourrait redevenir une avenue riche à long terme en ce qui concerne l'amélioration de la santé psychologique des travailleurs et celle des gestionnaires. Par leur expertise, les travailleurs sociaux sont habilités à travailler à la source du problème et avec différents systèmes, de sorte que ces acteurs intéressés pourraient très bien avoir un rôle de soutien, de prévention primaire, voire de consultation organisationnelle afin de trouver des médiations possibles améliorant la santé mentale du personnel. On

considère que cette option est la plus adaptée quand on regarde le peu de médiation organisationnelle efficace.

Par ailleurs, un autre aspect qui rappelle toute sa pertinence est l'absence de relation entre les intervenants professionnels et leurs gestionnaires. Nous pensons que le regard doit être orienté vers les attitudes et les stratégies managériales qui, hélas, constituent une grande source de tensions sur plusieurs plans. Également, il serait souhaitable pour les gestionnaires d'intégrer, dans leur mode de gestion, des espaces prévus pour la discussion, et ce, toujours dans l'esprit d'améliorer les pratiques organisationnelles et la santé mentale de différents acteurs. Selon l'analyse de l'ensemble des données, les espaces collectifs de discussion existent peu et les espaces individuels (recul nécessaire) sont effacés en raison des fortes pressions liées à l'intensification du travail qui demande une implication subjective constante. On remarque que le lien entre les deux est fort présent au sein du secteur sociosanitaire et contribue à créer un espace de travail qui ne permet plus l'expression des pensées et des émotions chez les intervenants professionnels. Ceci fait en sorte que ces derniers n'ont pas d'autre choix que de vivre ces malaises individuellement. Pourtant, les écrits sont clairs sur le sujet. Plusieurs auteurs (Borenstein, 2016; Dejours, 2013; De Gaulejac, 2011; Detchessahar, 2013; Leclerc, 2005; Richard, 2014) avancent que ces lieux d'échange permettent aux travailleurs de verbaliser leur souffrance collective, de se réapproprier un pouvoir d'agir collectivement tout en libérant leurs émotions. Pour ce faire, à l'intérieur de ces espaces collectifs, une stratégie managériale à développer afin de structurer ces lieux d'échanges consisterait à accorder une voix à l'innovation participative. Selon Vassal (2006), le concept d'innovation participative se caractérise par la place accordée aux travailleurs dans l'évaluation de l'organisation du travail, notamment la possibilité de s'exprimer sans arrière-pensée sur les pratiques mises en place par l'organisation. Cette pratique de gestion propose l'instauration d'un climat de travail bienveillant, car comme le souligne Huez (2003),

une attitude d'écoute n'est pas suffisante à la transformation des situations de travail contraignantes. En se réappropriant le pouvoir qui leur revient, en manifestant des comportements plus humains (empathie, coopération, ouverture, etc.) dans la relation avec le personnel sur le terrain, les gestionnaires seraient plus aptes à développer des collaborations avec les intervenants professionnels tout en diminuant leur stress (Légeron, 2016). Ce défi prend tout son sens quand on considère qu'il donne la parole aux travailleurs et qu'il leur offre la possibilité d'évoluer dans une organisation du travail qui prévoit une plus grande autonomie pour s'accomplir et développer des façons novatrices de faire le travail (Alderson, 2004). Même si certains écrits stipulent que la gestion du stress, afin de réduire le taux d'absentéisme, s'avère être une responsabilité des gestionnaires, notamment celui de Dolan, Gosselin et Carrière (2007), de notre point de vue et à la lumière de toute la documentation consultée à la réalisation de ce projet, nous croyons que cette responsabilité devrait être partagée par tous les acteurs impliqués dans l'univers du travail professionnel de même que celui de l'environnement personnel, si les employeurs désirent obtenir des résultats afin de réduire les absences au travail.

CONCLUSION

Cette étude portait sur la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Les objectifs de recherche consistaient à : 1) dégager les éléments de la dimension objective se rapportant à la souffrance au travail chez les répondants, 2) dégager les éléments de la dimension subjective se rapportant à la souffrance au travail chez les répondants, 3) documenter les figures de médiation mobilisées à l'égard des dimensions objective et subjective.

À cet effet, il appert que la souffrance au travail est dynamique et s'inter-influence par de nombreux facteurs relevant de l'environnement de travail immédiat, mais aussi, des facteurs propres à l'individu. Malgré ces observations, des études scientifiques portant sur le sujet documentent des données voulant que le milieu de travail demeure une source importante de mal-être (De Gaulejac, 2011; Marchand, 2004) et qu'il existe un lien très fort entre les difficultés vécues et les stratégies défensives déployées (Bovin-Desrochers et Alderson, 2014). Cette recherche permet de constater qu'il existe vraiment de la souffrance au travail dans les rangs des intervenants professionnels en Abitibi-Témiscamingue, que cette souffrance se présente sous diverses formes et qu'elle se situe principalement au plan psychologique pour tous les répondants. Les difficultés de santé mentale dans les milieux de travail représentent l'un des enjeux d'actualité. Cette réalité apparaissant de plus en plus clairement depuis les dernières restructurations organisationnelles préoccupe des chercheurs en raison de ses impacts se répercutant dans toutes les sphères de l'individu (Harnois et Gabriel, 2000).

La souffrance au travail est en quelque sorte invisible puisqu'elle est jusqu'à un certain point abstraite et impalpable. Pourtant, quand on se penche sur les résultats de la recherche, on note que, dans certaines situations, la souffrance se voit, s'entend et se ressent. De plus, cette recherche permet de comprendre que le processus de médiation, afin de préserver l'équilibre entre les besoins des intervenants professionnels et les conditions de travail jugées difficiles, se réalise difficilement.

Pour tous les répondants, les pratiques relationnelles de gestion, notamment le manque de soutien, ont été une composante majeure de leur souffrance. D'ailleurs, on a pu constater un soutien voilé, non supportant, et une difficulté pour les gestionnaires à faire acte de médiation devant les difficultés vécues par les intervenants professionnels. Comme impacts, on obtient des conséquences dévastatrices au plan individuel, notamment des difficultés d'estime et de confiance en soi, une méfiance envers soi-même et envers son gestionnaire et une fragilité des capacités d'adaptation. En plus, pour la majorité des répondants, les intervenants professionnels sont tenus de restreindre leur espace subjectif émotionnel devant ce non-sens, d'autres font face à de la manipulation affective. Aussi, les pratiques relationnelles du collectif de travail présentent un constat similaire aux pratiques relationnelles de gestion en ce qui a trait à la relation, c'est-à-dire une relation qui ne correspond pas aux besoins des intervenants professionnels.

Par ailleurs, la démesure des exigences à l'hyperperformance comme source de souffrance expose les intervenants, peu importe la catégorie professionnelle, à se dépasser constamment, et même à aller au-delà de leurs capacités au détriment parfois de leurs propres valeurs et normes de la profession. Ainsi, on suppose que le rapport à soi-même s'avère difficile entre ce que les intervenants aspirent à être et ce qu'ils peuvent se permettre d'être, pour satisfaire les différentes attentes. Cette recherche permet également de constater, dans le mouvement de l'engagement réflexif, derrière

le processus de médiation, que les intervenants professionnels s'efforcent de mobiliser des stratégies défensives, qui, dans certains cas, sont insuffisantes à l'apparition de la souffrance. On dénombre davantage de stratégies défensives individuelles au détriment de celles déployées collectivement. Aussi, très peu de participants semblent trouver un soutien réconfortant et aidant dans la relation; chez ceux dont le soutien collectif est encore présent, la relation s'accompagne d'effets pervers et toxiques, pour certains. Cet enjeu dans la relation est alarmant puisqu'on assiste à une absence presque totale de médiation favorable non seulement entre les deux systèmes (employés, employeurs), mais aussi entre collègues de travail au sein de la même équipe. En dépit du fait que certains intervenants professionnels mettent en œuvre différentes figures de médiation, il est faux de croire qu'elles réussissent à enrayer totalement les inconforts au travail, à elles seules, sans intervention sur les déterminants structurels organisationnels. Les figures de médiation permettent néanmoins la « protection » de la santé mentale, la « prévention » de la maladie, par exemple le *burn-out*, et la « recherche de solutions ».

Dans l'ensemble, cette recherche soulève que la souffrance au travail est un passage quasi obligé dans les pratiques professionnelles. D'un point de vue organisationnel, la réalité des divers groupes professionnels relative au phénomène de la souffrance au travail exprime des difficultés de diverses natures, par exemple les environnements de travail mal adaptés, trop bruyants et non confidentiels. Ces difficultés se font ressentir particulièrement chez les orthophonistes et l'ergothérapeute. Bien que la pression vécue au travail fait l'unanimité de tous les répondants et que les exigences à la performance soient reconnues de tous, il semble que la charge de travail en psychologie soit adéquate pour le moment. Toutefois, l'expression de la souffrance en soi est similaire. Faire acte de pouvoir ensemble afin de changer la culture organisationnelle comporte son lot de défis, mais serait une stratégie intéressante pour briser l'isolement et le silence des intervenants professionnels. Forcément, une partie

des responsabilités revient aux conduites des gestionnaires. Dans les faits, il serait souhaitable que les gestionnaires puissent eux aussi reprendre du pouvoir sur leur pratique, c'est-à-dire une prise de distance en ce qui a trait aux modes de gestion et leurs impacts, voire leurs propres comportements si on veut un jour laisser place à un pouvoir plus collectivisé afin de changer le mouvement actuel, un mouvement qui dépeint des individus fragilisés adoptant des conduites individualisantes. Aussi, nous tenons à souligner la nécessité pour les gestionnaires d'accueillir les comportements de résistance tels que la dénonciation, l'agressivité, la remise en question des exigences, etc., puisque ces comportements sont souvent des stratégies défensives pour diminuer les tensions émotionnelles.

En dernier lieu, nous osons espérer que les intervenants professionnels cessent d'avoir peur de faire face à leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à la souffrance d'autrui, comme l'expliquent De Gaulejac et Hanique (2015). Cela permettrait une meilleure solidarité dans les relations de travail et empêcherait peut-être des gens de souffrir. La souffrance au travail doit devenir une discussion collective et il serait souhaitable d'institutionnaliser les dialogues et trouver ensemble des solutions aux tensions existantes si nous voulons diminuer les impacts, et ce, à tous les niveaux. Notamment, l'existence d'espaces de discussion comme lieux d'échange nous semble visiblement une avenue intéressante. Nous considérons qu'une augmentation de l'efficacité, une meilleure mobilisation dans les pratiques professionnelles, une meilleure cohésion d'équipe, par exemple, diminueraient les plaintes portant sur la souffrance au travail des praticiens. Ainsi, nous espérons que cette étude pourra voyager à travers différentes organisations dans le secteur de la santé et des services sociaux à la grandeur du Québec afin d'augmenter sa visibilité dans les espaces de travail respectifs des intervenants professionnels et des gestionnaires.

APPENDICE A

LETTRE D'INVITATION



Amos, le 22 février 2017

Objet : Invitation à participer à une étude portant sur la souffrance au travail des intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

Madame, Monsieur,

La présente recherche, réalisée dans le cadre d'études de maîtrise en travail social à l'Université du Québec de l'Abitibi-Témiscamingue (UQAT), vise à dresser un portrait de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

Votre collaboration comme intervenant professionnel œuvrant dans ce secteur d'activité est sollicitée dans le cadre de cette étude afin mieux comprendre la souffrance au travail pouvant être vécue par les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux, au moment où une reconfiguration majeure s'impose dans la plupart des établissements sociosanitaires de la région et à la grandeur du système de santé et de services sociaux québécois afin d'assurer une meilleure compréhension. Nous vous invitons à participer à un entretien individuel dont la durée est estimée à environ soixante à quatre-vingt-dix minutes.

À cet effet, pour être qualifiés à la présente étude, les intervenants professionnels doivent satisfaire les critères suivants :

- travailler dans un établissement du secteur de la santé et des services sociaux depuis au moins deux ans;
- être membre d'un ordre professionnel dans l'une des disciplines suivantes : sciences infirmières, travail social, psychoéducation, psychologie, ergothérapie, orthophonie et sciences de la nutrition;
- travailler au minimum 25 heures par semaine;

Participer à cette entrevue pourrait vous permettre de partager votre vécu au travail, de vous exprimer par rapport à différents aspects de votre vie professionnelle et sur la façon dont vous arrimer ces divers aspects.

Votre collaboration à cette étude est entièrement volontaire. Nous nous engageons à assurer la confidentialité des participants tout au long de la recherche et de la diffusion des résultats.

Si vous êtes intéressé à participer à cette recherche, nous vous invitons à entrer en contact avec Geneviève Roy aux coordonnées suivantes : 819-732-0282 ou genevieve_roy@ssss.gouv.qc.ca.

En vous remerciant à l'avance de votre participation, veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Geneviève Roy

Étudiante à la maîtrise en travail social

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Souffrance au travail : quel portrait chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

NOM DE LA CHERCHEUSE ET SON APPARTENANCE : Geneviève Roy, Travailleuse sociale et étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAT.

NOM DE LA DIRECTRICE DE RECHERCHE : Isabelle Chouinard, Ph. D. et professeure en travail social à l'UQAT.

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Aucune

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 13 DÉCEMBRE 2016

PRÉAMBULE :

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche sur la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

Le but de cette démarche est de mieux comprendre la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue afin d'en dresser un portrait global.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Notre projet de recherche se déroulera dans le secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Avec chacun des intervenants souhaitant participer à la recherche, nous réaliserons un entretien individuel portant sur la souffrance au travail. Votre implication nécessitera environ 1 heure à 1 heure 30 de votre temps. L'entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités et se déroulera en dehors du temps de travail et possibilité d'effectuer l'entrevue à votre domicile. Nous tenons également à préciser que cet entretien sera enregistré sur un support numérique audio, utilisé uniquement pour aider le travail d'analyse et sera détruit par la suite.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, votre participation pourrait vous permettre de partager votre vécu au travail, de vous exprimer par rapport à différents aspects de votre vie professionnelle et sur la façon dont vous arrimer ces divers aspects. Ainsi, vous allez par votre participation contribuer à l'avancement des connaissances.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Un inconvénient découlant de votre participation à ce projet de recherche est associé à l'impact de votre participation sur votre emploi du temps au travail. Afin de diminuer cet impact, l'entretien se déroulera au moment et à l'endroit de votre choix.

Un risque possible découlant de votre participation à ce projet de recherche pourrait consister en un stress associé au sentiment d'être jugé sur vos perceptions et la crainte qu'elles soient mal interprétées. De plus, il est possible que certaines expériences vécues face à la souffrance au travail viennent influencer votre état d'esprit. Bien que cette recherche ne vise pas l'évaluation de votre pratique et l'information obtenue ne

soit pas utilisée à cette fin, nous ne pouvons donc exclure la possibilité que les questions que nous vous poserons à propos vous causent un inconfort psychologique. Dans une telle situation, nous vous proposerons de contacter gratuitement votre programme d'aide aux employés (PAE) ou la Ligne Info-Social, en composant le 811.

Étant donné que le projet se réalise dans les établissements du secteur de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, il existe également un risque minime que vous soyez identifié. Plusieurs précautions seront prises pour éviter cette situation. Par exemple, vous ne serez jamais nommé, il sera évité de mettre dans le contenu du mémoire et des publications subséquentes des éléments pouvant permettre de vous identifier.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse responsable recueillera et consignera un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, vos coordonnées professionnelles et votre sexe
- Le contenu des enregistrements audio

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, tous les dossiers sur support papier (matériel imprimé, formulaire de consentement) seront conservés, par la responsable du projet, dans un classeur fermé à clé. Aucune donnée nominative (noms, coordonnées) ne sera informatisée (remplacement par un numéro de code) et tous les dossiers électroniques ou informatisés (fichiers informatiques, audio et écrits) seront conservés et accessibles uniquement sur le serveur sécurisé de l'UQAT. Seulement, l'étudiante-chercheuse, Geneviève Roy, et sa directrice de mémoire, Isabelle Chouinard, professeure en travail social à l'UQAT, auront accès aux informations.

À la fin du projet de recherche, vos données seront dénominalisées et les enregistrements audio seront détruits. Vos renseignements personnels et les données du projet seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par l'étudiante-chercheuse.

DROIT DU SUJET ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE :

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiendront ces informations.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Un refus ou un retrait de votre participation ne modifiera en rien vos droits et privilèges en tant qu'employé du réseau de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Si vous acceptez de participer, sachez que vous n'êtes en aucun cas obligé de répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la responsable du projet. En cas de retrait, vous avez le droit de demander la destruction des données vous concernant.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS :

L'étudiante-chercheuse et l'équipe de recherche reconnaissent ne pas être en conflit d'intérêts et elle confirme que les résultats de cette recherche ne visent pas une commercialisation.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Les données recueillies serviront à la recherche scientifique et à la réalisation du mémoire en cours portant sur la souffrance au travail. Les résultats issus de cette recherche pourront également faire l'objet d'article scientifique publié dans une revue scientifique et des communications de nature scientifique ou professionnelle pourront en découler. Un résumé synthèse des résultats vous sera transmis après le dépôt du mémoire. Pour ce faire, nous allons mettre à la disposition des participants une procédure par le courriel pour faire le recensement des personnes qui désirent recevoir un résumé.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'équipe de recherche de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser à :

Maryse Delisle
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
UQAT
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boul. de l'Université, Bureau B-309
Rouyn-Noranda (QC) J9X 5E4
Téléphone : (819) 762-0971 # 2252
maryse.delisle@uqat.ca

CONSENTEMENT :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude sur la souffrance au travail chez les intervenants professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Nom du chercheur ou agent de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

QUESTIONS :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre :

Geneviève Roy, étudiante à la maîtrise en travail social.

Téléphone : 819-732-0282

Adresse courriel : genevieve_roy@ssss.gouv.qc.ca

Merci de votre précieuse collaboration. Veuillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

APPENDICE C

GUIDE D'ENTRETIEN

Informations sociodémographiques

- Âge?
- Sexe?
- Occupation?
- Formation?
- Années d'expérience de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux?

Souffrance au travail

- Il existe plusieurs façons d'entrevoir la souffrance au travail. Qu'est-ce que la souffrance au travail selon vous?
- Comment expliquez-vous le phénomène de la souffrance au travail, souvent associé aux organisations de santé et de services sociaux?
 - o Que pensez-vous de ce constat?
 - o Pourquoi?
- J'aimerais que vous me parliez de votre expérience de travail se rapportant la souffrance au travail?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans le cadre de votre travail? (dimension objective)
- Comment vivez-vous vos conditions de travail?

- Vous sentez-vous à risque de vivre de la souffrance au travail en tant qu'intervenante au sein de l'organisation?
 - o Comment expliquez-vous cela?

Contraintes organisationnelles

- Ressentez-vous des malaises, des tensions se rapportant à votre travail? (dimension subjective)
 - o Expliquez?
 - o Quelles émotions (ou sentiments) vivez-vous dans le cadre de votre travail? (dimension subjective)
- Comment percevez-vous les attentes au sein de votre travail? (dimension objective)
 - o Et d'où viennent-elles?
- D'après vous, quelles sont les principales attentes de votre organisation? (dimension objective)
 - o Et d'où viennent-elles?
 - o Quels sont les impacts de ces attentes sur la réalisation de votre travail? (dimension subjective)
 - o Percevez-vous d'autres impacts liés à ces attentes? Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage? (dimension subjective)
- Quels sont les moyens que vous utilisez pour gérer les difficultés qui peuvent survenir dans le cadre de votre travail? (dimension subjective)

Informations complémentaires

- D'après vous, s'il y avait une chose à changer afin de prévenir l'apparition de la souffrance au travail chez les intervenants professionnels au sein de l'organisation, quelle serait-elle?
- Est-ce que vous aimeriez me parler des autres aspects que nous n'avons pas abordés? Un mot de la fin

APPENDICE D

APPROBATION ÉTHIQUE



Le 22 février 2017

Mme Geneviève Roy
Étudiante à la maîtrise en travail social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Objet : Évaluation éthique – Projet « La souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue »

Madame,

Étant donné le risque en deçà du seuil minimal pour les participants, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CÉR-UQAT) a eu recours le 16 février 2017 à la procédure d'évaluation déléguée du projet cité en rubrique, par trois de ses membres, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (article 5.5.2). Nous vous félicitons pour la qualité de présentation du projet.

À la suite de cette évaluation, le Comité d'éthique est heureux de vous délivrer le certificat attestant du respect des normes éthiques. Je vous invite cependant à prendre connaissance des commentaires qui suivent qui aurait le potentiel de contribuer positivement à l'avancement de vos travaux.

Dans le futur, je vous remercie de nous faire part de tout changement important qui pourrait être apporté en cours de recherche aux procédures décrites dans le formulaire de demande d'évaluation éthique ou dans tout autre document destiné aux participants.

En vous souhaitant tout le succès dans la réalisation de votre projet, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anais Lacasse', written in a cursive style.

Anais Lacasse, Ph.D.
Présidente du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

AL/jc

p. j. Certificat

c. c. Pre Isabelle Chouinard, directrice de recherche



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS
(CÉR)

COMMENTAIRES

Projet intitulé : « *La souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue* »

CONSIDÉRATIONS SCIENTIFIQUES

Des évaluateurs ont formulé certains commentaires concernant votre projet. Je vous les transmets à titre informatif seulement. Vous n'avez pas à répondre à ces commentaires pour obtenir le certificat éthique, mais nous souhaitons qu'ils puissent contribuer positivement à l'avancement de vos travaux.

- Nous souhaitons attirer l'attention de la chercheuse sur une considération scientifique qui est celle de déterminer à l'avance le nombre de participants (neuf participants selon la section 4.3 du formulaire de demande d'évaluation éthique). Par la nature de la recherche qui se veut qualitative, il est important de considérer le critère de saturation de données avant de décider d'arrêter la collecte de données et de limiter le nombre de participants à un effectif fixé d'avance.
- Si jamais vous ou l'équipe de recherche est confrontée à des réticences au projet, il serait toujours possible d'élargir le sujet de recherche. Plutôt que de viser la souffrance au travail (sujet sensible) vous pourriez cibler la « santé au travail » et inclure des questions liées à la souffrance mais aussi aux facteurs facilitants.

Référence : Roy, G. 2017-02



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Certificat attestant du respect des normes éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Mme Geneviève Roy

Projet intitulé : « *La souffrance au travail chez les intervenants professionnels du secteur de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.* »

Décision :

 Accepté

 Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

 Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 22 février 2018

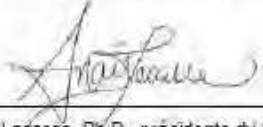
Date de dépôt rapport final : À la fin du projet.

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web du CÉR-UQAT : <http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Nabiha Benyamina Douma	Membre étudiante	Doctorat en sciences cliniques
Roxane Aubé	Membre versée en éthique	
Anaïs Lacasse	Présidente	Département des sciences de la santé

Date : 22 février 2017



 Anaïs Lacasse, Ph.D., présidente du CÉR-UQAT

RÉFÉRENCES

- Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2012). Le nouveau Management Public est-il pathogène? *Management international*, 16(3), 10-24.
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique au travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.
- Allard, M. et Bouchard, S. (2010). La recherche et l'éthique. Dans S. Bouchard et C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* (p. 483-505). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2016a, 9 juin). *L'APTS invite la population de l'Abitibi-Témiscamingue à témoigner son attachement aux CLSC* [Actualités]. Récupéré le 16 mars 2019 de https://www.apsq.com/fr/nouvelle/lapts-invite-la-population-de-labitibi-temiscamingue-a-temoigner-son-attachement-aux-clsc-3255.aspx?id_page_parent=12666
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux. (2016b, 16 décembre). *Transfert de personnel des CLSC vers les GMF : la position de l'APTS* [Actualités]. Récupéré le 1 avril 2018 de <https://www.apsq.com/fr/les-actualites.aspx?mp3158=id%3d3767>
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2017a, 28 septembre). *Rapport de la Protectrice du citoyen : échec retentissant de la réforme Barrette* [Actualités]. Récupéré le 14 juin 2019 de https://www.apsq.com/fr/nouvelle/rapport-de-la-protectrice-du-citoyen-echec-retentissant-de-la-reforme-barrette-4335.aspx?id_page_parent=12666

- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2017b, 6 octobre). *L'APTS inquiète de la privatisation des services médicaux en Abitibi-Témiscamingue* [Actualités]. Récupéré le 16 mars 2019 de https://www.apsq.com/fr/nouvelle/lapts-inquiete-de-la-privatisation-des-services-medicaux-en-abitibi-temiscamingue_4344.aspx?id_page_parent=12666
- Alliance du personnel professionnel et technique de santé et des services sociaux. (2018a). *Améliorons les conditions de pratique en mettant fin à la pression à la performance* [Actualités]. Récupéré le 16 mars 2019 de <https://www.apsq.com/fr/pression.aspx>
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2018b, 21 février). *L'APTS propose des orientations pour améliorer la santé psychologique et atténuer la détresse du personnel du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue*. [Actualités]. Récupéré le 17 mars 2019 de https://www.apsq.com/fr/nouvelle/lapts-propose-des-orientations-pour-ameliorer-la-sante-psychologique-et-attenuer-la-detresse-du-personnel-du-cisss-de-labitibi-temiscamingue_4683.aspx?id_page_parent=12666
- Alliance du personnel professionnel et technique de santé et des services sociaux. (2018c, 27 février). « *Allô y'a quelqu'un?* » [Actualités]. Récupéré le 10 mai 2018 de https://www.apsq.com/fr/nouvelle/allo-ya-quelquun--lapts-fait-entendre-la-voix-de-ses-membres_4702.aspx?id_page_parent=12577
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2013). *Le cadre multisite. Enjeu 8*. Montréal, Québec : AQESSS. Récupéré le 14 mars 2018 de http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-aqesss_enjeu8.pdf
- Aubert, N. (1990). La névrose professionnelle. Dans J.-F. Chanlat (dir.), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées* (p. 723-748). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Flammarion.
- Aubert, N. (2006). Hyperperformance et combustion de soi. *Études*, 10, 339-351.
- Aubert, N. (2008). Violence du temps et pathologies hypermodernes. *Cliniques méditerranéennes*, 78(2), 23-38.

- Aubert, N. (dir.) (2010). *La société hypermoderne. Ruptures et contradictions*. Paris : L'Harmattan.
- Aubert, N. (2017). L'intensité de soi. Dans N. Aubert (dir), *L'individu hypermoderne* (p. 97-118). Toulouse : Érès.
- Babeau, O. et Chanlat, J.-F. (2007). *XVI Conférence internationale de management stratégique. La transgression : une dimension oubliée de l'organisation. Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles*. Montréal, 6-9 juin 2007. Récupéré le 15 novembre 2018 de https://www.researchgate.net/publication/46432300_La_transgression_une_dimension_oubliee_de_l%27organisation_Les_pratiques_transgressives_comme_mediatrices_des_contradictions_organisationnelles
- Beaud, J.-P. (2009). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd.) (p. 251-283). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bellini, S., Drevet, B., Grimand, A. et Oiry, E. (2018). Les espaces de discussion : Un vecteur de régulation des paradoxes de la nouvelle gestion publique? *Revue de gestion des ressources humaines*, 107, 3-54.
- Bentayeb, N., et Goyette, M. (2013). Évaluer l'action sociale dans le cadre des exigences de la loi sur l'administration publique. Dans C. Bellot, M. Bresson et C. Jetté (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (p. 59-73). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Biron, L. (2006). La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(36), 209-224.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26 (2), 1-18.
- Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : Stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail, *Recherche en soins infirmiers*, 3(118), p. 85-96.

- Bonneville, L. (2013). Revaloriser les espaces de parole en milieu de travail pour diminuer la pression du quotidien. Dans R. Malenfant, N et Côté (dir.), *Vers une nouvelle conception de l'« idéaltype » du travailleur?* (p. 119-135). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bonneville, L. (2014). Les pressions vécues et décrites par les professeurs d'une université canadienne, *Questions de communication*, 26, 197-218.
- Boucher, Grenier et Bourque. (2017). Repositionnement des travailleuses sociales : un travail hors les murs à partir d'un modèle d'intervention concertée, *Intervention*, 146, 7-23.
- Boudoukha, A. H. (2016a). *Burn-out et stress post-traumatique*. Paris : Dunod.
- Boudoukha, A. H. (2016b). Risques psychosociaux des magistrats. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 77-85). Paris : Dunod.
- Borenstein, M. (2016). ESPT, facteurs de risques, facteurs de protection : état des lieux et prévention. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 163-180). Paris : Dunod.
- Bouquet, B. et Jaeger, M. (2011). Les mémoires de recherche, révélateurs du questionnement professionnel sur les effets des lois, les problèmes sociaux et les pratiques. *Vie sociale*, 3(3), 25-45.
- Bourdet-Loubère, S. (2006). Le harcèlement moral au travail. Dans N. Combalbert et C. Riquelme-Sénégué (dir.), *Le mal-être au travail* (p. 69-102). Paris : Presses de la Renaissance.
- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Bresson, M., Jetté, C., et Bellot, C. (dirs.) (2013). Les enjeux de la nouvelle gestion publique en travail social. Dans *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (p. 1-8). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Brun, J.-P. (2009). *Et le travail, ça va?* Québec : Université Laval.

- Brun, J.-P. (2015). *Agir sur l’empreinte humaine des changements dans le réseau de la santé*. Webinaire, février 2015. Récupéré le 9 février 2015 de www.asstsas.qc.ca/formations/webinaire/webinaires-archives.html
- Brun, J.-P. (2016). L’ampleur du problème : l’expression du stress au travail. Repéré le 25 février 2018 de <http://cgsst.com/wp-content/uploads/2016/07/Fascicule-1-Lampleur-du-probl%C3%A8me-l-expression-du-stress-au-travail.pdf>
- Brun, J.-P. et Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d’un concept riche de sens. *Gestion*, 2(30), 79-88.
- Brunelle, V. (2012). Accompagner les encadrants publics pour soutenir leur processus de subjectivation au travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1), 169-179.
- Bureau, G. (2018). *La porte de sortie? Rapport de sondage portant sur les conditions de pratique en intervention/travail social(e) québécois(e)*. RÉCIFS. Récupéré le 14 juin 2019 de https://lerecifs.org/wp-content/uploads/2018/05/La_porte_de_sortie-bilan_de_sondage.pdf
- Canouï, P. (2016). Et si l’on arrêta de s’épuiser au travail... Du burn-out des soignants ou global burn-out. Le burn-out, pourquoi, comment? Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 19-33). Paris : Dunod.
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Caron, L., Coppi, M., Théry, L. et Vasselín, A. (2011). Devant l’impossibilité de faire le travail prescrit. *Projet*, 4(323), 53-60.
- Carpentier-Roy, M.-C. (2001). *Être reconnu au travail : nécessité ou privilège?* Actes du colloque Travail, reconnaissance et dignité humaine. Montréal, novembre 2000, pp. 7-19.
- Cazabet, S., Barthe, B. et Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d’une même réalité? Étude exploratoire dans un service de gérontologie, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 1-10. Récupéré le 15 mai 2017 de <https://www.irit.fr/publis/IC3/Cazabat.Barthe.Cascino.SELF.06.pdf>

- Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*. Rouyn-Noranda, Québec : CISS-AT. Récupéré le 14 mai 2019 de https://www.ciiss-at.gouv.qc.ca/partage/RAPPORTS-ANNUELS/2015-2016_RAPPORT_ANNUEL.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2015, décembre). Réorganiser pour assurer une gestion optimale des dossiers. *L'INTERCOM*, p. 5. Récupéré le 15 mai 2019 de https://www.ciiss-at.gouv.qc.ca/partage/INTERCOM/2015/2015-12_INTERCOM_VOL1_NO3.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2018, septembre). Programme d'aide aux employés (PAE). Rapport statistique au 1er trimestre 2018, *L'INTERCOM*, p. 28. Récupéré le 28 avril 2019 de https://www.ciiss-at.gouv.qc.ca/partage/INTERCOM/2018/2018-09_INTERCOM_VOL4_NO7.pdf
- Chamberland, M., Chammas, G., Chénard, J., Grenier, J., Devault, A., St-Germain, L., et Thibault, S. (2018). L'écrit réflexif dans les séminaires de stage en travail social. Dans A. Araujo-Oliveira., I. Chouinard et G. Pellerin (dir.), *L'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers relationnels. Perspectives plurielles* (p. 39-59). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chanlat, J.-F. (2013). *Vers une nouvelle éthique des relations dans les organisations*. Dans J.-F. Chanlat (dir.), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées* (p. 769-775). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Charazac, V. (2010). Le néolibéralisme au mépris du collectif. *Connexions*, 2(94), 121-133.
- Charrier, P. et Hirschelmann, A. (2016). De quoi la souffrance au travail est-elle l'objet? Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 201-211). Paris : Dunod.
- Chénard, J. et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens, *Intervention*, 136, 18-29.

- Chouinard, I. (2018). Les processus médiateurs dans la pratique professionnelle du travailleur social : logiques, sémantiques et enjeux. Dans A. Araùjo-Oliveira., I. Chouinard et G. Pellerin (dir.), *L'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers relationnels. Perspectives plurielles* (p. 159-186). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- Combalbert, N. et Armand, M. (2016). Interventions psychosociales et rôle du management en matière de prévention des RPS au travail. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 147-163). Paris : Dunod.
- Cormier, S. (2011). *Dénouer les conflits relationnels en milieu de travail*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Côté, N. (2013). Rencontre entre l'idéaltype du travailleur et l'idéal de travail. Dans R. Malenfant et N. Côté (dir.), *Vers une nouvelle conception de l'« idéaltype » du travailleur?* (p. 49-71). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Couturier, Y. et Legault, B. (2002). Du doute identitaire à la complexité de la tâche. Réflexion pour repenser la question de l'estime de soi professionnelle des travailleurs sociaux et travailleuses sociales. *Intervention, 115*, 57-63.
- Daloz, L., Balas, M.-L. et Bénony, H. (2007). Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burn-out : une exploration qualitative. *Santé mentale au Québec, 32*(2), 83-96.
- Dardot, P. (2011). La subjectivation à l'épreuve de la partition individuel-collectif. *Revue du MAUSS, 2*(38), 235-258.
- d'Argenson, P. (2010). Souffrance au travail : ce qui a changé. *Le Débat, 4*(161), 105-115.
- Davezies, (2007). Intensification : danger, le travail rétréci, *Santé et Travail, 57*, 30-33.
- Debout, M. et Vasquez, L. (2016). Troubles psycho-relationnels au travail : pourquoi les reconnaître en maladies professionnelles. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 45-52). Paris : Dunod.

- De Gaulejac, V. (2009). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.
- De Gaulejac, V. (2010a). La NGP : nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 83-98.
- De Gaulejac, (2010b). Le sujet face aux contradictions de la société hypermoderne. Dans N. Aubert (dir.), *La société hypermoderne. Ruptures et contradictions* (p. 35-44). Paris : L'Harmattan.
- De Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Seuil.
- De Gaulejac, V. (2017). Le sujet manqué. L'individu face aux contradictions de l'hypermodernité. Dans N. Aubert (dir.), *L'individu hypermoderne* (p. 177-198). Toulouse : Érès.
- De Gaulejac, V. et Mercier, A. (2012). *Manifeste pour sortir du mal-être au travail*. Paris : Desclée de Brouwer.
- De Gaulejac, V. et Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*. Paris : Seuil.
- Dejours, C. (2004). Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation? *Travailler*, 1(11), 25-40.
- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail. *Actuel Marx*, 1(39), 123-144.
- Dejours, C. (2007). Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'Information psychiatrique*, 83(4), 269-275.
- Dejours, C. (2013). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. Dans J.-F. Chanlat (dir.), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées* (p. 687-708). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Dejours, C. (2015). *Travail, usure mentale. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard.
- Dejours, C. et Garnet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(13), 75-91.

- Demailly, L. (2006). La « psychologisation » des rapports sociaux comme thématiques sociologique. Dans M. Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités* (p. 35-50). Paris : L'Harmattan.
- Deranty, J.-P. (2011). Travail et expérience de la domination dans le néolibéralisme contemporain. *Actuel Marx*, 1(49), 73-89.
- Déry, F. (2018). *Être homme, infirmier et heureux : Les stratégies de vingt infirmiers en centre hospitalier pour composer avec la souffrance au travail* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Laval.
- Deschamps, F. et Boulanger-Deschamps, S. (2011). *Les 50 principales maladies professionnelles environnementales émergentes*. Paris : Ellipses Marketing.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80.
- Detchessahar, M. et Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... Malade de « gestionnisme ». *Eska*, 4(98), 27-37.
- Dolan, S. L., Gosselin, E. et Carrière, J. (2007). Origines du stress, les effets néfastes du stress, programme d'intervention. Dans S. L. Dolan, E. Gosselin et J. Carrière (dir.), *Psychologie du travail et comportement organisationnel* (p. 312-326). Montréal : Chenelière Éducation.
- Dubar, C. (2000). *La crise des identités. Interprétation d'une mutation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dujarier, M.-A. (2006). *L'idéal au travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dupuis, A. et Farinas, L. (2010). Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 51-65.
- Durat, L. et Bartoli, A. (2014). La face cachée des risques psycho-sociaux : pour une requalification managériale et organisationnelle. *Gestion et management public*, 3(1), 17-43.
- Edey Gamassou, C. (2004). Prévenir le stress professionnel et promouvoir l'implication au travail, un enjeu des gestions des ressources humaines. *Les cahiers du CERGOR*, 1(4), 2-23. Récupéré le 17 juillet 2016 de http://cergors.univ-paris1.fr/docsatelecharger/edey_cahier_cergor.pdf

- Edey Gamassou, C. et Moisson-Duthoit, V. (2012). Le travail des professionnels de la relation d'aide : jongler avec les gratifications et des souffrances. *Gestion*, 37(2), p. 65-71.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2011). Souffrir au travail : purger les passions ou ouvrir la voie à l'action? *Esprit*, 10, 148-157.
- Fort, E., Lobies, P. et Bergeret, A. (2011). Phénomène de rupture professionnelle chez des salariés en consultation en service de maladie professionnelle. Analyse factorielle et classification. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 72(5), 426-438.
- Foucart, J. (2004). La souffrance : un enjeu social contemporain, *Pensée plurielle*, 2(8), 7-20.
- Front commun 2015. (2014). Améliorer la qualité de vie au travail. Récupéré le 24 avril 2018 de <http://frontcommun.org/materiel/brochure-ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail/#fullend>
- Gagnon, D. (2018). Les travailleurs sociaux et la régulation de leur pratique en contexte de réseau de services intégrés destinés aux aînés. Dans A. Araújo-Oliveira., I. Chouinard et G. Pellerin (dir.), *L'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers relationnels* (p. 91-110). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Girard, D. (2009). Conflits de valeurs et souffrance au travail. *Éthique publique*, 11(2), 129-138.
- Giust-Desprairies, F. et Giust-Ollivier, A.-C. (2010). La fabrication du risque psychosocial ou la neutralisation de la conflictualité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 29-40.
- Gonin, A., Grenier. et Lapierre, J.-A. (2012). Impasses éthiques des politiques sociales d'activation 1, *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 166-186.
- Glarnier, T. (2014). Agir et art de faire. Répercussions sur le développement identitaire des assistants sociaux. *Phronesis*, 3(3), 63-77.

- Gollac, M. et Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, 4-17.
- Grenier, C. (2015). *L'aide mutuelle comme source de soutien social au travail* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Récupéré de <http://www.archipel.uqam.ca/8148/1/M13839.pdf>
- Grenier, J. et Bourque, M. (2016). Les politiques publiques et les pratiques managériales : impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle, *Forum*, 1(147), 8-17.
- Grenier, J. et Chénard, J. (2013). Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse. *Intervention*, 138, 56-71.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux* [Rapport de recherche]. Coalition Santé et Services sociaux. Récupéré le 5 octobre 2016 de http://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS_Demantelement_Progressif.pdf
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion? *Intervention*, 144, 9-20.
- Grenier, J., Bourque, M. et Boucher, Yvon. (2018). Défis pour les travailleuses sociales : participer au renouvellement des pratiques sociales dans un contexte de performance au travail. *Intervention*, 147, 3-14.
- Harnois, G. et Gabriel, P. (2000). *Mental health and work : Impact, issues and good practices*. Genève : International Labour Organisation.
- Haroche, C. (2017). Manières d'être, manières de sentir de l'individu hypermoderne. Dans N. Aubert (dir.), *L'individu hypermoderne. Ruptures et contradictions* (p. 31-49). Toulouse : Érès.
- Herman, G. (2007). Chômage et santé mentale : quels effets, quelles explications? Dans G. Herman (dir.), *Travail, chômage et stigmatisation. Une analyse psychosociale* (p. 65-97). Bruxelles : De Boeck.
- Hirigoyen, M.-F. (2017). *Le harcèlement moral au travail*. Paris : Presses universitaires de France.

- Hirigoyen, M.-F. (2016). Le harcèlement moral, un symptôme de la société moderne. Dans R. Coutanceau, R. Benmegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 253-254). Paris : Dunod.
- Huez, D. (2003). Souffrances invisibles et dépressions professionnelles. Mettre l'organisation du travail en délibération. *Travailler*, 2(10), 39-55.
- Ipsos Reid (2012). *Sondage sur la santé et la sécurité psychologiques*. Récupéré le 28 juin 2015 de <http://www.strategiesdesantementale.com>
- Jalette, P., Grenier, J.-N. et Hains-Pouliot, J. (2012). Restructuration de la fonction publique québécoise : configuration et conséquences disparates, *Relations industrielles*, 67(4), 567-589.
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. New York : Basic Books.
- Kirouac, L. (2007). La brûlure professionnelle : vente de soi et sentiment de sa perte. *Cahiers de recherche sociologique*, 43, 77-91.
- Kirouac, L. (2012). Du surmenage professionnel au burn-out : réponses sociales et issues individuelles aux difficultés du travail d'hier et d'aujourd'hui, *Lien social et Politiques*, 67, 51-66.
- Kirouac, L. (2015). *L'individu face au travail-sans-fin. Sociologie de l'épuisement professionnel*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Kohn, L. et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances, *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII (4), 67-82.
- Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H. et Fillion., L. (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. *Éthique publique*, 11(2), 19-30.
- Laloy, D. et Fusulier, B. (2008). Travailler le social dans un cadre organisationnel « modulaire » : quelles implications pour l'articulation des temps de vie? *Pensée plurielle*, 2(18), 21-30.

- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificités des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Bernard Malo, F. et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2), 164-180
- Larivière, C. (2012). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation de réseau public? *Intervention*, 136, 30-40.
- Larivière, C. (2013). Le mieux-être des travailleurs sociaux au travail. *Reflets*, 19(2), 72-84.
- Le Bezvoët, E. (2007). L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet? *Le journal des psychologues*, 9(252), 29-34.
- Leclerc, C. (2005). Intervenir contre le harcèlement au travail : soigner et sévir ne suffisent pas. *Pistes : perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7(3), 1-25.
- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84(9), 809-820.
- Légeron, P. (2016). Le cadre, acteur de santé au travail. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 231-240). Paris : Dunod.
- Lemire Auclair, E. (2016). Réduire la dissonance : le défi des travailleuses sociales en milieu institutionnel, *Intervention*, 144, 5-8.
- Lemitre, S. (2016). Penser le travail. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 87-98). Paris : Dunod.
- Leruse, L., Di Martino, I., Malaise, N., Firket, P., Jaminon, V. et Paradowski, M. (2004). Le stress au travail, facteurs de risque, prévention, évaluation, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Belgique, p. 15 à 30. Récupéré le 17 juillet 2017 de <http://www.deparisnet.be/PSY/Publication/le%20stress%20au%20travail.pdf>

- Lethielleux, L. (2004). *La mesure d'une réussite d'une fusion par le syndrome du survivant. La GRH mesurée!* Actes du Congrès de l'Association francophone de gestion des ressources humaines, 1^{er} au 4 septembre, UQAM, p. 2619-2637.
- Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions*, 1(91), 85-101.
- Lhuilier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 11-28.
- Linhart, D. (2011). De la domination et de son déni. *Actuel Marx*, 1(49), 90-103.
- Linhart, D. (2015). Quand l'humanisation du travail rend les salariés malades. *Connexions*, 1(103), 49-60.
- Litim, M. et Castejon, C. (2010). Protéger la santé des travailleurs : pour que la mission du CHSCT ne devienne pas impossible. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 139-150.
- Loriol, M. (2012). *La construction du social : souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress. Des conclusions scientifiques. Une présentation facile*. Québec : Au Carré.
- Maisonneuve, C. (2019). Mot de la présidente de l'ORIIAT. Dans *Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue*. Récupéré le 26 septembre 2019 de <http://www2.oiiq.org/lordre/ordres-regionaux/abitibi-temiscamingue/mot-de-la-presidente>
- Marc, J., Grosjean, V. et Marsella, M.-C. (2011). Dynamique cognitive et risques psychosociaux : isolement et sentiment d'isolement au travail. *Le travail humain*, 74(2), 107-130.
- Maranda, M.-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 218-242.
- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale : Une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal.

- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 45(3), 469-497.
- Martuccelli, D. (2005). Critique de l'individu psychologique. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 43-64.
- Martuccelli, D. (2007). L'ère des états d'âme : le sentimentalisme sans solidarité concrète, *Cahiers de recherche sociologique*, 43, 47-59.
- Melchior, J.-P. (2011). De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 5(167), 123-130.
- Mercure, D. et Vultur, M. (2012). Réponse. Pour une critique en phase avec les nouvelles réalités du monde du travail. *Recherches sociographiques*, 53(1), 182-200.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*. Québec : MSSS. Récupéré le 17 mars 2019 de https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_16-102-01W_MSSS.pdf
- Miossec, Y., Donnay, C., Pelletier, M. et Zittoun, M. (2010). Le développement du métier : une autre voie de prévention des risques psychosociaux? L'exemple d'une coopération entre médecins et psychologues du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 195-208.
- Moisson-Duthoit, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. *Forum*, 3(149), 35-43
- Molina, Y. (2014). Nouvelle gestion publique et recomposition professionnelle dans le secteur social. *Pensée plurielle*, 2(36), 55-66.
- Molinier, P. (2006). Incidences des nouvelles organisations du travail sur la santé mentale. Dans P. Molinier (dir.), *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail* (p. 262-266). Paris : Payot.
- Molinier, P. (2010). Souffrance, défenses et reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 99-110.
- Molinier, P. et Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 1(129), 51-66.

- Montreuil, E. (2016). Comprendre les transformations du monde du travail pour prévenir les risques psychosociaux : le cas du *lean management*. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 181-199). Paris : Dunod.
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Études et recherches, Rapport R-543, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (IRSST). Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail.
- Morin, EM. Et Gagné, C. (2009). Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique. Études et recherches/Rapport R-624, Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Morneau Shepell (2014). *Rapport sur les priorités en matière de santé mentale au travail 2015* [Rapport de recherche]. Récupéré le 9 août 2015 de <https://www.strategiesdesantementale.com/SupportingContent/Index>
- National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH] (2008). *Exposure to Stress. Occupational Hazards in Hospital*. Number 2008-136. [PDF]. Récupéré le 10 mai 2015 de <http://www.cdc.gov/niosh>
- Otero, M. (2012). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Boréal.
- Ouellet, F. et Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M-C. Saint-Jacques, D. Turcotte et Équipe de collaborateurs (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 71-89). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Pauchant, T., et Mitroff, I. (dirs.) (1995). Le niveau existentiel : L'individu et ses défenses. Dans *La gestion des crises et des paradoxes* (p. 87-101). Montréal : Québec Amérique
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Pelchat Y., Malenfant, R., Côté, N. et Bradette, J. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation. Rapport de recherche*. Équipe RIPOST, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, Centre affilié universitaire, Québec. En ligne, <www.cchvdr.qc.ca/Publications/Publications_F.html>
- Pelchat, Y. (2010). L'appel à la participation : une vision privatisée de l'inégalité? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 114-129.
- Pérrilleux, T. (2003). « La subjectivation du travail », *Déviance et société*, 27(3), 243-255.
- Pérrilleux, T. (2010). Affaire et consistance existentielle. Les visées d'une clinique du travail. Dans Y. Clot et D. Lhuilier (dir.), *Travail et santé. Ouvertures cliniques* (p. 51-63). Toulouse : Érès.
- Pezé, M. (2010). Création d'un réseau de consultation « Souffrance et travail » : riposte collective aux pathologies de la solitude. Dans Y. Clot et D. Lhuilier (dir.), *Travail et santé. Ouvertures cliniques* (p. 211-219). Toulouse : Érès.
- Pezé, M. (2014). *Je suis debout bien que blessée. Les racines de la souffrance au travail*. Paris : Josette Lyon.
- Pezé, M. (2016). Les femmes dans l'organisation du travail en France : entre peur et courage. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi, S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 111-129). Paris : Dunod.
- Pezé, M. (2017). *Le burn-out pour les nuls*. Paris : First.
- Poirier, M. (2000). La dure réalité des intervenants en santé mentale. *Équilibre en tête*, 14 (3), 2-6.
- Poisson, C., Alderson, M., Caux, C. et Brault, I. (2014) La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, 2(117), 65-74.

- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-210). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux, *Informations sociales*, 2(152), 60-68.
- Raybois, M. (2010). Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question? *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 71-81.
- Rhéaume, J. (2010). Le travail comme injonction identitaire ou source de marginalisation et d'exclusion. Dans N. Aubert (dir.), *La société hypermoderne. Ruptures et contradictions* (p. 68-82). Paris : L'Harmattan.
- Rhéaume, J. (2017). L'hyperactivité au travail : entre narcissisme et identité. Dans N. Aubert (dir.), *L'individu hypermoderne* (p. 119-138). Toulouse : Érès.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S. et Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux. Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 151-164.
- Richard, S. (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique. *Reflets*, 19(2), 111-139.
- Richard, S. (2014). *L'impact des normativités organisationnelles et professionnelles sur la santé psychique des travailleurs sociaux : Enjeux pour la pratique du travail social* (Thèse de doctorat). Université Laurentienne en Ontario.
- Richard, S. et Mbonimpa, M. (2013). La souffrance psychique et morale au travail — Enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux. *Reflets*, 19(2), 10-24.
- Richard, S. et Laflamme, S. (2016). La santé psychique des travailleuses sociales du Québec et de l'Ontario. *Intervention*, 144, 55-70.
- Rosa, H. (2014). *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris : La Découverte.

- Ruta, S. (2003). Travail en transition, santé mentale et conditions de travail. Québec : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Sarnin, P., Bobillier-Chaumon, M.-É., Curvillier, B. et Grosjean, M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée. *Bulletin de psychologie*, 65-3 (519), 251-262.
- Saunder, L. (2016). De la souffrance au bien-être au travail. Le bien-être au travail : un *must* et non un *nice to have!* Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 3-17). Paris : Dunod.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, hors-série Actes de colloque numéro 5, 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de donnée* (5^e éd.) (p. 337-355). Québec : Presses universitaires du Québec.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Soares, A. (2010). *La santé mentale de la gestion*. Rapport pour le CSSS Ahuntsic-Montréal Nord. [PDF] Récupéré le 17 septembre 2017 de http://www.angelo-soares.ca/rapports/Rapport_CSSSAMN_Soares.pdf
- Soulet, M.-H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*, 2(10), 49-59.
- St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. et Manseau, S. (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Direction Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique, p. 1-30. Récupéré le 24 septembre 2017 de <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf>
- St-Arnaud, D. et Pelletier, M.-E. (2013). *Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi – Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique*. Études et recherches/Guide technique RG-758. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail.

- Therriault, P.-Y., Streit, U. et Rhéaume, J. (2004). Situation paradoxale dans l'organisation du travail : une menace pour la santé mentale des travailleurs, *Santé mentale au Québec*, 29(1), 173-200.
- Tirmarche, O. (2016). Comment les organisations fabriquent du stress et l'économisent. Dans R. Coutanceau, R. Bennegadi et S. Bornstein (dir.), *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif* (p. 99-110). Paris : Dunod.
- Truchot, D. (2004). Le burn-out : état et processus. Dans D. Truchot (dir.), *Épuisement professionnel et burn-out. Concepts, modèles, interventions*, (p. 20-32). Paris : Dunod.
- Vachon, J-F. (2018). « La majorité de nos membres veulent quitter la profession », Récupéré le 24 avril 2018 de <https://www.lafrontiere.ca/actualites/2018/1/15/-la-majorite-de-nos-membres-veulent-quitter-la-profession-.html>
- Van Campenhouldt, L. et Quivy, R. (2011). Comparaison des forces et des limites des principales méthodes de collectes de données. Dans R. Quivy et L. Van Campenhouldt (dir.), *Manuel de recherche en science sociale*. Paris : Dunod.
- Van der Maren, J.-M. (2014). *La recherche appliquée pour les professionnels. Éducation, (para) médical, travail social*. Bruxelles : De Boeck.
- Vassal, O. (2005). Ce qu'il faut en déduire. Dans O. Vassal (dir.), *Crise de sens. Défis du management* (p. 169-183). Paris : Village Mondial.
- Vézina, M. (2010). *Santé mentale au travail : répondre à des besoins humains fondamentaux*. Dans Y. Clot et D. Lhuilier (dir.), *Travail et santé. Ouvertures cliniques* (p. 169-188). Toulouse : Érès.
- Vézina, M. et Malenfant, R. (1995). *Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail*. Actes du colloque Les aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail, Montréal, mai 1994, p. 5-9 et 11.
- Vézina, M. et St-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, 1(25), 119-128.

- Vézina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A. et Arcand, R. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Vézina, M., St-Arnaud, L. Stock, S., Lippel, K. et Funes, A. (2011a). Santé mentale, Chapitre 9, p. 591-646. Dans *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail 2007-2008 (EQCOTESST)*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail.
- Vézina, M., Stock, S., St-Arnaud, L. et Funes, A. (2011b). Santé générale, Chapitre 6, p. 401-443. Dans *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail 2007-2008 (EQCOTESST)*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail.

