

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 9 |
| CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE | 11 |
| 1.1 PROBLÉMATIQUE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL..... | 11 |
| 1.2 LA DÉFINITION | 12 |
| 1.3 LES SYMPTÔMES | 13 |
| 1.4 DISTINCTION ENTRE ÉPUISEMENT ET DÉPRESSION..... | 15 |
| 1.5 L'ESTIME DE SOI ET L'ÉPUISEMENT | 17 |
| 1.6 LES FACTEURS DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL | 18 |
| 1.7 ABSENCE AU TRAVAIL..... | 19 |
| 1.8 TRAITEMENT | 22 |
| 1.8.1 TRAITEMENTS CONVENTIONNELS..... | 22 |
| 1.9 THÉRAPIE BRÈVE..... | 24 |
| 1.10 LES RESSOURCES..... | 33 |
| 1.11 OBJECTIF DE LA RECHERCHE | 34 |
| 1.12 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE | 35 |
| CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE | 36 |
| 2.1 DEVIS EXPÉRIMENTAL..... | 36 |
| 2.2 PROCÉDURE | 37 |
| 2.2.1 ESTIMATION DE LA POPULATION | 37 |
| 2.2.2 RECRUTEMENT DES SUJETS | 38 |
| 2.2.2.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION..... | 39 |
| 2.2.3 GROUPE EXPÉRIMENTAL / GROUPE TÉMOIN..... | 40 |
| 2.2.3.1 GROUPE TRAITEMENT..... | 40 |
| 2.2.3.2 GROUPE TÉMOIN..... | 40 |
| 2.2.4 VARIABLES..... | 41 |
| 2.2.4.1 VARIABLE INDÉPENDANTE | 41 |
| 2.2.4.2 VARIABLES DÉPENDANTES | 41 |
| 2.2.5 INSTRUMENTS DE MESURE..... | 42 |
| 2.2.5.1 ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL..... | 42 |
| 2.2.5.2 HUMEUR DÉPRESSIVE..... | 43 |
| 2.2.5.3 ESTIME DE SOI | 44 |
| 2.2.5.4 TEMPS D'ABSENCES AU TRAVAIL..... | 45 |
| 2.2.5.5 QUESTIONNAIRE DE SOCIO-ÉCONOMIQUE..... | 46 |
| 2.2.6 DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE..... | 46 |
| 2.2.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES..... | 48 |
| 2.2.7.1 ÉTUDE AU PLAN SCIENTIFIQUE | 48 |
| 2.2.7.2 CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ..... | 49 |
| 2.2.7.3 DISCRIMINATION..... | 50 |
| CHAPITRE III : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS..... | 51 |
| 3.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS | 51 |
| 3.2 DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PARTICIPANTS..... | 51 |
| 3.3 ANALYSE DES VARIABLES DÉPENDANTES | 56 |
| 3.3.1 ANALYSE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL, MBI | 56 |
| 3.3.1 ANALYSE DE L'INVENTAIRE DE LA DÉPRESSION DE BECK | 58 |
| 3.3.2 ANALYSE DE L'ESTIME DE SOI | 59 |
| 3.4 ANALYSE DU MAINTIEN DES CHANGEMENTS | 62 |
| 3.5 ABSENCE AU TRAVAIL POUR CAUSE D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL | 64 |
| 3.6 CORRÉLATION DES VARIABLES | 65 |
| 3.7 INTERVENTION EN THÉRAPIE BRÈVE..... | 66 |
| CONCLUSION | 86 |

| | |
|---|------------|
| CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS..... | 87 |
| 4.1 OBJECTIF PRINCIPAL DE LA RECHERCHE..... | 87 |
| 4.2 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE..... | 88 |
| 4.2.1 HYPOTHÈSE 1..... | 88 |
| 4.2.2 HYPOTHÈSE 2 :..... | 90 |
| 4.2.3 HYPOTHÈSE 3 :..... | 91 |
| 4.2.4 HYPOTHÈSE 4 :..... | 92 |
| 4.2.5 HYPOTHÈSE 5 :..... | 93 |
| 4.3 LIMITES DE L'ÉTUDE ET SUGGESTIONS DE RECHERCHES FUTURES..... | 94 |
| 4.4 RETOMBÉES PRÉVUES..... | 96 |
| 4.5 PORTÉE DE LA RECHERCHE..... | 96 |
| CONCLUSION..... | 98 |
| REMERCIEMENTS..... | 100 |
| RÉFÉRENCES..... | 102 |
| ANNEXE I | |
| CERTIFICAT D'ÉTHIQUE..... | 116 |
| ANNEXE II | |
| PUBLICITÉ..... | 123 |
| ANNEXE III | |
| FORMULAIRE DE CONSENTEMENT..... | 125 |
| ANNEXE IV | |
| QUESTIONNAIRE SOCIO-ÉCONOMIQUE..... | 132 |
| MBI : MASLACH BURNOUT INVENTORY..... | 132 |
| ANALYSE DE L'ESTIME DE SOI..... | 132 |
| INVENTAIRE DE BECK..... | 132 |
| ANALYSE DES TESTS | |
| INVENTAIRES DE L'ESTIME DE SOI SANS ASPECT CULTURE, ADULTES | |
| INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK..... | 147 |
| ANNEXE V | |
| ANALYSE DE VARIANCE HOTELLING, ÉGALITÉ DES GROUPE..... | 149 |
| TABLEAU A.1 | |
| ANALYSE DE LA VARIANCE MULTIVARIÉ DE TYPE HOTELLING ^T ² | 150 |
| ANNEXE VI | |
| TEST DE CORRÉLATION..... | 151 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| TABLEAU 1.1 | |
| ÉVOLUTION DU RATIO PAR SECTEUR D'EMPLOI | 21 |
| TABLEAU 2.1 | |
| PROTOCOLE DE RECHERCHE | 37 |
| TABLEAU 2.2 | |
| DESCRIPTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX PARTICIPANTS À LA RECHERCHE ANNÉE 2002-2003 | 38 |
| TABLEAU 3.1 | |
| CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES DES GROUPES | 53 |
| TABLEAU 3.2 | |
| CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES | 55 |
| TABLEAU 3.3. | |
| SCORES* D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL AU MBI..... | 57 |
| TABLEAU 3.4 | |
| COMPARAISON DES RÉSULTATS* À L'INVENTAIRE DE LA DÉPRESSION DE BECK..... | 59 |
| TABLEAU 3.5 | |
| ÉCHELLE D'ESTIME DE SOI – ROSENBERG..... | 60 |
| TABLEAU 3.6 | |
| INVENTAIRE DE L'ESTIME DE SOI SANS L'ASPECT CULTUREL | 61 |
| TABLEAU 3.7 | |
| ANALYSE DE COVARIANCE (ANCOVAS) INVENTAIRE DE L'ESTIME DE SOI SANS L'ASPECT CULTUREL | 62 |
| TABLEAU 3.8 | |
| TEST T APPARIÉS DES VARIABLES DÉPENDANTES GROUPE TRAITEMENT | 63 |

THÉRAPIE BRÈVE AUPRÈS DE TRAVAILLEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Résumé

Dans les milieux hospitaliers, une personne sur deux vit un niveau élevé de détresse psychologique et, parmi les employés en épuisement professionnel réinsérés au travail, le taux de rechute au cours de la première année atteint à 23 % (Sun Life Canada, 1999). En outre, l'ampleur de ce problème se reflète bien dans les statistiques d'absentéisme où les problèmes de santé psychologiques constituent 39 % du total des absences. À ce jour, la littérature ne rapporte aucune recherche décrivant le mode de traitement de l'épuisement professionnel et mesurant son efficacité auprès des travailleurs de la santé et des services sociaux.

Afin d'évaluer une démarche thérapeutique efficace et préventive, nous offrons une thérapie brève – environ 6 séances en individuel – à des travailleurs présentant les symptômes de l'épuisement professionnel et toujours présents au travail (groupe traitement). Des mesures sont prises avant le début de la thérapie, immédiatement après la dernière séance et six mois plus tard à l'aide des quatre tests suivants : le Maslach Burnout Inventory (MBI), le Rosenberg (estime de soi), l'Inventaire de Beck (dépression) et l'Analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel. Les participants au groupe traitement sont comparés à ceux d'un groupe témoin constitué de travailleurs du réseau de la santé qui présentent aussi les symptômes de l'épuisement professionnel, tout en étant présents au travail au moment de l'étude.

Les résultats obtenus montrent que la thérapie brève diminue significativement les symptômes de l'épuisement professionnel et augmente l'estime de soi. Ils confirment en outre que cette amélioration se maintient après six mois de la fin du traitement. Enfin, le groupe traitement présente moins de jours d'absence. En conclusion, cette étude permet d'identifier des moyens thérapeutiques concrets et efficaces pour aider les travailleurs du réseau de la santé en épuisement professionnel.

Mots clés : épuisement professionnel (*burnout*), thérapie brève, estime de soi, professionnels de la santé

INTRODUCTION

L'épuisement professionnel touche entre 10 et 15% des professionnels de la santé et des services sociaux au cours de leur vie active (Vézina et al., 1992; Miller et al., 1995). Selon la plus récente enquête de Santé Québec (1998), 20 % de la population du Québec vit un niveau élevé de détresse psychologique. Cette étude porte sur l'évaluation de la santé mentale au travail de 10640 travailleurs dans les milieux hospitaliers. Elle révèle qu'un individu sur deux présente un niveau élevé de détresse psychologique. Ce pourcentage élevé d'individus en détresse psychologique confirme l'ampleur du problème. Il concorde d'ailleurs avec les statistiques d'absentéisme qui montrent que les problèmes de santé psychologiques constituent 39 % du total des absences (Brun et al., 2002).

Ici, les facteurs de risque d'épuisement professionnel résident dans le fait que ces travailleurs constituent leur propre outil de travail et qu'ils œuvrent en permanence auprès d'une clientèle en situation de problèmes (Vanier, 1999). Le travailleur développe graduellement des symptômes qui l'amène à l'épuisement professionnel (Maslach et Jackson, 1982b; Dion, 1992). Ce problème diminue l'estime de soi et fragilise l'individu au plan émotionnel (Peeters et al., 1999). Bien que depuis les trois dernières décennies, les troubles d'épuisement professionnel soient de plus en plus répandus, il existe peu de recherche relative au mode de traitement. En outre, parmi les employés en épuisement professionnel réinsérés au travail, le taux de rechute au cours de la première année atteint 23% (Sun Life Canada, 1999).

Cette recherche s'inscrit dans une perspective de prévention clinique, puisqu'elle étudie l'effet du traitement de la thérapie brève (ou stratégique) auprès des personnes toujours au travail au moment de l'étude mais présentant les symptômes de l'épuisement professionnel. L'objectif de cette recherche vise donc à mesurer l'efficacité de ce traitement auprès des individus vivant un épuisement professionnel et qui continuent de travailler dans le réseau de la santé.

Le présent mémoire comporte quatre chapitres. Le premier présente la problématique, les facteurs d'influence, les traitements ainsi que la thérapie brève. Le second chapitre décrit les aspects méthodologiques : sélection des candidats, instruments de mesure et déroulement de la recherche. La présentation des résultats au troisième chapitre est suivie de la discussion des données obtenues.

CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Problématique de l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel constitue la cause première de l'absentéisme au travail, dans le secteur de la santé et des services sociaux (Sun life, 1999). Dans une enquête réalisée en 1997, 38 % des travailleurs du réseau de la santé affirment que la réorganisation de ce réseau a affecté leur état de santé mentale. Le ministère de la santé et des services sociaux estime que l'équivalent de 10 500 travailleurs de son réseau s'absentent à temps plein au cours d'une année pour cause de maladie, dont 41 % pour un problème de santé mentale (Ministère Santé et Services Sociaux, 2001). Les travailleurs des réseaux de santé et services sociaux représentent le secteur d'emploi détenant le plus haut niveau de détresse psychologique. Ainsi, 39 % de ces travailleurs manifestent de la détresse psychologique (Brun et al., 2002). Par comparaison, la moyenne des travailleurs canadiens souffrant de détresse psychologique se situe à 20% (Statistique Canada, 2003). Plusieurs chercheurs identifient le domaine de la santé et des services sociaux comme le secteur d'emplois le plus à risque. La principale raison découle du fait que ces travailleurs sont constamment confrontés à des stressors émotionnels et interpersonnels propres à la relation professionnelle-patient ayant des exigences élevées (Maslach et al, 2001). Un rapport du Ministère de la santé et des services sociaux (2001) révèle que les coûts directs en assurance salaire pour la santé mentale de ses travailleurs s'élèvent à plus de 165 millions de dollars par années. Les problèmes de santé mentale rencontrés concernent essentiellement l'épuisement professionnel et la dépression (Rapport de la Commission Clair 2000, p112)

L'importance de ces coûts humains souligne l'urgence d'intervenir et d'instaurer au sein des organisations des programmes de prévention d'épuisement professionnel afin d'accroître le bien-être et la santé des individus et des organisations (Sethi et al., 1999). Au cours des dernières années, de nombreuses entreprises ont instauré des programmes d'aide aux employés, communément appelés PAE, pour répondre aux besoins de leurs personnels. Les PAE sont offerts par des firmes externes à l'organisation. Elles offrent une intervention thérapeutique individuelle aux employés qui en font la demande. L'approche thérapeutique des cliniciens de ces firmes varie en fonction de leur formation académique. Pour améliorer l'état d'épuisement professionnel de leurs employés, les entreprises défraient d'habitude l'ensemble des coûts d'un traitement à court terme, soit de trois à dix séances. À ce jour, aucune recherche ne démontre l'efficacité de ce type d'intervention comparée à un groupe témoin, de même que l'approche à privilégier.

1.2 La définition

Freudenberger (1974) introduit pour la première fois le concept de burnout ou d'épuisement professionnel pour décrire l'état d'épuisement et de vide interne. L'épuisement professionnel se définit comme un syndrome psychologique d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de faible accomplissement personnel (Cooper et al, 2001).

Le Maslach Burnout Inventory permet de mesurer le niveau d'épuisement professionnel à partir des trois indices mentionnés dans la définition. L'épuisement

affecte rarement tous les domaines de la vie d'une personne. On le diagnostique chez les sujets qui sont toujours au travail et qui s'efforcent de s'y maintenir au prix de leur santé. La majorité des auteurs s'accordent pour situer l'épuisement professionnel dans un contexte de travail. Dans cette perspective, l'épuisement serait une réponse à un stress (émotionnel et interpersonnel) excessif ou continu au travail (Cooper et al., 2001). Ces stressseurs se situent au-delà de la capacité d'adaptation de l'individu, ce qui entraîne la rupture de l'accessibilité aux ressources personnelles (Maslach et al., 2001).

1.3 Les symptômes

L'épuisement professionnel se manifeste sous la forme de trois symptômes principaux. D'abord l'épuisement émotionnel : la personne souffre de fatigue chronique et d'exténuation. C'est le symptôme central et le facteur le plus robuste (Densten, 2001). L'épuisement émotionnel renvoie au manque d'énergie, à la perte d'entrain. Le travail devient une corvée. La personne ne se réalise plus au travail. Elle ressent de la frustration et de la tension de même que des problèmes de concentration et d'attention. La présence au travail commence à être un facteur anxiogène (Truchot, 2004). L'individu est convaincu que toutes ses ressources personnelles sont épuisées et qu'il n'y a plus d'issue (Jarjoura, 2004). Ce symptôme constitue la clé de la compréhension du phénomène du burnout (Babakus et al., 1999). L'épuisement émotionnel constitue certes la dimension la plus stable et la mieux validée de l'épuisement professionnel.

Ensuite, la dépersonnalisation : l'individu tente de faire face à l'épuisement émotionnel en se détachant des autres, particulièrement des clients (Leiter et Maslach, 1988). L'employé se comporte de façon cynique et agressive à l'égard des clients, des collègues de travail et de l'organisation. Il est facilement irritable. Il réagit de manière exagérée aux petits incidents. Il est incapable de gérer son stress et devient désagréable à l'égard d'autrui. Ici l'individu ne se sent plus concerné par son travail. Il dresse une barrière qui l'isole des autres. À titre d'exemple, il ne parle plus de monsieur X dans la chambre 22, mais de l'appendicite de la chambre 22 (Truchot, 2004).

Le troisième symptôme : le manque ou le faible accomplissement personnel. La personne est envahie par des sentiments négatifs. Elle évalue ses réalisations négativement de même que ses compétences. Il s'en suit une diminution de la performance. L'individu se sent de plus en plus inefficace, démotivé et peu engagé à l'égard de son travail. Sa capacité de s'auto-évaluer diminue. La personne tente de sortir de son épuisement en effectuant plus d'heures de travail. Sa productivité diminue de manière importante. Elle n'arrive pas à accomplir les tâches demandées dans des délais raisonnables.

L'épuisement professionnel apparaît progressivement. Il débute avec l'épuisement émotionnel. Celui-ci entraîne la dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel directement ou via la dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel représente le comportement affectif du burnout, tandis que les deux autres dimensions, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel constituent les composantes d'attitudes ou cognitives .

Lafleur (1999) décrit une gradation de l'intensité des symptômes d'épuisement qui s'échelonnent en quatre étapes. Dans un premier temps, l'individu se sent préoccupé par ce qui se passe au travail, mais cela se limite au travail seulement. Ensuite, il se sent troublé et perçoit les tâches comme étant plus ardues. Il commence à ressentir certains symptômes physiques et psychologiques sur les lieux du travail même. À l'autre étape, il devient obsédé avec un envahissement de pensées négatives. Il ne pense plus qu'au travail et croit fermement que le retour du bien-être dépend du moment où ses problèmes se résorberont au travail. Finalement, à la quatrième étape, la personne est incapable d'aller travailler. Elle est devenue infonctionnelle.

En outre, l'épuisement professionnel s'accompagne d'une variété de symptômes physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Les signes les plus fréquents sont les suivants : maux de tête, migraines, étourdissements, maux de dos, troubles de sommeil, problèmes gastro-intestinaux, tensions musculaires, perte d'appétit, problèmes cardiaques et respiratoires, troubles d'attention et de concentration. Enfin, soulignons que dans la phase préliminaire de l'épuisement professionnel, les gens présentent une mauvaise hygiène de vie, incluant l'absence d'activité physique (Gorter et al., 2000)

1.4 Distinction entre épuisement et dépression

Il existe une certaine parenté entre les symptômes de ces deux problèmes. L'épuisement professionnel peut être en quelque sorte une dépression professionnelle. Par ailleurs, même si burnout et dépression ont des symptômes en commun, ils se

différencient par leur origine respective. L'épuisement professionnel se distingue par des symptômes et des comportements directement reliés à la vie professionnelle de l'individu. Les trois dimensions du burnout sont clairement distinctes de celles de la dépression. Contrairement à l'épuisement, la dépression se manifeste dans tous les secteurs de la vie de la personne. Ainsi, une étude effectuée auprès de 368 infirmières démontre précisément ce point : l'épuisement affecte seulement le secteur du travail, tandis que la dépression affecte tous les secteurs de la vie de l'individu (Apostolos et al., 1999).

Il est important de clarifier que souvent les deux diagnostics sont confondus. Il semble que l'aspect des assurances et le nombre de temps d'arrêt de travail jouent un rôle important. Par conséquent, un diagnostic de dépression situationnelle est souvent émis après six semaines d'arrêt de travail. Celui-ci doit être révisé pour faire l'objet de changements (St-Arnaud, 2000). Il est donc important de considérer cet élément dans la présente recherche et de vérifier les motifs réels du malaise pour lesquels le professionnel consulte.

Bien qu'il n'existe point d'attribution diagnostique au burnout, un jugement substitut est utilisé dans le monde médical. Le DSM IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) le définit ainsi: Trouble d'adaptation situationnelle non-spécifique relié au travail (American Psychiatric Association, 1995).

1.5 L'estime de soi et l'épuisement

Neveu (1996) soutient que certaines facettes de l'épuisement professionnel correspondent à une chute de l'estime de soi. Elle réside dans la perception de sa valeur globale. Ce sentiment de valeur est fortement associé à la réaction des personnes significatives de l'entourage et à la croyance de l'individu en ses capacités. La personne avec une faible estime de soi éprouve des difficultés à développer des relations adéquates au travail tant avec les collègues que les clients. Étant plus vulnérable émotionnellement aux changements dans l'environnement, la personne devient susceptible à l'épuisement professionnel. On rapporte d'ailleurs une corrélation négative entre l'épuisement professionnel et l'estime de soi.

Une étude effectuée auprès de plus de cent cinquante infirmières révèle une corrélation négative entre l'estime de soi et les trois dimensions de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement de soi (Peter et al., 1999). En somme, l'épuisement professionnel agit sur l'estime de soi de la personne. De même, le manque d'estime de soi ou la perte d'estime de soi rend l'individu plus vulnérable émotionnellement et plus fragile dans son environnement de travail.

1.6 Les facteurs de l'épuisement professionnel

Les études démontrent que les personnes qui travaillent de façon permanente en relation d'aide auprès d'une clientèle en situation de problèmes sont davantage à risque de *burnout* (Baribeau et al., 1989; Patrick, 1984).

Des facteurs organisationnels et relationnels contribuent à l'émergence de l'épuisement professionnel. Du côté des *facteurs organisationnels*, on rapporte une relation significative entre l'épuisement professionnel du personnel infirmier et les conditions physiques, émotionnelles et sociales des clients. Plus la clientèle présente des besoins, plus le personnel est à risque. Le nombre de clients, ainsi que l'intensité et la durée de temps passé avec le client influencent l'épuisement (Vanier, 1999). D'autres aspects peuvent aussi créer un environnement propice à l'épuisement professionnel, comme par exemple, la sévérité et la chronicité de la clientèle, la surcharge de travail, l'ambiguïté et le conflit des rôles, la précarité d'emploi, l'absence de support professionnel, la stigmatisation de la tâche, la forte demande de l'environnement et la faible latitude décisionnelle (Karasek et Theorell, 1990). La surcharge de travail est souvent associée à une diminution des ressources personnelles et à un sentiment de fatigue intense. En effet, la surcharge de travail, l'insécurité d'emploi, la pression reliée au temps (attentes irréalistes), les exigences élevées de performance ainsi que le manque de support et de reconnaissance de la part des organisations entraînent une augmentation de la fatigue, de l'irritabilité, de l'anxiété ainsi qu'une diminution des compétences, de la créativité et de l'estime de soi (Moore, 2000b). Les changements organisationnels

éloignent les gestionnaires du travail des professionnels. En retour, cette situation entraîne un manque d'encouragement à l'égard des travailleurs et des difficultés à comprendre leur réalité (Brun et al., 2002).

Des *facteurs relationnels* peuvent aussi conduire à l'épuisement professionnel. Dans une étude menée auprès d'infirmières, on découvre que les individus qui s'engagent dans des discussions sur les aspects positifs de leur travail sont moins sujets au burnout (Zellars et Perrewé, 2001). Les conversations positives sont associées d'une part à une diminution de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation et d'autre part, à une augmentation de l'accomplissement personnel. En outre, utiliser des stratégies d'adaptation actives, comme parler de ses émotions avec un collègue, diminue la probabilité de se retrouver en épuisement professionnel. À l'opposé, adopter une stratégie passive, comme fuir dans l'alcool ou tout autre comportement d'évitement, réhausse la probabilité d'apparition de l'épuisement professionnel (Kandolin, 1993). Enfin, l'évaluation cognitive de la situation stressante permet de recourir à des stratégies qui permettent de s'adapter ou non à la situation (Browman et Stern (1995). C'est donc dire que la perception de la situation au travail influence directement l'individu et joue un rôle sur l'occurrence de l'épuisement.

1.7 Absence au travail

Dans l'ensemble des entreprises canadiennes, l'absentéisme au travail représente 7,1% de la masse salariale en coût direct. Les coûts indirects (heures supplémentaires,

remplacements, diminution de la productivité) ainsi que la facture des problèmes de santé mentale totalisent 17% de la masse salariale (Brun et al., 2002). Les réseaux de santé sont présentement en pénurie de main-d'œuvre. Les congés de maladie pour cause d'épuisement professionnel ne font qu'accroître cette carence. Ces congés sont la cause principale du nombre de jours d'absence au travail. Les demandes d'indemnisation pour des problèmes d'ordre psychologique sont surtout traitées dans le cadre des régimes d'assurances aux entreprises. Entre 30 à 50% des absences (pour invalidité de longue durée) indemnisées par les assurances privées sont attribuables à des problèmes de santé mentale (Ramanno, 2000). Il s'agit d'une hausse importante comparativement à 18% en 1990. En 1999, à la SSQ (compagnie d'assurance vie des travailleurs, pour la fonction publique dans le secteur santé et services sociaux), 40 % des dossiers actifs en assurance salaire de longue durée (un an et plus) le sont pour des maladies psychologiques. En ce qui concerne l'assurance de courte durée, plus des deux tiers des bénéficiaires de l'assurances courte-terme pour cause psychologiques se sont absentes six mois et plus de leur milieu de travail (St-Arnaud, 2003).

Dans les centres de santé, 5% des travailleurs sont absents à temps plein pour la même cause, ce qui représente un total de 14 821 520 heures en assurance salaire pour l'année 2000-2001 (MSSS, 2001). Comme l'indique le tableau 1.1, le personnel soignant représente le taux le plus élevé en terme d'absence au travail pour épuisement.

Tableau 1.1
Évolution du ratio par secteur d'emploi

| Secteur d'emploi | Ratio heures d'assurance salaire / heures travaillées | | | | | Variation de 1996-1997 à 1999-2000 |
|------------------------------------|---|-----------|-----------|-----------|--------------------|------------------------------------|
| | 1996-1997 | 1997-1998 | 1998-1999 | 1999-2000 | Tendance 2000-2001 | |
| Professionnels et travail social | 3,28 | 3,23 | 3,51 | 3,92 | 4,00 | 19% |
| Éducateurs | 4,71 | 4,83 | 5,07 | 5,39 | 5,86 | 15% |
| Techniciens | 2,86 | 2,88 | 3,27 | 3,50 | 3,75 | 23% |
| Infirmières | 4,91 | 4,76 | 5,21 | 5,90 | 6,19 | 20% |
| Infirmières auxiliaires | 6,38 | 6,21 | 7,08 | 7,61 | 8,04 | 19% |
| Paratechniques et soins infirmiers | 5,86 | 5,78 | 6,05 | 6,80 | 7,03 | 16% |
| Services auxiliaires et métiers | 5,38 | 4,74 | 5,10 | 5,76 | 5,99 | 7% |
| Employés de bureau | 4,30 | 4,00 | 4,46 | 4,97 | 5,20 | 15% |
| Cadres et hors cadres | 3,16 | 2,91 | 3,01 | 3,18 | 3,40 | 1% |
| Ensemble | 4,73 | 4,52 | 4,90 | 5,45 | 5,69 | 15% |

Référence : Santé et services sociaux Québec, 2001, Rapport du comité provincial d'assurance salaire, p. 6. (assurance salaire psychologique)

Dans les milieux de la santé, le travail lui-même expliquerait en grande partie 91% des arrêts de travail liés à la santé mentale (St-Arnaud, 2003). De plus, leur nombre augmente. Ainsi, le nombre de jour d'absence au travail lié à la santé mentale a triplé entre 1992 et 1998, passant de 7,4 à 24,6 jours par 100 personnes, soit une hausse de 200% (Vézina et Bourbonnais, 2001). Dans mon milieu clinique, les données recueillies auprès du bureau du Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores Boréales (R.S.S.A.B.) indiquent que les travailleurs en congé de maladie (épuisement professionnel ou dépression) pour une durée supérieure à trois mois, sans aucune réinsertion au travail, s'absentent habituellement pour une durée de près d'un an. Plus l'absence est longue, plus l'anxiété reliée au retour au travail s'accroît. Plus la durée de l'invalidité se prolonge, plus les chances de reprendre le travail diminuent (Saddick, 1996).

1.8 Traitement

En dépit du nombre élevé d'études publiées sur l'épuisement professionnel au cours des dernières années, très peu s'intéressent au mode de traitement. Après une présentation succincte des traitements conventionnels de l'épuisement professionnel, nous exposerons dans les pages suivantes le mode de traitement de la thérapie brève (appelée aussi thérapie systémique stratégique).

1.8.1 Traitements conventionnels

Les traitements conventionnels procèdent de la manière suivante. La personne rencontre son médecin traitant ou se présente à l'urgence. Elle raconte la situation vécue au travail, de même que les symptômes qu'elle ressent. À ce stade, les symptômes sont de nature psychologique, physique, comportementale et cognitive. Le médecin émet un diagnostic à partir du DSM-IV. Le diagnostic varie entre les troubles d'adaptation, la dépression ou les troubles anxieux. La personne reçoit alors l'étiquette de malade, elle se voit prescrire un arrêt de travail et un suivi médical. Il rencontre alors son médecin une à deux fois par mois, jusqu'à la réintégration à son emploi. D'habitude, le patient reçoit une prescription d'antidépresseurs et à l'occasion une médication pour diminuer ses troubles de sommeil. Enfin, le médecin recommande au patient d'entreprendre un processus de psychothérapie.

L'arrêt de travail peut créer l'espace nécessaire à la restauration des capacités. Le

repos constitue alors le premier élément de la guérison. Toutefois la durée des arrêts de travail et le taux de rechute après la réinsertion au travail indique que les congés de maladie sont insuffisants pour résoudre tous les problèmes. D'un côté, en enlevant l'obligation de se lever le matin et de se rendre au travail, le retrait temporaire du milieu de travail peut procurer un répit souvent salutaire. Autrement dit, en évitant les situations anxiogènes du milieu de travail, le congé de maladie peut paraître rassurant à première vue. D'un autre côté, lorsque s'installe la routine de non-travail, le seul fait de penser à retourner au travail peut devenir un stresser en soi. Pour que ce temps d'arrêt soit vraiment salutaire à long terme, la personne doit absolument l'utiliser pour prendre un temps de repos afin de mieux comprendre la situation. Elle doit aussi envisager de nouvelles stratégies pour réintégrer le travail sans s'épuiser de nouveau (Abel, 2003)

À l'heure actuelle, la littérature scientifique n'offre pas de description précise du traitement de l'épuisement professionnel. On se réfère plutôt au traitement de la dépression qui présente de nombreux points en commun avec l'épuisement professionnel. Le marché offre actuellement une multitude de médicaments antidépresseurs pour le traitement de la dépression. Le médecin recommande souvent à son patient de suivre une psychothérapie en même temps que son traitement pharmacologique. Une méta-analyse d'études comparant la médication versus une thérapie cognitivo-behaviorale auprès de sujets dépressifs (répartis au hasard entre les deux traitements) révèle que la psychothérapie s'avère aussi – et parfois plus – efficace que la médication pour traiter la dépression (DeRubeis et al., 1999). Ces études visent essentiellement à corriger les attitudes inadéquates et la faiblesse des habiletés de résolution de problèmes qui caractérisent la personne dépressive et suicidaire (Cannon et al., 1999).

En outre, dans le cas précis de l'épuisement professionnel, une étude récente indique que le partage équilibré entre le travail et les demandes à la maison constitue la meilleure protection contre le burnout (Peeters et al., 2005). Il semble donc qu'une thérapie orientée vers un but précis serait efficace. De plus, en augmentant chez l'individu ses croyances en son potentiel, l'encouragement de la personne épuisée s'avère aussi une technique efficace (Barry et Farber, 2000).

1.9 Thérapie brève

Plusieurs ouvrages décrivent la thérapie brève (Fisch et Schlanger, 2005, Watzlawick et Nardone, 2000, De Shazer et al., 2000). Les quatre caractéristiques principales qui la distinguent des approches traditionnelles sont les suivantes :

- La réalité est construite plutôt que réelle ;
- L'équifinalité guide les actions du thérapeute ;
- L'évaluation établit une *description de la plainte* plutôt qu'un diagnostic ;
- La prescription de tâches commence dès la première séance.

Réalité. Watzlawick avance que « celui qui souffre mentalement ne souffre pas de la réalité « réelle » mais de sa conception de la réalité » (Watzlawick, 1991, p. 165). Cette position suppose que *la réalité est construite et dépendante de l'observateur* (ce qu'on appelle aussi la perspective constructiviste). À ce point, il faut distinguer entre *deux niveaux de perception de la réalité*, trop souvent confondus. En utilisant comme critère de la normalité « l'adaptation à la réalité » (comme le font les approches traditionnelles), on met dans le même sac, pour ainsi dire, ces deux réalités : d'une part, l'image de la réalité transmise par nos sens et, d'autre part, la signification qu'on attribue à ces

perceptions. La *réalité de premier ordre* désigne l'image du monde qui nous est transmise par nos organes sensoriels. Nous voyons, nous entendons, nous touchons, etc. Ces perceptions sensorielles résultent d'un processus de construction extrêmement complexe dans notre système nerveux et se prêtent à une vérification objective, répétable et scientifique. Mais ça ne s'arrête pas là. Invariablement, nous attribuons une *signification*, un *sens*, une *valeur* aux objets de notre perception. C'est ce qu'on appelle la *réalité de second ordre*. La blague classique distinguant l'optimiste du pessimiste illustre bien la différence cruciale entre ces deux niveaux de perception de la réalité. Devant la même bouteille de vin, l'optimiste dit de la bouteille qu'elle est à moitié pleine, le pessimiste, pour sa part, la voit à moitié vide. Ils partagent la même réalité de premier ordre (une bouteille contenant du vin) mais leur réalité de second ordre diffèrent. Ou encore, un jeune enfant peut percevoir un feu rouge de façon aussi net que vous (réalité de premier ordre) sans pour autant savoir qu'il veut dire : ne traversez pas (réalité de second ordre).

Du point de vue constructiviste, il est impossible de parvenir à une vérité définitive dans le domaine de la réalité de second ordre, c'est-à-dire l'attribution des valeurs, des significations et des sens attachés aux événements et aux objets. Nos conceptions de la réalité de deuxième ordre sont des constructions. Et c'est précisément au niveau de cette réalité d'expérience que les problèmes surgissent. Si, à la suite d'un événement quelconque, ma construction de la réalité s'effondre, je suis terrifié. Le monde n'a pas de sens. La vie n'a plus de signification. La tâche de thérapeute consiste donc à aider cette personne à créer une réalité de second ordre différente – même si ce n'est que

légèrement différent – qui pourrait être supportable. Autrement dit, chercher à remplacer cette construction qui n'est plus « adaptée » par une autre, qui l'est mieux, tout en se rappelant que cette nouvelle construction n'est pas la « vérité ». En outre, ce modèle n'analyse pas la situation en terme de normes en se demandant si le comportement dévie d'un standard normatif quelconque (comme dans les modèles normatifs traditionnels), mais plutôt il s'intéresse à ce que le client considère un problème pour lui-même (modèle basé sur la plainte).

Notons que nos *constructions* de deuxième ordre peuvent aussi affecter notre réalité de premier ordre. Un premier exemple : une étude compare des personnes âgées de cinquante ans et plus qui ont une perception positive de leur propre vieillissement à d'autres qui en ont une perception négative (Levy et al., 2002). À la suite d'un suivi sur une période de plus de deux décennies et après avoir contrôlé les variables intermédiaires comme l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, le niveau de solitude et l'état fonctionnel de santé, les résultats révèlent que les individus qui perçoivent positivement leur vieillissement vivent en moyenne 7.5 ans de plus que les autres. Ces résultats supportent l'idée que la perception positive de soi (réalité de second ordre) influence la longévité (réalité de premier ordre).

Le second exemple a trait à la douleur physique. Une étude menée en laboratoire vérifie si l'intensité de la douleur varie selon la « signification » ou le « sens » que lui accorde le participant. On place une barre de métal très froide derrière le cou de trente sujets sains. À chacun, on suggère soit que la barre est froide, soit qu'elle est chaude,

cette dernière condition impliquant des dommages tissulaires plus importants. Confirmant l'hypothèse voulant que l'attribution d'un sens de tissus endommagés influence l'expérience de la douleur, les participants à qui on a dit que la barre était chaude évaluent le contact plus douloureux que les participants à qui on a dit qu'elle était froide (Arntz et Claassens, 2004).

Équifinalité. La stabilité des systèmes ouverts se caractérise par « le principe d'équifinalité, ce qui veut dire que, par opposition à l'équilibre des systèmes clos, déterminé par les conditions initiales, un système ouvert peut parvenir à un état temporellement autonome, indépendant des conditions initiales et déterminé uniquement par les paramètres du système » (Bertalanffy, 1962, p. 7). Selon ce principe, on doit faire porter nos observations cliniques sur le *présent* – les paramètres actuels du comportement du système – plutôt que sur les conditions initiales (le passé). En thérapie brève, les informations liées à l'histoire clinique du patient ne servent qu'à préciser le choix des stratégies à employer pour tenter de régler le problème. Ces informations ne constituent pas en elles-mêmes la base de la procédure thérapeutique comme en psychanalyse. Après tout, il n'y a que sur la potentialité de changement du présent – et, par là, du futur – que nous pouvons travailler.

La thérapie brève considère que le comportement problématique persiste à la condition d'être renforcé à de nombreuses reprises au cours des interactions entre le client et d'autres individus importants. C'est d'ailleurs précisément ce que font le client et son entourage lorsqu'ils réagissent contre le problème. Leurs efforts bien intentionnés et

logiques favorisent la persistance ou l'aggravation du problème. Le processus est souvent évident : dans le cas de l'intervention auprès d'un patient cardiaque, l'inquiétude de la femme la poussera souvent à se montrer optimiste face aux commentaires pessimistes de son mari et à l'encourager sans relâche à faire de l'exercice, à maigrir, à trouver de nouveaux intérêts, ce qui amène le mari à se sentir de plus en plus incompris et déprimé ; l'homme qui harcèle sa femme et cache ses bouteilles pour l'aider à surmonter son alcoolisme et qui ne réussit qu'à placer la boisson au premier rang de ses préoccupations ; les parents d'un enfant malheureux à l'école qui l'encouragent continuellement en tentant de faire ressortir l'importance et la noblesse de l'éducation – au lieu de lui dire que c'est une corvée nécessaire. Dans d'autres situations, l'identification des encouragements peut être difficile à cause de leur subtilité et de leur complexité : comportements non verbaux, comportements différents de plusieurs personnes dans le système, descriptions et actions contradictoires, etc.

En pratique, l'intervenant essaie dès le début de mettre à jour les éléments qui contribuent, d'une manière ou d'une autre, à la persistance du problème de l'épuisement. Il demande au client d'expliquer *comment* il a essayé de résoudre le problème. Ces informations peuvent déjà conduire à comprendre ce qui fait que les choses continuent à aller mal. Le thérapeute a besoin de comprendre ce qui se passe. Il a aussi besoin de la collaboration des individus impliqués dans ce problème. Son questionnement s'effectue donc de façon bienveillante et sans confrontation en évitant par exemple des accusations d'avoir commis des erreurs. Les informations ainsi recueillies mettent souvent à jour plusieurs pistes d'intervention pour mettre fin à la persistance du problème.

Description de la plainte. Les thérapies issues de l'approche constructiviste évitent l'usage de diagnostics comme ceux du DSM, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Le DSM repose essentiellement sur trois postulats : les diagnostics concernent l'individu (perspective monadique), l'individu est malade et la cause de sa maladie se situe à l'intérieur de lui (explication biologique des troubles mentaux). Son usage favorise la médicalisation des problèmes humains. Il est courant de voir le psychothérapeute s'informer auprès du client s'il existe, dans sa famille d'origine et étendue, des cas de suicides, de dépression, de changements brusques d'humeur ou de consommation excessive d'alcool. Une telle investigation sous-entend que la présence de ces facteurs dans la famille prédispose le client et ses enfants à des problèmes similaires. Une explication génétique quelconque obtient préséance sur des facteurs comme un manque d'amour, de santé, de beauté ou de relation, un sentiment d'impuissance découlant de conditions sociales difficiles, une relation de couple tendue ou un travail peu gratifiant. La « personne est mise en accusation ; le système reste hors de cause » (Gergen, 2005, p 156). Le DSM s'attarde à des facteurs génétiques non modifiables au détriment de facteurs relationnels modifiables.

De même, en plus de disculper la personne de l'influence qu'elle exerce sur elle-même et sur les autres, le DSM « définit le patient comme une victime, avec toute les implications que cela peut avoir : sentiment d'impuissance et restriction de la capacité du client à apporter un changement à la situation difficile dans laquelle il se trouve » (Fisch et Schlanger, 2005, p. 105). Pourtant, dans les faits, ces diagnostics ne reflètent souvent que les valeurs sociales et morales de la société. Par exemple, l'homosexualité était

autrefois considérée comme une maladie mentale. « Réagissant à une pression sociale croissante, [les responsables du DSM] ont supprimé de la troisième édition l'homosexualité en tant qu'état psychiatrique, guérissant par là même d'un trait de plume des millions de personnes de leur maladie » (Watzlawick et Nardone, 2000, p. 28).

Ainsi, ce modèle évite l'usage du DSM. Il requiert plutôt de penser en terme de *description* de la plainte du client, des solutions (inopérantes) tentées et de celles qui ont déjà fonctionnées. À titre d'exemple, imaginons un jeune enfant qui fait des crises chaque matin pour éviter d'aller à la maternelle, qui refuse de s'habiller tout en pleurant sans arrêt, qui frappe partout une fois contraint de quitter la maison et dont la détresse – quand les parents réussissent à l'amener à l'école – dérange tellement en classe que les autorités scolaires finissent par demander aux parents de le ramener à la maison. Selon le DSM-IV, cet enfant est atteint du trouble : anxiété de séparation.

Ce diagnostic décrit un état ou une condition et n'implique ni action ni solution. Il énonce la situation comme si la personne et le problème étaient la même entité. Une telle étiquette centre les interventions du thérapeute sur le *diagnostic*, le plus souvent en essayant d'amener l'enfant à trouver *pourquoi* il se comporte ainsi. Peu d'efforts sont faits pour saisir le *comportement* et la situation globale. Par exemple, *comment* se déroulent les crises de l'enfant à l'école ? Commence-t-il à pleurer et à crier dans la classe dès que sa mère, dans le corridor, lui envoie la main à travers la fenêtre de la porte pour tenter, dans un dernier essai, de le rassurer avant de partir ? Ou encore devient-t-il turbulent dès que son éducatrice, anticipant son comportement dérangeant, s'approche de lui et le touche en lui disant qu'il n'a rien à craindre, que maman va revenir le chercher après l'école ?

En définissant le problème de façon résoluble et contextuel, le thérapeute amène le client à donner une vision dynamique de son problème. À l'opposé, l'étiquette diagnostique du DSM implique un état relativement interchangeable de la personne. Par exemple, le thérapeute traditionnel demande : « que fait-on avec un TOC, un trouble obsessionnel-compulsif ? » Dans l'approche constructiviste, la question devient plutôt : « que fait-on avec la personne qui vérifie le four dix fois ou plus avant de quitter la maison ? » Le problème apparaît du coup plus malléable, dynamique et variable dans le temps. Dans le premier cas, le client s'attend à devoir devenir une personne différente ; dans le second cas, il doit trouver un moyen d'interrompre les comportements non désirés.

En somme, l'intervention brève n'est pas un modèle normatif ou pathologique. C'est un modèle basé sur la plainte du client. Au lieu d'essayer de trouver le bon diagnostic de la « maladie mentale » qui affecte le patient, on débute plutôt la thérapie en tentant d'obtenir une *description* de la plainte du client : comment et dans quel contexte le comportement indésirable se produit-il ?

Tâches. En thérapie brève, les prescriptions de tâches sont systématiquement incorporées dès la première séance. Il y a plusieurs raisons de les utiliser. D'abord, l'utilisation des prescriptions de tâches fournit une structure pour étendre le travail thérapeutique entre les sessions. Ensuite, les tâches contribuent à rendre la thérapie plus spécifique et maintenir le cap sur le but convenu avec le client. De plus, ils facilitent la construction d'une nouvelle réalité en relation avec l'environnement. En outre, les

résultats aux tâches assignées représentent une importante sources de feed-back pour le thérapeute dans son évaluation du progrès du client et des tâches à venir. Enfin, l'accomplissement des tâches assignées attribue au client un rôle actif dans le travail thérapeutique.

La prescription de comportements cible les interactions entre le client et son entourage. Elle implique une action à poser par le client. Cette action doit être sans danger et périphérique (elle fait référence au problème présenté mais ne se situe pas au cœur du problème). Peu coûteuse au plan monétaire, la tâche ne doit pas être dégradante. Par contre, elle doit être cohérente avec les positions du client. Ici, les *positions du client* font référence à ses croyances, ses valeurs, son langage et ses attentes face à son problème et au changement. Les attentes constituent une variable extrêmement importante du changement en psychothérapie (Kirsch, 1999). En thérapie systémique stratégique, le thérapeute formule donc ses prescriptions de comportement en tenant soigneusement compte des positions du client.

La prescription de comportements vise à « amener le sujet à agir comme s'il vivait dans une réalité différente de celle qu'il a construite lui-même : par exemple, comme si son problème était déjà résolu » (Watzlawick, 1991, p80). Elle vise toujours un petit changement dans la façon de composer avec le problème. Ce changement apparemment petit mais stratégique peut entraîner progressivement d'autres améliorations, de sorte que le traitement à long terme et les changements héroïques ne sont pas requis.

La prescription de comportements dépend aussi du but fixé. Le thérapeute convient avec le client du *but de la thérapie* en définissant un changement minimal concret. Quel serait le premier signe d'une amélioration ? Ou encore, quelle serait la plus petite diminution du problème présenté que vous considérez comme une amélioration suffisante pour justifier vos efforts au cours de cette thérapie ? Pour contourner la difficulté des clients incapables de décrire en termes concrets leur problème ou le changement visé, le thérapeute utilise des *échelles* visuelles analogiques ou verbales. Exemple : sur une échelle allant de 0 (mon moral au pire que je puisse imaginer) à 100 (mon moral au mieux que je puisse imaginer), vous dites que vous êtes actuellement à 30. Quel est le chiffre (le plus près de 30) qui constituerait, pour vous, un premier signe d'amélioration ?

1.10 Les ressources

Les individus sont motivés à obtenir, maintenir et développer ce qu'ils valorisent, c'est-à-dire leurs ressources (Hobfoll et Shirom, 2001). Face à un environnement changeant, les individus disposent de ressources pour s'adapter à de nouvelles conditions. Le stress provient de cette difficulté d'ajustement entre les ressources que possède l'individu dans les diverses sphères de sa vie et les exigences de la situation. Les ressources que possèdent les personnes pour faire face au stress sont variées. Elles englobent des objets qui se traduisent par le bien matériel, des conditions liées à l'emploi, la famille, des caractéristiques personnelles qui se traduisent par des aptitudes et des qualités et, en dernier lieu, des éléments qui favorisent le dynamisme. Ces ressources

sont liées intimement ensemble. Un gain dans une catégorie de ressources entraîne des répercussions positives sur les autres catégories. Inversement, une perte dans une catégorie de ressources affecte négativement les autres catégories. Dès la première séance de consultation, le thérapeute doit cibler les activités qui ont procuré du plaisir au patient dans le passé. Il évalue ainsi comment ce dernier s'engage actuellement dans de telles activités. Il peut alors amorcer le processus de changement en permettant au client de vivre une sensation de bien-être en dehors du travail.

Pour aider une personne à sortir de son épuisement, plusieurs chemins sont possibles comme, par exemple, le soutien social, les relations avec les membres de l'organisation, la période de vacances, l'engagement dans des activités extérieures du travail, l'équilibre entre les loisirs et le travail, limiter les heures de travail, activité physique, mettre ses limites personnelles, verbaliser avec des personnes de confiance, séparer la maison du travail, prendre du temps pour soi, réévaluer ses buts, apprendre à mettre ses priorités dans la vie en évaluant adéquatement son temps, déléguer des responsabilités et identifier les signes de stress. Le choix des chemins à privilégier est déterminé par le but de la thérapie convenu avec le client.

1.11 Objectif de la recherche

Le but de cette étude vise à évaluer l'efficacité de la thérapie brève en relation avec les symptômes de l'épuisement professionnel vécus par les travailleurs de la santé et des services sociaux. Ici, le terme « travailleurs » désigne tous les types d'employés du

réseau de la santé et des services sociaux occupant les catégories d'emplois suivantes : cadres, professionnels, techniciens, para-techniques, soins infirmiers, métiers et services auxiliaires, employés de bureau.

1.12 Hypothèses de recherche

Hypothèse 1 : L'intervention de la thérapie brève entraîne une diminution significative des symptômes de l'épuisement professionnel chez les travailleurs du R.S.S.S.

Hypothèse 2 : La thérapie brève entraîne une diminution significative de la dépression chez les travailleurs du R.S.S.S.

Hypothèse 3 : La thérapie brève entraîne une augmentation significative de l'estime de soi des travailleurs du R.S.S.S..

Hypothèse 4 : L'augmentation de l'estime de soi et la diminution des symptômes de l'épuisement professionnel se maintiennent six mois après la fin de la thérapie brève.

Hypothèse 5 : Le groupe traitement présente moins de jours d'absence au travail pour cause psychologique que le groupe témoin.

CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE

2.1 Devis expérimental

Ce projet de recherche compare un groupe traitement à un groupe témoin. Le groupe traitement consiste à s'engager dans une thérapie brève comportant en moyenne six séances. L'ajout d'un groupe témoin permet de contrôler l'effet de l'écoulement du temps. Cette recherche est quasi expérimentale et à mesures répétées intra et inter groupes. Les sujets sont répartis dans un des deux groupes en fonction de leur établissement de travail. Les deux groupes ne sont pas équivalents en terme de nombre. D'une part, le groupe traitement est formé de treize (13) sujets qui reçoivent en moyenne six séances thérapeutiques réparties sur 3 mois. Comme l'indique le tableau 2.1, les sujets du groupe traitement sont évalués à trois moments : avant le début de la thérapie, immédiatement après la dernière séance et six mois plus tard. D'autre part, le groupe témoin est formé de 24 sujets. Ceux-ci sont évalués à deux moments : avant et neuf mois après la première évaluation. La recherche se déroule de février 2003 à septembre 2004.

Tableau 2.1
Protocole de recherche

| Février 2003 à Novembre 2003 | Février 2003 à Mars 2004 | Avril 2003 à Mars 2004 | Octobre 2003 à Septembre 2004 |
|---------------------------------|--|--|----------------------------------|
| Entrée continue | (selon la date d'entrée des sujets) | (selon la date d'entrée des sujets) | |
| Pré-tests Évaluation I | Traitement | Post-Test Évaluation II | Post-test Évaluation III |
| Groupe traitement n=13 | Oui | Oui | Oui |
| Groupe témoin n=24 | --- | --- | Oui |

2.2 Procédure

2.2.1 Estimation de la population

La population participante à la recherche provient de trois centres de santé et services sociaux de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Ces centres de santé offrent des soins généraux et spécialisés. Féminine à 80%, cette main-d'oeuvre fait partie de diverses associations, corporations et syndicats. Ces travailleurs occupent une variété d'emplois : professionnels, techniciens, para-techniques, soins infirmiers, métiers, personnels de bureau et cadres. Le recrutement des établissements débute à fin de l'automne 2002, à la suite d'une présentation du projet de recherche aux gestionnaires de chacun des établissements. Le tableau 2.2 décrit les principales caractéristiques des établissements de santé et services sociaux participants. Les réseaux de santé choisis sont représentatifs de ceux des régions au Québec.

Tableau 2.2

Description des établissements de santé et services sociaux participants à la recherche année 2002-2003

| Informations établissements | Réseau de santé et services sociaux des Aurores-Boréales | Centre hospitalier Rouyn-Noranda | Centre de santé Ste-Famille |
|---------------------------------------|---|---|------------------------------------|
| Population desservie | 24 000 | 40 000 | 15 000 |
| Nombres de Travailleurs | 855 | 662 | 360 |
| Coût invalidité | 1 179 088 \$ | 859 481 \$ | 620 901 \$ |
| Coût invalidité Psychologique | 620 901 \$ | 429 663 \$ | 465 327 \$ |
| Heures absentes Psychologiques | 32 691 heures | 47 766 heures | 22 335 heures |

2.2.2 Recrutement des sujets

La période de recrutement s'est déroulée du mois de février à novembre 2003. Les employés sont rejoints à l'aide d'un dépliant acheminé avec la paie et des annonces affichées aux endroits stratégiques de leur milieu de travail. Trente-sept sujets (N=37) participent à cette étude. Ils forment deux groupes. Le groupe témoin comprend 24 sujets (Centre Hospitalier Rouyn-Noranda et le Centre de Santé Ste-Famille) et le groupe traitement inclut 13 participants (Réseau de Santé et des Services Sociaux des Aurores-Boréales). Les sujets sélectionnés doivent répondre à l'ensemble des critères d'inclusion sans faire partie des critères d'exclusion.

2.2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

La participation à la recherche est volontaire. Les travailleurs retenus dans cette étude présentent les caractéristiques suivantes. Ils sont âgés entre vingt et cinquante-cinq ans. Ils résident en Abitibi-Témiscamingue et travaillent dans un des centres de santé sélectionnés. De plus, ils possèdent un an et plus d'expérience et ils sont à plus d'un an de leur retraite. Ce critère d'exclusion vise à éliminer l'effet de la proximité de la retraite qui peut influencer la perte de motivation et une l'augmentation de la perception des stressors au travail. Les sujets recrutés sont présents au travail et dans leur fonction habituelle. À la passation du test Maslach Burnout Inventory (MBI-version française), les sujets doivent obtenir un score de 27 et plus au sous-test d'épuisement émotionnel. Ce score correspond à un niveau élevé d'épuisement. En outre sont exclus de la recherche les sujets qui se sont absentés de leur travail au cours des douze derniers mois pour une raison de santé psychologique ou suite à un accident de travail.

Enfin, les candidats présentant les caractéristique suivantes sont aussi exclus : vivre une situation de crise (séparation litigieuse), avoir une consommation abusive de drogue ou d'alcool et avoir fait une tentative de suicide récente ou éprouver des idées suicidaires avec risque de passer à l'acte.

2.2.3 Groupe expérimental / groupe témoin

2.2.3.1 Groupe traitement

Les sujets sont toujours rencontrés individuellement. La première rencontre sert à expliquer le déroulement de la recherche et à signer le formulaire de consentement. On procède alors à l'évaluation psychométrique à l'aide des quatre tests suivants : Rosenberg, Analyse de l'Estime de Soi sans l'Aspect Culturel, Maslach Burnout Inventory (version française) et Inventaire de Beck. Tous ces tests sont auto administrés.

Par la suite, les sujets retenus sont suivis en thérapie. En moyenne, chaque travailleur bénéficie de 6 séances réparties sur environ 3 mois. Une semaine après la fin de la thérapie brève les sujets s'auto évaluent de nouveau à partir des mêmes quatre tests. Puis, une troisième évaluation a lieu six mois après la fin de la thérapie brève.

2.2.3.2 Groupe témoin

Le recrutement des candidats se déroule comme dans le cas du groupe traitement, à une exception près : le dépliant leur indique qu'ils feront partie du groupe témoin. Ils sont soumis à deux périodes d'évaluation psychométrique à l'entrée dans l'étude et neuf mois plus tard. Au cours de cette période, les sujets du groupe témoin peuvent consulter pour obtenir les traitements conventionnels, pharmacologiques ou thérapeutiques. À chaque période d'évaluation, les candidats de ce groupe reçoivent une somme de 25 dollars. Précisons ici que tous les candidats du groupe témoin indiquent qu'ils participent

à cette recherche par souci de faire avancer la situation des travailleurs épuisés des réseaux de la santé.

2.2.4 Variables

2.2.4.1 Variable indépendante

La thérapie brève constitue la variable indépendante. Tel que mentionné plus haut, l'objectif général de l'intervention vise à mesurer l'effet de la thérapie sur les candidats en épuisement professionnel au plan des symptômes de l'épuisement, de l'estime de soi et du maintien au travail. Le traitement de la thérapie comprend en moyenne six séances d'une durée d'environ une heure chacune.

2.2.4.2 Variables dépendantes

Cette étude comporte quatre variables dépendantes : l'épuisement professionnel, l'humeur dépressive, l'estime de soi, le temps d'absence au travail. Les trois premières variables sont mesurées à l'aide de tests psychométriques auto administrés décrits en détails plus loin. Le calcul du temps d'absences au travail est aussi décrit plus loin.

2.2.5 Instruments de mesure

2.2.5.1 Épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est mesuré à l'aide du Maslach Burnout Inventory (Maslach et Jackson 1986), communément appelé le MBI. Traduit et validé en français au Québec, ce test consiste en un questionnaire auto administré comprenant 22 items (Dion et Tessier, 1994). Chaque item est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert mesurant la fréquence de jamais (0) à plusieurs fois par semaine (6). Ces items évaluent trois dimensions de l'épuisement professionnel : d'abord, neuf items mesurent l'épuisement émotionnel défini comme le sentiment d'être envahi ou épuisé par son travail. Ensuite, cinq items mesurent la dimension dépersonnalisation ou cynisme qui se manifeste par des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles aux clients. Enfin, huit items mesurent la dimension accomplissement personnel au travail ou le sentiment de compétence et de réalisation de soi au travail. À chacune des échelles, le score obtenu permet d'identifier la symptomatologie selon trois niveaux : faible, moyen ou élevé. Un niveau élevé d'épuisement professionnel correspond à un score élevé aux deux échelles : épuisement émotionnel et dépersonnalisation et un score faible à l'échelle d'accomplissement personnel. Un score moyen à chacune des trois échelles indique un niveau modéré d'épuisement professionnel. À noter que l'épuisement émotionnel constitue le symptôme central et majeur de l'épuisement professionnel.

Les indices de consistance interne, de stabilité temporelle, de validité factorielle, de validité de convergence et de validité hypothético-déductive, confirment les qualités psychométriques de la traduction. Les indices de consistance interne, les coefficients alpha standardisés sont comparables à ceux reportés par les auteurs du MBI en anglais soit de 0,90 pour l'échelle d'épuisement émotionnel, 0,64 pour la dépersonnalisation et de 0,74 pour l'accomplissement personnel (Dion et Tessier, 1994).

Au test-retest de la présente recherche, les coefficients de cohérence interne (alpha de Conbrach) s'élevèrent à 0,91 à l'échelle d'épuisement émotionnel, 0,72 pour la dépersonnalisation et 0,78 pour l'accomplissement personnel.

2.2.5.2 Humeur dépressive

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) permet de mesurer la variation de l'humeur et la gradation des symptômes de l'humeur dépressive. Il comprend 21 items représentant des manifestations d'état dépressif. Chacun d'eux est associé à une série graduée de quatre propositions reflétant divers degrés de sentiment dépressif. Le questionnaire est auto administré. Pour chaque item, le sujet encercle la proposition correspondant le plus à son état au cours des sept derniers jours (Annexe 4). Le score total correspond à la somme des réponses aux 21 items et varie de 0 à 63. Il existe 6 niveaux de gradation oscillant de l'humeur normal, pour un score faible, à la dépression d'intensité moyenne (21 à 30) et dépression majeure (41 et +). Dans cette étude, l'alpha de Cronbach obtenu au test-retest atteint 0,92, ce qui représente une excellente cohérence interne.

2.2.5.3 Estime de soi

L'estime de soi est reliée à la satisfaction de la vie. On retrouve d'habitude un lien étroit entre une faible estime de soi et la dépression chez les populations normales, tant adultes qu'adolescentes. Une estime de soi élevée implique un respect pour soi-même. Deux tests sont utilisés pour évaluer l'estime de soi. L'estime de soi de Rosenberg et l'analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel-2. Le Rosenberg est une échelle de mesure de l'estime de soi globale. On utilise la version française (Vallière et Vallerand, 1990). Ce test est administré par la chercheuse. Une feuille indiquant les 4 choix de réponse est placée devant le sujet à titre de repaire visuel. Le sujet est invité à répondre de manière spontanée, en mentionnant le chiffre ou une phrase d'approbation ou de désapprobation qui correspond à son choix. Pour s'assurer de la compréhension des candidats, un exercice est réalisé (ex : aimez-vous les pommes), pour ensuite procéder à l'administration du test et à la notation des réponses sur la feuille du test.

Le Rosenberg comprend dix affirmations (voir annexe 4). On offre au sujet quatre choix de réponses variant de fortement en accord (1) à fortement en désaccord (4). Le total des notes des items 2, 5, 6, 8 et 9 doit être ajouté au total de l'inversion (1 devient 4, 2 devient 3 et réciproquement 3 devient 2 et 4 devient 1) des notes des items 1, 3, 4, 7, 10. Le résultat obtenu correspond à une note d'estime de soi. Le score varie entre 10 et 40, un total élevé se rapprochant de 40 traduit une estime de soi positive. Au test-retest dans cette étude, le coefficient d'alpha de Cronbach atteint 0,84, ce qui correspond aux résultats des recherches antérieures.

Le second test, l'analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel-2 comporte trois formes de questionnaires. On utilise ici le formulaire Ad conçu pour les adultes (voir annexe 4). L'estime de soi globale (32 items) est calculée à partir des trois catégories suivantes : estime de soi générale (16 items), estime de soi sociale (8 items) et estime de soi personnelle (8 items). Une dernière catégorie mesure l'attitude défensive (8 items). Au total le test comporte 40 items. Le questionnaire est auto administré et les candidats répondent par oui ou non, à chacun des énoncés. La correction des sous-tests se fait à partir d'une grille. Chaque item noirci qui correspond à la grille se voit attribuer la valeur numérique de 1 point. Les items noircis qui ne correspondent pas à la grille obtiennent la valeur 0. Plus le score est élevé, plus l'estime de soi est élevée. Les coefficients de consistance interne (alpha de conbach) sont élevés : globale 0,93, générale 0,86, sociale 0,65 et personnelle 0,81.

2.2.5.4 Temps d'absences au travail

Le temps d'absence est calculé exclusivement à partir du nombre de jours d'absences complets du secteur du travail, c'est-à-dire le retrait total prescrit par le médecin. Les jours de congé normaux prévus à l'horaire habituel du salarié sont exclus du calcul. Exemple : dans un mois, le travailleur ne peut pas être absent plus de 20 jours. Enfin, les jours d'absences lors de la réintégration progressive ne sont pas considérés comme du temps d'absence au travail.

2.2.5.5 Questionnaire de socio-économique

Le questionnaire socio-économique comporte dix-neuf questions afin de dresser un portrait des employés des réseaux de santé et des services sociaux participants à la recherche (voir annexe 4). Les informations recueillies permettent d'obtenir des informations sur la vie personnelle et professionnelle des candidats, de même que leur présence au travail durant les cinq dernières années et les motifs liés aux absences prolongées.

2.2.6 Déroutement de la recherche

Trois centres de santés sont ciblés soit le Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores-Boréales, le Centre de Santé Sainte Famille et le Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda. Après contact téléphonique auprès des directions des ressources humaines de chacun de ces établissements, les directeurs organisent une présentation du projet auprès de leurs gestionnaires pour promouvoir la réalisation de cette recherche auprès de leurs employés. Suite à leur accord, chacune des institutions émet un certificat d'éthique ou encore une lettre d'acceptation attestant l'autorisation de débiter l'étude dans leur établissement (Annexe I). Le tableau 2.2 fournit des explications détaillées sur les caractéristiques de chacun de ses établissements pour l'année 2002-2003.

Pour rejoindre l'ensemble des employés des centres de santé, un dépliant publicitaire est envoyé à même le relevé de paie (Annexe II) et des affiches promotionnelles sont placées dans des endroits stratégiques à l'intérieur des départements. Les travailleurs qui identifient la présence des symptômes mentionnés dans le dépliant et qui sont intéressés à participer communiquent par téléphone avec la chercheuse. Celle-ci leur fixe un rendez-vous. Le rendez-vous se déroule à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement selon le choix du participant. Pour accroître la motivation du groupe témoin à collaborer à la recherche, les participants reçoivent 25\$ à chacune des deux rencontres.

Lors de la première rencontre, le formulaire de consentement est présenté. Le candidat qui accepte d'y participer doit le signer. Suite à son approbation, la chercheuse procède aux évaluations. Les deux premiers questionnaires (critère clinique et le Rosenberg) sont administrés par la chercheuse. Les autres instruments de mesures, de même que le questionnaire socio-économique sont auto administrés. La chercheuse explique au sujet la procédure pour répondre aux tests présentés dans l'ordre suivant : questionnaire socio-économique, le MBI, Analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel et l'inventaire de Beck. Après avoir donné les consignes requises, la chercheuse invite le participant à compléter les tests psychométriques. En tout temps, il peut poser des questions. Chacune des rencontres consacrées à la passation des tests se déroule de la même manière. Le temps requis pour la première rencontre varie entre 1 h 00 et 1 h 30.

À la fin des évaluations, le candidat dans le groupe traitement reçoit un rendez-vous afin de débiter le traitement de la thérapie brève. Pour le du groupe témoin, chaque participant est informé qu'il recevra un appel téléphonique dans neuf mois afin de compléter la seconde évaluation. Les candidats du groupe témoin participent à deux évaluations, tandis que le groupe traitement participe à trois évaluations, avant de débiter la thérapie, immédiatement à la fin et six mois plus tard.

Selon le souhait du participant, les séances de thérapie ont lieu dans le secteur de La Sarre ou de Rouyn. Le sujet décide ce qui lui convient le mieux. Toutes les entrevues réalisées sont enregistrées (audio). Cette mesure est prise pour s'assurer que le programme de la thérapie brève est bien implanté (le directeur de la recherche peut ainsi écouter chaque entretien et planifier avec l'intervenante la prochaine rencontre, selon le modèle de la thérapie brève). Le client est informé de cette procédure dans le formulaire de consentement. Ces enregistrements seront écoutés uniquement par la chercheure et son directeur de recherche. Enfin, ces enregistrements seront détruits à la fin de la recherche.

2.2.7 Considérations éthiques

2.2.7.1 Étude au plan scientifique

Il y a des avantages importants à réaliser ce type d'étude dans le réseau de la santé. Cette recherche permet de valider un type de traitement auprès des travailleurs les

plus affectés par l'épuisement professionnel. Si le traitement s'avère efficace, cette étude fournira alors des moyens d'aider ces travailleurs à maintenir leur santé psychologique au travail. Elle permettra aussi d'éviter les hauts taux de congés maladies que l'on connaît actuellement.

Cette étude peut bénéficier non seulement aux travailleurs, mais aussi à l'ensemble de la population et des employeurs. Présentement, les C.S.S.S sont en pénurie de main-d'œuvre. Ils n'arrivent pas à répondre aux besoins de la population. Les régions éloignées sont encore plus affectées par cette situation. Offrir des solutions (rétablissement de la santé) pour le personnel épuisé permet de traiter et de récupérer plus rapidement ce personnel afin de pouvoir à nouveau offrir le niveau de services requis à la population en besoin.

Enfin, cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, celui du comité d'éthique du RSSSAB, de même que ceux des Centres de Santé Sainte-Famille et le Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda (voir annexe I).

2.2.7.2 Consentement libre et éclairé

Le formulaire de consentement utilise un langage compréhensible par le client (voir annexe III). Le sujet reçoit toutes les informations concernant la recherche de même que son implication s'il accepte de participer. Une attention particulière est

accordée pour expliquer l'importance de la confidentialité dans ce projet. Les noms sur les questionnaires sont changés par des numéros. Le droit d'enregistrer les entrevues thérapeutiques se fait avec une feuille d'autorisation écrite et signée (voir annexe III). Les enregistrements sont effacés à la fin de l'étude. La confidentialité est assurée au même titre que les entrevues thérapeutiques selon les règles de la corporation des psychologues. Enfin, les données concernant les participants à cette recherche ne seront pas acheminées aux archives médicales, ni à l'employeur, ni à l'assureur.

2.2.7.3 Discrimination

Le groupe expérimental reçoit le traitement de la thérapie brève. Le groupe témoin reste libre d'aller vers les traitements conventionnels. Lorsque les candidats du groupe témoin demandent les ressources existantes pour les aider, la chercheuse les orientent vers les traitements conventionnels connus et utilisés. Le groupe témoin ne vit donc pas de discrimination à cet égard.

CHAPITRE III : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 Présentation des résultats

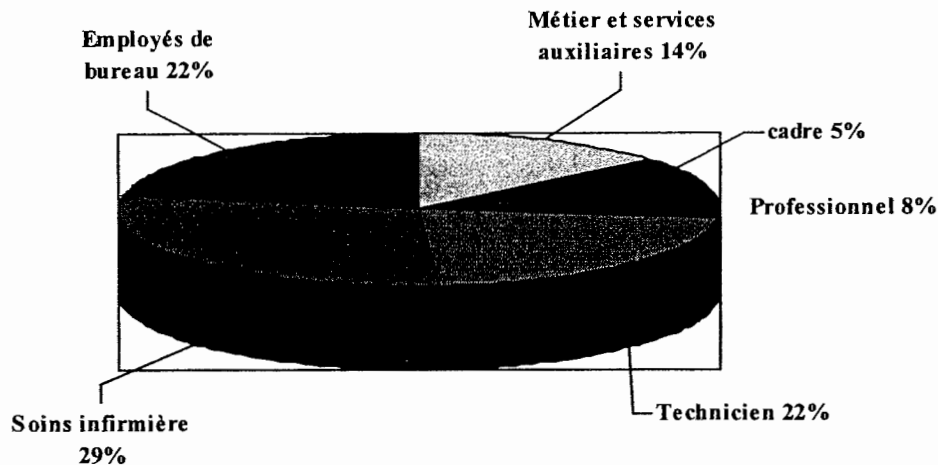
Les résultats sont présentés en cinq principales parties. La première rapporte les résultats concernant les caractéristiques socio-économiques des répondants. La seconde expose les données descriptives, de même que les résultats des analyses de covariances (ancovas) pour chacune des mesures. Ces analyses révèlent l'existence ou non d'un changement significatif dans les valeurs des différentes variables dépendantes à l'intérieur des deux groupes. Pour chacun des tests, l'analyse des résultats se fera à partir de statistiques comparatives inter et intra groupes aux deux périodes d'évaluations. L'erreur alpha acceptée est de $P < 0,05$ (Hulley et al., 2001). La troisième partie porte sur les différences entre les deux groupes en terme d'absences au travail. La quatrième section compare les variables dépendantes (tests t appariés) du groupe traitement aux trois évaluations. La dernière section s'intéresse à l'analyse corrélacionnelle des variables dépendantes à l'étude.

3.2 Données socio-économiques des participants

Les répondants forment deux groupes. Le premier, le groupe traitement, comprend 13 sujets tandis que le groupe témoin en compte 24. La figure 1 indique le pourcentage des participants selon leur catégorie d'emploi. Le personnel des soins infirmiers constitue la catégorie d'emploi la plus représentée dans notre échantillonnage. Un phénomène prévisible compte tenu que le personnel en soins infirmiers occupe 23% des emplois dans les Centres de santé et des services sociaux au Québec (MSSS, 2004).

Figure 1.

Pourcentage des participants selon les catégories d'emploi



Le tableau 3.1 présente les caractéristiques socio-économiques des deux groupes. L'analyse de la variance multivariée de type Hotelling T^2 révèle que les deux groupes sont équivalents au départ sauf au plan de la scolarité.

L'âge moyen des candidats est de 43 ans (variant de 23 et 55 ans) ce qui correspond à l'âge moyen des travailleurs œuvrant dans les réseaux de santé et des services sociaux au Québec. Plus de 70% des répondants détiennent un poste depuis dix ans et plus. En terme de scolarisation, 75,6% possède une formation de type collégial ou universitaire. Une seule variable diffère significativement soit le nombre d'années de scolarité. Les résultats de plusieurs études recensées ne permettent pas de tirer des conclusions évidentes sur les liens entre cette caractéristique socio-démographique et l'épuisement professionnel. L'influence de ce facteur n'est pas démontrée de façon probante. Pour les semaines d'arrêt de travail liées à des causes physiques ou

psychologiques, 45,9 % des candidats n'ont jamais vécu d'arrêt de travail et 86,5% n'ont pas vécu une seconde absence au travail. Le temps d'absence varie entre une et 130 semaines. En incluant la réintégration progressive, 8% des gens dépassent 42 semaines d'arrêt. La durée du second arrêt de travail varie de 2 à 38 semaines. Aucun des sujet des deux groupes ont vécu plus de deux arrêts de travail au cours des 5 dernières années.

Tableau 3.1
Caractéristiques socioéconomiques des groupes

| Variable | Groupe traitement (n=13) | Groupe témoin (n=24) | F | Signification |
|--|--------------------------------|----------------------------|------|---------------|
| Âge | 40,54 (8,51) | 44,42 (8,31) | 1,81 | ,19 ns |
| Expérience travail,(années) | 13,74 (8,67) | 18,50 (8,41) | 2,64 | ,11 ns |
| Ancienneté établissement | 20,63 (7,64) | 19,00 (8,22) | ,32 | ,56 ns |
| Durée du poste (années) | 16,32 (10,96) | 13,80 (7,40) | ,70 | ,41 ns |
| Scolarité (années) | 17,04 (3,00) | 14,58 (1,98) | 8,99 | ,01 s |
| Nombre d'enfant | 1,38 (1,21) | 1,50 (0,98) | ,11 | ,75 ns |
| Semaine Arrêt travail (1 ^{er}) Physique/psychologique | 14,07 (24,53) | 20,04 (29,33) | ,39 | ,53 ns |
| Semaine Arrêt travail (2 ^e) Physique/psychologique | 2,38 (6,90) | 2,83 (9,67) | ,02 | ,88 ns |

* Moyennes et (écarts types) $P < ,05$ ns : non significatif n : significatif

Le tableau 3.2 présente les données socio-économiques de nature qualitative en pourcentage. La répartition des hommes et des femmes dans chacun des groupes ne présente pas de différence significative. La proportion des femmes, soit plus de 80 %, correspond à celles des milieux de santé. Des études démontrent que les femmes présentent un plus haut niveau d'épuisement émotionnel, alors que les hommes rapportent d'avantage de dépersonnalisation et de perte d'accomplissement personnel (Maslach et al., 1996).

Malgré l'absence de différence significative entre les groupes, on note qu'un plus grand nombre de travailleurs du groupe témoin occupent des postes à temps partiel, soit 42 % comparativement à 8 %. Selon Brun et al., (2002), les travailleurs occupant un poste occasionnel ou à temps partiel sont moins à risque de développer un niveau élevé de détresse que leurs pairs occupant un poste à temps complet. Ce phénomène s'explique par un nombre plus élevé de congés pour se reposer. Considérant qu'un nombre plus élevé de travailleurs du groupe traitement occupe un poste à temps plein, il est donc normal de constater que 62 % détiennent un horaire de semaine. Les postes à temps partiels sont enclins à des horaires rotatifs. Dans maints secteurs de l'organisation, la profession des soins infirmiers exige une disponibilité d'horaire rotative et ce, surtout dans le centre hospitalier. Le trois quart des candidats des deux groupes occupent un poste de jour, ceux-ci sont moins à risque que les travailleurs de soir ou de nuit. Plusieurs études démontrent que le travail de nuit augmente le risque en terme d'épuisement. Les difficultés de l'horloge biologique à s'adapter ainsi que l'accumulation de la fatigue sont causées par le manque de sommeil. La moitié des participants dans chacun des deux groupes ont des enfants qui vivent à la maison. Certaines études indiquent que ce facteur ne contribue pas à accroître les risques d'épuisement professionnel. D'autres études vont dans le sens inverse indiquant que les femmes ayant des enfants sont plus exposées à l'épuisement puisqu'elles jumellent deux tâches, l'éducation des enfants étant réservée en grande partie aux femmes. Dans le groupe témoin, un tiers des gens vivent seuls (29 %) comparativement à 8 % pour le groupe traitement, cet écart n'est pas statistiquement significatif. Des recherches démontrent que les gens qui vivent seuls sont plus à risque de détresse psychologique que

ceux en couple, à cause de l'absence de support à la maison. Le tableau démontre que très peu de candidats consomment des antidépresseurs.

Tableau 3.2
Caractéristiques socioéconomiques

| | <i>Groupe traitement (n = 13)</i> | <i>Groupe témoin (n = 24)</i> | <i>Khi²</i> |
|-----------------------|---|---------------------------------------|------------------------|
| Femmes | 85 % | 91 % | ,4 ns |
| Hommes | 15 % | 9 % | |
| Poste – temps complet | 92% | 58% | 6,4 ns |
| Poste – temps partiel | 8% | 42% | |
| Horaire – semaine | 62% | 41% | 1,3 ns |
| Horaire – rotatif | 38% | 58% | |
| Travail – jour | 85% | 71% | ,87 ns |
| Travail – soir/nuit | 15% | 29% | |
| Famille – seul | 8% | 29% | 5,1 |
| Famille – couple | 38% | 21% | |
| Famille – enfant(s) | 53% | 50% | |
| Antidépresseurs | 7,6% | 16,6% | ,6 ns |

P<,05 ns : non significatif

L'analyse de variances multivariées de type de Hotelling T² (voir tableau 3.1 et annexe 4) réalisée à partir de l'ensemble des variables au pré test permet d'établir que les deux groupes proviennent d'une même population puisqu'il n'y a pas de différence significative à p<0,05 (F = 1,30 , p< 0,29, Eta 0,57, à une puissance de 0,547). De même, l'analyse des variables non-paramétriques (tableau 3.2) réalisée à partir d'un test de Khi-carré de Pearson (Khi²), démontre qu'il n'existe aucune différence significative entre les groupes au pré-test.

3.3 Analyse des variables dépendantes

Cette section analyse les résultats en relation avec les trois premières hypothèses de recherche. Pour évaluer les effets du traitement de la thérapie brève une analyse de covariance, ancovas, est calculée sur chacune des variables dépendantes en relation avec les résultats obtenus par les deux groupes au pré et au post-test.

3.3.1 Analyse de l'épuisement professionnel, MBI

Selon l'auteur du test MBI, l'épuisement émotionnel constitue le symptôme central et le premier facteur à apparaître dans l'épuisement professionnel (Maslach et Jackson, 1986). Aussi, tel que mentionné dans les critères d'inclusion, les candidats recrutés dans cette recherche présentent au départ un score *élevé* au sous-test de l'épuisement émotionnel, soit plus de 27 (sur un résultat maximum de 54).

Résultats au pré test. Comme l'indique le tableau 3.3, au début de l'étude, les deux groupes sont équivalents aux trois échelles : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel. Ainsi, les individus du groupe traitement et du groupe témoin présentent un score élevé et quasi identique d'épuisement émotionnel, soient respectivement 39 et 40. En comparaison, la population générale se situe à 21, tandis que l'ensemble des infirmières québécoises obtient un score de 24 (Dion et Tessier, 1994).

Tableau 3.3.
Scores* d'épuisement professionnel au MBI

| | <i>Groupe traitement (n = 13)</i> | | <i>Groupe témoin (n = 24)</i> | |
|---------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------|------------------|
| | <i>Pré test</i> | <i>Post test</i> | <i>Pré test</i> | <i>Post test</i> |
| Épuisement émotionnel | 38,9 (6,8) | 14,8 (6,3) | 40,0 (6,06) | 33,4 (10,9) |
| Dépersonnalisation | 12,1 (8,2) | 5,6 (5,2) | 10,2 (5,9) | 8,7 (6,4) |
| Accomplissement personnel | 34,1 (6,2) | 40,3 (4,0) | 31,2 (7,2) | 32,1 (8,8) |

* Moyennes et (écarts types)

Sur l'échelle de dépersonnalisation, l'ensemble des participants se classe à un niveau intermédiaire (situé entre 7 et 12.9), même si près de la moitié d'entre eux se retrouvent au niveau élevé (13 ou plus). Enfin, à l'échelle de l'accomplissement personnel, les deux groupes obtiennent aussi des scores semblables.

Résultats au post test. À la suite de la thérapie brève, les participants au groupe traitement affichent une nette amélioration au plan de l'épuisement émotionnel, passant d'un score de 38,9 à 14,8. La majorité d'entre eux (près de 80 %) ne présentent plus du tout de symptômes d'épuisement émotionnel. Enfin, ce groupe traitement enregistre aussi une amélioration aux deux autres échelles, soit la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Pour sa part, tout en présentant une légère amélioration après une période de neuf mois, le groupe témoin demeure tout de même à un niveau élevé d'épuisement émotionnel (33,4) et à un niveau intermédiaire aux deux autres échelles.

Analyse de covariances, ancova. L'effet de la thérapie brève sur l'épuisement professionnel est évalué en effectuant l'analyse de covariance sur les variables à deux moments : pré-test et post-test. Résultats : on obtient une différence significative à l'échelle d'épuisement émotionnel : $F(1,34) = 36.35, p < .001$, de même qu'à l'échelle d'accomplissement personnel : $F(1,34) = 8.09, p < .008$. Par contre, il n'y a pas de différence significative à l'échelle dépersonnalisation : $F(1,34) = 3.52, p < .09$. En somme, l'hypothèse 1 est confirmée : l'intervention de la thérapie brève entraîne une diminution significative des symptômes de l'épuisement professionnel chez les travailleurs du RSSS et, plus particulièrement, du symptôme central, soit l'épuisement émotionnel.

3.3.1 Analyse de l'inventaire de la dépression de Beck

Comme l'indique le tableau 3.4, les deux groupes sont équivalents au début de la recherche à l'inventaire de la dépression de Beck. Leurs moyennes se situent à la limite inférieure de l'état dépressif (score 17 à 20, voir annexe IV). De plus, dans chacun des groupes, près de 40% des participants présentent un niveau de dépression d'intensité moyenne (score 21 à 30, voir annexe IV). Les résultats obtenus au post test révèlent une amélioration considérable chez le groupe traitement, passant de la limite inférieure d'un état dépressif au pré-test, à un niveau de variation normal de l'humeur, au post-test. La diminution des symptômes de l'humeur dépressive est de l'ordre de 80 %. Pour sa part, le groupe témoin affiche une légère diminution des symptômes de dépression. Néanmoins, plus de 60 % des sujets de ce groupe présentent, neuf mois plus tard, le même état initial toujours à la limite inférieure de la dépression.

Enfin l'analyse de covariance révèle une différence significative, $F(1, 34) = 40,8$, $p < ,001$. Ce résultat confirme l'hypothèse 2 : l'intervention de la thérapie brève entraîne une diminution significative de l'humeur dépressive chez les travailleurs du R.S.S.S.

Tableau 3.4
Comparaison des résultats*
à l'inventaire de la dépression de Beck

| | <i>Pré-test</i> | <i>Post-test</i> |
|-------------------------------|-----------------|------------------|
| Groupe traitement (n = 13) | 18.9 (5.42) | 3.7 (3.95) |
| Groupe témoin (n = 24) | 18.7 (8.24) | 14.9 (8.56) |

* Moyennes et (écarts types)

3.3.2 Analyse de l'estime de soi

Deux tests psychométriques sont utilisés pour mesurer l'estime de soi : le Rosenberg qui mesure l'estime de soi en général et l'Inventaire de l'estime de soi sans l'aspect culturel forme AD, pour adultes.

Comme l'indique le tableau 3.5, les moyennes obtenues par les deux groupes au pré-test Rosenberg sont équivalentes. L'échelle d'interprétation des résultats du Rosenberg situe les candidats de deux groupes au niveau d'une très faible estime de soi (Rosenberg 1969, traduction Chambon 1992). Rappelons que les gens qui démontrent une faible estime de soi doutent plus facilement de leur compétence et se remettent en question régulièrement.

Tableau 3.5
Échelle d'estime de soi – Rosenberg

| | <i>Pré test*</i> | <i>Post test</i> |
|-------------------------------|------------------|------------------|
| Groupe traitement (n = 13) | 28,8 (4,9) | 35,7 (3,2) |
| Groupe témoin (n = 24) | 29,5 (4,5) | 31,3 (3,56) |

* Moyennes et (écarts types)

Les résultats obtenus font aussi état d'une amélioration importante de l'estime de soi pour le groupe traitement qui passe ainsi d'une très faible estime de soi, au pré-test à une bonne estime de soi au post test. À l'opposé, aucun changement significatif ne se produit pour le groupe témoin 9 mois après la première évaluation.

L'analyse de covariance, ancova, $F(1, 34) = 30,24$, $p < ,000$, au test d'estime de soi de Rosenberg confirme l'hypothèse 3 : La thérapie brève entraîne une augmentation significative de l'estime de soi des travailleurs du R.S.S.S.

Pour sa part, l'Inventaire de l'estime de soi sans aspect culturel comporte une échelle globale de mesure d'estime de soi et trois sous échelles : générale, social et personnelle. Comme l'indique le tableau 3.6, la moyenne du groupe témoin ne se distingue pas, au début de l'étude, de manière significative de celle du groupe traitement. La moitié des participants obtiennent un leur résultat de l'estime de soi globale (46%), générale (64,9%) et sociale (46%) dans la classification de l'échelon moyen. Par contre, au sous-test de l'estime de soi personnelle, 75,7% des participants se retrouvent à un niveau faible. Le pourcentage est similaire pour chacun des groupes (groupe traitement

76,9 et groupe contrôle 75%). La perception de son estime de soi personnelle est donc plus affectée que celle des autres secteurs de la vie. L'estime de soi personnelle se rapportant à l'image que l'on a de soi et à la perception de ses émotions.

Il en va autrement au post-test. Alors que l'estime de soi du groupe témoin est demeurée stable au cours des neuf mois de l'étude, la moyenne de l'estime de soi du groupe traité augmente partout. Cette amélioration se manifeste particulièrement au niveau de l'estime de soi globale (passant de 19,8 à 28 au post-test) et au niveau de l'estime de soi personnelle (passant d'une moyenne de 2,5 à 6,2 au post-test).

Tableau 3.6

Inventaire de l'estime de soi sans l'aspect culturel

| | <i>Groupe traitement (n = 13)</i> | | <i>Groupe témoin (n = 24)</i> | |
|-------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------|------------------|
| | <i>Pré test*</i> | <i>Post test</i> | <i>Pré test</i> | <i>Post test</i> |
| Globale | 19,8 (6,5) | 28 (4,6) | 18,8 (6,6) | 19,8 (7,2) |
| Générale | 11,1 (3,6) | 14,5 (2,1) | 10,1 (3,3) | 10,5 (3,7) |
| Sociale | 6,1 (1,7) | 7,2 (0,8) | 5,5 (1,8) | 5,6 (1,8) |
| Personnelle | 2,5 (1,8) | 6,2 (2,0) | 2,6 (1,8) | 3,7 (2,3) |

* Moyennes et (écarts types)

L'analyse de covariance réalisée sur l'inventaire de l'estime de soi sans l'aspect culturel réaffirme l'hypothèse 3, (voir tableau 3.7). Ces résultats soutiennent que l'intervention de la thérapie brève entraîne une augmentation significative de l'estime de soi des travailleurs du R.S.S.S.. Bien que le traitement agit sur toutes les composantes de l'estime de soi, les plus grands changements s'observent sur l'estime de soi personnelle. Le tableau 3.7 montre que l'ampleur de ces changements présentent un grand effet Eta (η^2) qui est supérieur à 0,14 dont la puissance se rapproche de 1 (Stevens, 1996).

Tableau 3.7
Analyse de covariance (ancovas)
Inventaire de l'estime de soi sans l'aspect culturel

| Variables | F (1, 34) | Signification (p) | Eta (n) | Puissance |
|------------------|------------------|--------------------------|----------------|------------------|
| Globale | 23,05 | 0,001 | 0,404 | 0,997 |
| Générale | 19,50 | 0,001 | 0,364 | 0,990 |
| Sociale | 9,12 | 0,005 | 0,212 | 0,835 |
| Personnelle | 16,51 | 0,001 | 0,327 | 0,976 |

3.4 Analyse du maintien des changements

Dans cette recherche, le groupe traitement est évalué à trois reprises, soit avant (pré-test) et après la thérapie (post-test 1) puis six mois plus tard (post test 2). Ces différentes périodes d'évaluations permettent de mesurer l'effet de la thérapie et le maintien des changements. Considérant que les mesures effectuées sur un même groupe ne sont pas indépendantes les unes des autres, le test apparié est utilisé ici puisqu'on administre un seul traitement au même groupe d'individus (Glantz, 1998).

Tel qu'indiqué au tableau 3.8, l'évaluation après le traitement de la thérapie systémique stratégique est significatif au seuil de $P < 0,01$. Plusieurs analyses des variables dépendantes démontrent un seuil significatif à $P < 0,001$, (t théorique=4,318, $dl=12$, $p < 0,001$). L'évaluation du test t apparié, après traitement, confirme à nouveau les hypothèses 1, 2 et 3 sur l'effet du traitement de la thérapie brève, c'est-à-dire la diminution des symptômes de l'épuisement professionnel et de la dépression ainsi que l'augmentation de l'estime de soi.

Tableau 3.8

Test t appariés des variables dépendantes, groupe traitement

| Variables | Test t : après traitement | Significatif | Test t :6mois après traitement | Non Signification |
|-------------------------------|--|---------------------|---|------------------------------|
| Rosenberg Estime de soi | -5,70 | 0,000 | 0,46 | 0,657 |
| MBI Épuisement émotionnel | 8,20 | 0,000 | 2,07 | 0,60 |
| Dépersonnalisation | 3,95 | 0,002 | 0,28 | 0,784 |
| Accomplissement personnel | -4,46 | 0,001 | 0,12 | 0,907 |
| CFSEI-2 estime soi Globale | -4,10 | 0,001 | -1,08 | 0,303 |
| Générale | -3,79 | 0,003 | -0,94 | 0,367 |
| Sociale | -2,84 | 0,015 | 1,00 | 0,337 |
| Personnelle | -4,02 | 0,002 | -1,62 | 0,131 |
| Beck | 8,48 | 0,000 | 0,32 | 0,753 |

$P < 0,001$, $P < 0,01$, $p < 0,05$

Les évaluations réalisées 6 mois après la fin de la thérapie permettent de confirmer que les changements chez les travailleurs du groupe traitement se maintiennent. En outre, comme le test t apparié 6 mois après la fin du traitement ne

présente pas de différence significative entre la thérapie et six mois plus tard, l'hypothèse 4 est retenue. L'augmentation de l'estime de soi et la diminution des symptômes de l'épuisement professionnel se maintiennent, et ce, six mois après la fin de la thérapie brève.

Le groupe contrôle est évalué à deux reprises, soit en pré-test et en post-test neuf mois plus tard. L'analyse des variables dépendantes, réalisée à partir d'un test t apparié n'indique aucune différence significative à un seuil de $P < 0,001$. Par contre à un seuil moindre soit $P < 0,01$, l'épuisement émotionnel indique une différence significative. Malgré le seuil obtenu, la moyenne du groupe contrôle demeure à un niveau élevé d'épuisement émotionnel avec un score de 33 en post test. La variation de l'humeur et l'estime de soi personnel présente et eux aussi une différence significative au seuil de $P < 0,01$. Le groupe contrôle comparé à lui-même présente une amélioration sur ces trois variables, ceci est possiblement attribuable à l'écoulement du temps. Tel que décrit précédemment, les analyses de variable intergroupes démontrent qu'il n'existe pas de différence significative pour le groupe contrôle, tandis que le groupe traitement démontre des différences significatives.

3.5 Absence au travail pour cause d'épuisement professionnel

Le temps d'absence au travail exprimé en jours, est mesuré de la façon suivante. On comptabilise seulement les absences prescrites par le médecin et en lien avec la santé psychologique du travailleur. Les absences partielles ou les jours de retour progressif ne sont pas calculées.

Une seule personne du groupe traitement s'absente de son travail, pour une durée de 20 jours (1 mois), ce qui représente, pour ce groupe une moyenne de 3 jours d'absence par travailleur. Un tel arrêt engendre pour l'employeur un coût direct de 3500.00\$. Dans le groupe témoin, 4 personnes s'absentent du travail pour cause d'épuisement professionnel. Leurs temps d'arrêt varient de 8 à 24 semaines pour un total de 195 jours. Les coûts directs d'absence pour ce groupe se chiffrent à 34 125.00\$. En dépit de ces données, le test t de student ne révèle pas de différence significative entre les deux groupes au plan des jours d'absences, infirmant ainsi l'hypothèse 5 ($t = -1,04$, $p < ,31$). Toutefois, au-delà des analyses statistiques, on voit que le nombre de jours d'absence dans le groupe témoin entraîne des coûts directs beaucoup plus élevés pour l'employeur.

3.6 Corrélation des variables

Pour brosser le tableau des liens existants entre les différentes mesures prises dans cette étude, nous avons analysé les interactions entre les variables au pré-test et au post-test chez les sujets des deux groupes réunis, tableaux A.8 et A.9 (annexe VI) Parmi les échelles de l'épuisement professionnel, une corrélation positive (pré test : $r = ,44$, $p < ,01$, post test : $r = ,54$, $p < 0,05$) apparaît entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Cette dernière est corrélée négativement avec l'accomplissement personnel (pré-test : $r = -,54$, $p < ,01$, post-test : $r = -,60$ $p < ,01$). Les variables de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel ne présentent pas de corrélation significative entre elles.

D'autre part, l'épuisement émotionnel présente la corrélation la plus élevée avec la variation de l'humeur à l'inventaire de Beck (pré-test $r = ,43$, $p < ,01$, post-test $r = ,77$,

$p < ,01$). L'épuisement émotionnel influencerait donc la variation de l'humeur vers des symptômes dépressifs, de manière plus importante que la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. De plus, l'analyse corrélacionnelle indique une relation significative entre d'une part, les trois sous-échelles de l'épuisement professionnel et, d'autre part, les deux échelles d'estime de soi utilisées.

Enfin des corrélacions significatives existent entre les tests et les sous-tests mesurant l'estime de soi. Une bonne estime de soi présente un lien négatif avec la variation de l'humeur et l'apparition de symptômes dépressifs. Donc, plus une personne évalue son estime de soi de manière positive, plus elle aura tendance à présenter une variation de l'humeur se situant à un niveau normal.

3.7 Intervention en thérapie brève

L'intervention de la thérapie brève entraîne des changements comme l'indiquent les résultats significatifs obtenus par le groupe traitement aux mesures de l'épuisement professionnel, de l'humeur dépressive et de l'estime de soi. Telle qu'illustrée au tableau 3.9, la démarche d'intervention en thérapie brève se déroule en quatre temps. Une étude de cas est présentée pour décrire en détails la démarche de la thérapie systémique stratégique qui constitue la variable indépendante de cette étude. Dans le but de préserver la confidentialité de la cliente, les données nominatives sont modifiées (nom fictif, âge, profession, etc.).

Tableau 3.9

Démarche en quatre temps de la thérapie brève

1. DÉFINIR LE PROBLÈME

Quel est le problème qui vous amène ici ? Qui ? Quoi ? Pourquoi maintenant ? Quand ? Où ? En quoi ? Le problème le plus prioritaire ? Position et langage du client ?

2. EXAMINER LES SOLUTIONS TENTÉES ET LES EXCEPTIONS

Solutions tentées : Qu'avez-vous essayé pour régler ce problème ? Que faites-vous quand la situation problème se présente ? Qu'avez-vous dit exactement ?

Exception : Y a-t-il des moments où le problème est absent ? Y a-t-il des petits « morceaux de solution » qui se produisent déjà ? Comment avez-vous fait cela ?

3. CONVENIR DU BUT DE LA THÉRAPIE

Changement minimal: Quel serait le premier signe d'une amélioration ?

Question miracle: Qu'est-ce qui serait différent si vos problèmes étaient réglés ?

Échelles (verbales ou visuelles analogiques). Elles permettent de contourner la difficulté des clients incapables de décrire *en termes concrets* leur problème ou le *but visé* en thérapie.

4. FORMULER ET METTRE EN OEUVRE LE PLAN D'ACTION

(visant à faire quelque chose de différent pour interrompre ce qui ne marche pas)

Durant les entretiens

Utilisation d'une variété de techniques d'influences thérapeutiques.

Aux retours (après une brève pause introduite avant la fin de chaque entretien)

Validation, encouragement et prescriptions de comportement / évaluation du client

Au dernier entretien

Épilogue. Selon votre expérience, quels sont les meilleurs conseils que je pourrais transmettre à mes futurs clients pour les aider à surmonter des problèmes comme ceux que vous aviez au début de nos rencontres ?

Prévoir une relance dans environ 6 mois pour évaluer l'évolution de l'intervention.

Étude de cas

Maria est submergée par le travail

Situation : Maria est âgée de 45 ans et travaille au centre de santé à titre d'infirmière depuis plus de 15 ans. Elle décide de participer à la recherche parce qu'elle sent sa santé psychologique et physique se détériorer et qu'elle identifie chez elle la présence de plusieurs symptômes de l'épuisement professionnel décrits dans le dépliant. Depuis plus de six mois, elle présente les signes suivants : fatigue constante et généralisée à l'ensemble de sa vie, manque d'énergie, intolérance à l'égard des autres, perte de sentiment d'accomplissement, insatisfaction constante à son travail, troubles de sommeil, augmentation du stress, sentiment d'être submergée par la tâche et fréquents maux de tête mais uniquement les jours de travail. La cliente s'inquiète de sa santé puisqu'en dépit des efforts déployés pour se reposer, ses symptômes persistent et s'aggravent. Les évaluations psychométriques confirment l'état de Maria : épuisement professionnel élevé, faible estime de soi et à la limite de la dépression. À la première rencontre, son état d'épuisement se manifeste clairement à travers sa communication non verbale. Au plan personnel, madame vit avec le même conjoint depuis 25 ans. Sa relation de couple est empreinte d'une belle complicité : ils ont plusieurs champs d'intérêts communs. Elle vit une belle relation avec ses deux garçons âgés de plus de 20 ans. Le plus vieux demeure en appartement, tandis que l'autre est de retour à la maison familiale pour la période estivale.

Maria éprouve le besoin de demander de l'aide en thérapie dans le but de se sentir mieux. L'indication sur le dépliant d'un maximum de 10 séances thérapeutiques

correspond à ses attentes. Dans les pages qui suivent, les données cliniques sont présentées de façon chronologique. Chaque entretien a été enregistré sur bande audio.

Premier entretien. La thérapeute demande à Maria ce qui l'amène en consultation (qui, quoi, quand et où). Maria cherche actuellement de l'aide parce qu'elle a l'impression que sa vie tourne exclusivement autour du travail. Le visage tendu, elle précise : « je me sens fatiguée comparativement à avant, mais je ne peux identifier clairement avant quoi, peut-être avant la fusion [des établissements de santé] ». À son avis, sa fatigue s'accroît depuis 6 mois. Elle parle de coupures de postes et de réduction de personnel en dépit d'un accroissement du nombre de personnes malades. Maintenant le travail est calculé en termes de temps et de coût par traitement, une situation qui la dérange beaucoup. Elle compare ce type de fonctionnement à une entreprise de production : « il faut faire plus d'interventions avec moins de monde sans regarder les changements [...] c'est pas des cannes de tomates qu'on traite, on ne parle pas de cannes de tomates, on parle d'êtres humains...C'est du monde malade qu'on traite. Il faut absorber les imprévus, il y a [des gens] plus malades et d'autres moins malades... Cette mesure de traitement ne devrait pas exister... À quelque part, ce n'est pas une entreprise de production... C'est comme pas dans mon optique ces mesures là, si j'aurais voulu aller dans une manufacture de cannes de tomates, je serais allée là ». Ce qui importe à ses yeux est de donner le meilleur de soi de manière continue à chaque patient.

La cliente expose ainsi sa plainte : « J'ai toujours l'impression de ne jamais avoir

terminé ma journée de travail et le sentiment d'être insatisfaite... Il reste toujours de l'ouvrage, c'est cela qui est tannant. Avant c'était exceptionnel si on laissait de l'ouvrage, qu'on ne prenne pas nos breaks et notre heure de dîner. Maintenant, c'est toujours comme ça ». À la fin de la journée, Maria analyse ses faits et gestes pour évaluer à quel moment elle aurait pu gagner quelques minutes et parvenir ainsi à terminer l'ensemble de ses tâches.

La thérapeute demande à Maria de raconter comment se déroule sa soirée après le travail. Elle répond : « Je fais n'importe quoi pour ne pas penser au travail. C'est plus sain comme cela. Mais je suis déçue de passer plus que 8 heures au travail, déçue d'être fatiguée, de m'empêcher de faire des choses chez-nous parce que le lendemain au travail, je ne peux donner le rendement que je veux. J'aurais le goût de faire des choses mais je suis trop fatiguée, c'est comme si je consacrais plus de 8 heures au travail. Avant, le soir, je faisais ce que je voulais. Là, il faut que je planifie. Il faut que je m'économise pour retourner travailler le lendemain pour être en forme. Tandis que la fin de semaine, c'est moins de calcul ». Les réponses de Maria révèlent qu'elle possède toujours plus d'énergie les fins de semaine.

Pourquoi maintenant : À maintes reprises, Maria a parlé de cette situation à ses supérieurs immédiats mais sans succès. Les exigences du travail ont continué à s'accroître. Elle craint pour sa santé compte tenu qu'elle se voit sur la pente du burnout. La cliente aimerait diminuer son niveau de stress. Elle pense qu'elle doit personnellement changer puisque la situation ne changera pas. *En quoi est-ce un*

problème ? L'absence d'énergie entraîne des conséquences négatives sur sa vie personnelle. Le soir à la maison, elle réalise très peu d'activités par peur de ne pas pouvoir s'acquitter de ses tâches le lendemain. Elle se couche maintenant plus tôt que d'habitude (soit à 21 h 30) compte tenu de sa fatigue persistante. En dépit de ce changement, elle s'endort souvent encore plus tôt sur le divan. Elle a l'impression que sa vie tourne entièrement autour du sommeil et du travail, ce qui la déçoit profondément. Elle est plus irritable et intolérante à l'égard de ses collègues de travail, une réaction nouvelle de sa part qui l'inquiète.

Positions et langage du client. Madame trouve anormal que sa vie tourne exclusivement autour du travail. Comme elle s'attribue peu de pouvoir pour changer le contexte de travail, elle indique qu'elle veut travailler sur elle-même. Plus spécifiquement, Maria vient chercher de l'aide pour changer sa façon d'être au travail et vivre moins d'impuissance et de culpabilité. Elle croit qu'elle s'épuise à chercher continuellement des solutions. Elle se sent en perte d'énergie. À son avis, elle est dans une étape préliminaire à l'épuisement professionnel compte tenu qu'elle n'est pas toujours malheureuse. Elle saura qu'elle va mieux si ses questionnements continus diminuent.

Solutions tentées. Chaque jour, Maria revoit l'ensemble de son travail parce que ses tâches ne sont pas complètement terminées. Elle tente alors de trouver les actions qui lui permettraient de gagner du temps. À partir de cette évaluation, elle apporte des ajustements en conséquence. Ainsi, elle a coupé ses pauses et son heure de dîner pour

parvenir à compléter sa charge de travail avant la fin de la journée. Ses stratégies fonctionnent. Toutefois, elle se sent coupable de ne pas terminer son travail lorsque le nombre de clients est plus élevé ou encore que ces derniers sont plus malades.

Jeu sans fin. Plus elle cherche des solutions pour répondre aux exigences de son travail (incluant couper ses pauses, son heure de dîner, etc.), plus elle se sent coupable de laisser du travail aux autres. Plus elle se sent coupable, plus elle cherche des solutions pour répondre aux exigences de son travail.

Exceptions. Lorsqu'il y a moins de travail au département – une situation qui se produit très rarement – elle se dit satisfaite de sa journée et n'analyse pas ce qu'elle aurait dû faire pour gagner du temps. En outre, lorsqu'elle est très fatiguée, elle doit prendre ses pauses parce qu'elle est incapable de se concentrer. Enfin, les fins de semaine, elle réalise parfois des activités qu'elle aime, ce qui réduit son état de fatigue.

But de la thérapie. La cliente aimerait diminuer ses perpétuelles remises en question à la fin de ses journées de travail. Exemple : « Est-ce que j'ai fait la bonne chose au bon moment ? ». Le thérapeute convient avec la cliente du changement minimal à l'aide d'une échelle analogique allant de 0 (aucune réussite : vous êtes constamment en remise en question) à 10 (réussite totale : aucune remise en question). Actuellement la cliente se situe à 5 sur l'échelle : elle se sent ambivalente, impuissante et se remet régulièrement en question à la fin de la journée de travail. Durant la thérapie, Madame souhaiterait atteindre 7 : elle sera alors certaine des actions posées, doutera moins d'elle,

ne vivra pas de sentiment d'impuissance et se sentira davantage en contrôle.

À la pause et pour interrompre ce qui ne marche pas, nous élaborons le plan d'action suivant. Ici, le dénominateur commun des solutions tentées se résume à identifier des stratégies pour sauver du temps dans le but de réussir à terminer ses tâches la prochaine fois. L'orientation opposée aux solutions tentées sera de cesser de mettre de l'énergie à chercher des solutions pour gagner du temps. Pour y parvenir, la première étape consiste à introduire une action nouvelle permettant d'observer et de comprendre comment se déroulent les journées de travail qui vont bien. De plus, on encourage la cliente à faire davantage une exception qui fonctionne les fins de semaines, c'est-à-dire réaliser des activités personnelles qui lui procurent détente et énergie. La nouveauté ici sera de réaliser ces activités les soirs de la semaine.

Retour. Encouragement. Le thérapeute dit : « Dans un premier temps, je veux te féliciter d'être venue consulter. Tu as bien identifié le problème à résoudre. » La cliente réagit en disant merci à la thérapeute qui ajoute : « je trouve qu'effectivement tu possèdes une bonne attitude face au travail en début de semaine. Je t'encourage à garder espoir que la situation au travail va s'améliorer ». *Validation.* « Je suis d'accord avec toi quand tu dis qu'on ne traite pas des cannes de tomates, mais des humains. » Se sentant comprise, la cliente sourit. « Effectivement, à la fin de la semaine de travail, tu te sens plus pesante... c'est plus lourd pour toi ». *Prescription de comportement.* « Les tâches que je vais te demander de faire sont difficiles à accomplir, mais il est très important de les réaliser d'ici notre prochain rendez-vous ». La cliente acquiesce par un signe de la

tête. La thérapeute lui tend une tablette à écrire à la cliente et mentionne qu'il y a trois tâches. La première : « Pour cette semaine seulement, j'aimerais que tu ne penses pas à trouver des solutions pour améliorer la situation au travail. Exemple, ne pas analyser ton travail pour trouver à quel endroit tu aurais pu gagner du temps ». La seconde tâche : « J'aimerais que tu observes les moments où ça va mieux au travail et que tu les notes. Tu reviens avec ces observations et on va en reparler à la prochaine rencontre ». Troisième tâche : « À deux reprises, le soir après le travail, tu vas réaliser une activité que tu aimes. Le lendemain, j'aimerais que tu notes ce qui s'est passé ».

Deuxième entretien (une semaine plus tard). Maria a réalisé toutes les tâches proposées. Elle indique que la semaine s'est bien déroulée. Elle annonce être à 9,5 sur l'échelle où 10 signifie une réussite totale (aucune remise en question). La thérapeute s'étonne de ces résultats. Elle explore les événements et les actions qui expliquent une telle amélioration. La cliente attribue ces changements au virage informatique vécu au département. À son avis, cette semaine, les attentes étaient moins élevées que d'habitude. L'équipe était plus enjouée et vivait moins de pression. La réalisation de la première tâche prescrite amène la cliente à réaliser que l'objectif convenu ne correspond pas à ce qui la perturbe. Toute sa vie, elle s'est posée des questions sans pour autant se sentir mal. Selon la cliente, cesser de se questionner pour régler une problématique signifie tout accepter et devenir fataliste. La thérapeute convient alors avec la cliente d'un nouvel objectif avant de passer aux autres tâches.

Nouveau but de la thérapie : Maria aimerait qu'on l'aide à cesser de se sentir

coupable lorsqu'elle quitte à la fin de son quart de travail et qu'il reste encore des tâches inachevées. Sur une échelle intitulée « capacité à laisser du travail aux autres sans se sentir coupable » allant de 0 (totalement incapable) à 10 (totalement capable), la cliente se situe actuellement à 1 ou 2. Cette situation la dérange fortement. À chaque fois, elle perd le contrôle de ses émotions et tente de trouver où elle aurait pu gagner du temps. **Changement minimal :** la cliente souhaite atteindre 5 sur l'échelle. À ce niveau, elle explique qu'elle serait plus rationnelle dans son mode de penser et en contrôle de ses émotions.

Exception. Elle n'arrive pas à identifier des moments où elle fut capable de laisser du travail sans se sentir envahie par un profond sentiment de culpabilité.

Après avoir convenue du nouvel objectif, la thérapeute poursuit avec les deux autres tâches prescrites. Maria devait observer les bons moments au travail et les noter. Elle rapporte se sentir mieux lorsqu'on la félicite. Par exemple, elle s'est sentie valorisée par les membres de son équipe au sujet de ses capacités d'apprentissage et de ses connaissances en informatique. Toutefois, la cliente disqualifie cette expérience en mentionnant qu'elle voit le besoin d'être valorisé comme du « bébéisme ». La thérapeute recadre cette perception de la cliente en prenant la position suivante : « tout le monde apprécie recevoir des compliments et se sentir valorisée...et c'est normal ». La tâche prescrite a permis à la cliente de repérer quelques événements positifs au travail.

Mardi et mercredi soir, Maria a effectué des activités qu'elle aime. Elle a d'abord

réfléchi pour identifier ce qui lui procure un sentiment de bien être. Le mardi, elle a rencontré son club de bénévoles qu'elle évitait depuis des mois afin d'économiser son énergie. Ce soir là, elle a côtoyé des amis et a bien rigolé. Bien qu'elle décrive la soirée comme étant très agréable, la fatigue s'est fait sentir le lendemain sous forme de maux de tête. Elle associe ces symptômes à l'heure tardive du coucher. Le mercredi, elle a joué dans ses fleurs. Cette activité lui procure beaucoup de plaisir et un sentiment de détente. La thérapeute s'informe de la capacité d'accomplir son travail le lendemain. La cliente confirme qu'elle était en mesure de travailler. Maria est très souriante et enjouée lorsqu'elle raconte le déroulement de ces activités. Enfin, elle révèle ne pas avoir pensé au travail ces soirs d'activités.

(La pause sert à élaborer un plan d'action visant le nouvel objectif tout en considérant les changements obtenus à la suite de la réalisation des tâches prescrites lors du premier entretien. Au travail, madame s'accorde très peu de temps pour récupérer de l'énergie. De plus, la décroissance de sa capacité de concentration à la fin de la journée de travail rend les tâches plus difficiles à accomplir. Compte tenu des informations obtenues à ce jour, la cible thérapeutique sera de prescrire des actions à l'opposé (ou à 180 degrés) des solutions tentées, c'est-à-dire de prendre du temps pour des pauses au travail. Une autre façon d'atteindre la cible thérapeutique sera d'encourager la réalisation d'activités agréables comme moyen efficace pour récupérer de l'énergie.)

Retour. Encouragement. « Je te félicite d'avoir accompli chacune des tâches, tu as bien travaillé... » *Validation.* « D'accord avec toi que lorsque tu es plus fatiguée, tu fais

moins bien les choses. C'est normal » *Prescription de tâches*. La thérapeute ajoute : « les tâches que je vais te demander de réaliser cette semaine sont très difficiles, mais il est très important que tu les réalises pour continuer à avancer... Les pauses au travail sont des périodes nécessaires pour... refaire le plein d'énergie et, par la suite, se remettre au travail et être ainsi plus productifs. Lorsque les gens ne prennent pas de pause, ils roulent toujours sur la même énergie... qui ne peut alors que diminuer. Donc, au cours de la prochaine semaine, il sera très important de prendre tes périodes de « break » et ne pas parler de travail dans ces moments-là. » La seconde tâche consiste à noter tous les jours un moment de la journée qui s'est bien déroulé au travail. Noter ce moment à la toute fin de la journée. Une courte phrase suffit. « Pour ta dernière tâche, j'aimerais que, dans un premier temps, tu réfléchisses et que par la suite, tu écrives de manière concrète ce qu'est une bonne journée pour toi ». La thérapeute explique chacune des tâches et demande d'amener à la prochaine rencontre les informations écrites issues des deux dernières tâches.

Troisième entretien (une semaine plus tard). La semaine de travail a été difficile, l'intégration de l'informatique dans le département n'est pas facile, le logiciel comporte plusieurs bogues. Pour passer à travers l'implantation du nouveau système informatique, Maria a demandé à sa supérieure de reporter les rendez-vous des patients. À deux reprises, elle essuie le refus de sa supérieure sous prétexte que d'autres centres hospitaliers ont réussi les transitions informatiques tout en gardant le même nombre de patients. Maria voit dans ce refus le résultat d'une simple compétition qui nuit à toute l'équipe. Frustrée de la situation, elle se choque puis quitte son travail à 15 h 30 sans

aucun remord, ni culpabilité. Cette réaction constitue une exception par rapport au problème. En fait, pour cette journée en particulier, la cliente se situe à 7 sur l'échelle « capacité à laisser du travail aux autres sans se sentir coupable ». Les autres jours, elle atteint entre 3 et 5 sur la même échelle. Maria a transformé la tâche de noter tous les jours un moment de la journée qui s'est bien déroulé au travail par une évaluation de ses émotions en fonction des événements. « Malgré l'informatique, je me félicite et je trouve que je travaille bien ». La thérapeute lui indique qu'elle a très bien travaillé cette semaine. La cliente précise : « Oui, je trouve que j'ai très bien travaillé, mais pas assez comparativement à mes attentes et c'est cela qui me déçoit ». Elle mentionne que ses collègues font beaucoup d'heures supplémentaires. Elle se questionne pour savoir s'il est normal d'avoir d'autres intérêts que le travail. La thérapeute lui répond : « aimer une chose n'empêche pas d'en aimer une autre. On peut aimer son travail et le structurer dans le temps. Moi... ce que je vois dans ce que tu me décris, c'est que le travail est bien structuré dans diverses sphères de ta vie ». La thérapeute recadre l'information en précisant qu'il est sain d'avoir d'autres intérêts en plus du travail. Cette mise au point rassure la cliente.

Depuis la dernière rencontre, la cliente a pris ses pauses tous les avant-midis. Elle a également pris le temps d'aller dîner tous les jours. Durant ces périodes, elle évite de parler de travail. Elle relaxe et se sent plus énergique le reste de la journée. Elle a aussi expliqué à ses consociers que parler de travail à la pause les empêchait de refaire le plein d'énergie et de relaxer. Cette intervention est bien accueillie puisque les membres de l'équipe discutent désormais de tout et de rien sans jamais aborder le sujet du travail.

Maria est fière de ce changement. La thérapeute la félicite de son rôle actif dans cette transformation des échanges au cours des pauses et des heures du dîner.

Malgré cet important début de changement, le critère d'évaluation d'une bonne journée de travail demeure toujours le même pour Maria : « une bonne journée de travail, c'est qu'il ne reste pas d'ouvrage ». La thérapeute fait cheminer la cliente sur ce point en attirant son attention sur les aspects réussis de ses journées de travail. « Admettons qu'il reste de l'ouvrage pour la personne qui rentre, chose qui risque fort d'arriver et qui se passe presque tous les jours [...] Y a-t-il des actions que vous êtes fière d'avoir accomplies durant votre journée ? » La discussion détaillée des réalisations positives au travail permet finalement de mettre en second plan les tâches laissées à l'autre.

Le plan d'action prend en compte le début de progrès rapporté par la cliente. D'abord, on encourage une exception en planifiant lui demander de se fâcher à la fin de sa journée de travail. Elle sera invitée ici à se fâcher en relation avec son travail et non en relation avec ses collègues de travail. Ensuite, on proposera de répéter l'action nouvelle prescrite au premier entretien, à savoir d'effectuer des activités chez-elle le soir. Cette tâche permet à la cliente de se concentrer sur d'autres aspects de sa vie et d'acquérir un gain dans une autre catégorie de ressources.

Retour. Encouragement. La thérapeute félicite Maria pour les tâches accomplies jusqu'à présent. « Je t'encourage à continuer de prendre des moments agréables avec ta

famille, ça te fait du bien ». *Validation.* « Effectivement, lorsque tu as des choses à faire à l'extérieur du travail, cela t'aide à oublier le travail. Tu as raison de dire que 35 heures de travail par semaine, c'est suffisant. Il y a des raisons derrière la limite de 35 heures par semaine. » *Prescription de comportement.* « D'ici notre prochain rendez-vous, j'aimerais que tu réalises une activité dans chacune des catégories suivantes : soit une activité de créativité, de loisir, de performance, une activité physique, une de détente et une agréable. Ces activités doivent être réalisées le soir après le travail. À titre d'exemple d'activités de créativité, tu peux essayer une nouvelle recette. C'est toi qui décide de ce que tu veux réaliser ». Pour la seconde tâche, la thérapeute précise qu'elle lui paraîtra étrange mais n'en demeure pas moins très importante à mettre en action : avant de quitter le travail tous les soirs vers 15 h 30, tu dois te fâcher ou t'enrager en rapport avec le contexte de travail et non envers les collègues. La thérapeute explicite davantage cette tâche. La troisième tâche consiste à noter une fois par jour sur l'échelle de 0 à 10 où elle se situe en relation avec l'objectif de traitement. Enfin, la thérapeute précise qu'il est très important de continuer à prendre ses pauses et d'observer les bons moments qui se produisent au travail.

Quatrième entrevue (deux semaines plus tard). Maria a apprécié la réalisation des activités prescrites. Elle est souriante et enjouée lorsqu'elle en parle. Toutefois, elle craint de manquer d'énergie au travail si elle s'active les soirs de la semaine. Le thérapeute recadre cette perception en disant : « faire des activités qu'on aime le soir après le travail permet de regagner de l'énergie... lorsqu'on garde son énergie seulement pour travailler, celle-ci diminue. » Cette intervention de même que celle portant sur

l'importance de maintenir un équilibre entre les diverses sphères de vie (travail, famille, loisirs et repos) amènent la cliente à attribuer maintenant une valeur positive aux activités du soir. Enfin, la cliente signale la disparition des troubles de sommeil. Le coucher est réparateur lorsqu'elle se couche avant 22 h 30.

Pour arriver à quitter le travail à l'heure prévue (vers 15 h 00), Maria s'est fâchée. Pour ce faire, elle a pensé au contexte de travail dans lequel elle évolue. Elle exprime n'avoir ressenti aucun remord, ni culpabilité. Elle se sentait justifier de quitter à cette heure. Elle a en plus convaincu deux de ses collègues de quitter plus tôt le travail. Elle leur a expliqué qu'elles se comportaient comme des femmes victimes de violence, qu'elles mettaient toujours plus d'effort pour modifier une situation qui ne change pourtant pas. Maria mentionne aussi que les exercices lui aident à faire des prises de conscience. Tous les jours de la semaine, elle a atteint l'objectif : quitter le travail sans se sentir coupable. En moyenne, elle se situe à 7 sur l'échelle.

(À la pause et devant ces progrès importants, le plan d'action vise la consolidation des changements acquis. La première tâche consiste à continuer de mettre en action les tâches prescrites et d'évaluer l'objectif. La seconde tâche vise à consolider l'appui de ses collègues au travail.)

Retour. Encouragement. « Je te félicite d'avoir réalisé les tâches prescrites, les activités le soir après le travail, cela t'aide à reprendre de l'énergie. Je suis impressionnée par le fait que tu aies atteint l'objectif en si peu de temps. Tu te situes en moyenne à 7

sur l'échelle. » La thérapeute indique aussi son étonnement face au travail réalisé auprès de ses collègues et du résultat obtenu. *Validation.* « Je suis d'accord avec toi : faire du point de croix le soir t'aide à décrocher du travail et à te détendre... Le fait de regarder les circonstances qui entraînent un surplus de travail t'aide à quitter le soir ». *Prescription de tâches.* Compte tenu que l'objectif thérapeutique est atteint, la thérapeute suggère simplement de continuer : « j'aimerais que tu continues à te choquer à la fin de la journée de travail vers 15h30... Continue aussi à noter sur l'échelle de 1 à 10 où tu te situes par rapport à l'objectif... Enfin, j'aimerais que tu discutes avec tes collègues des conséquences d'atteindre l'objectif visé... tu peux les aider à analyser la situation en les sensibilisant au chemin parcouru. »

Cinquième séance (deux semaines plus tard). Dès le début, Maria indique qu'elle se sent beaucoup mieux. Les cotes sur l'échelle se situent encore en moyenne à 7. La cliente continue à l'occasion à se choquer pour quitter le travail. Les sentiments de culpabilité sont absents et elle se sent justifiée d'agir ainsi vu le contexte de travail. Elle décrit avoir eu une journée merveilleuse après l'ajout d'un employé dans le service. Elle attribue cet ajout de personnel à ses revendications. En outre, Maria supervise un stagiaire qui s'est joint dernièrement à son équipe. Elle considère aussi l'arrivée de cette recrue comme un bénéfice pour son service. Pour elle, le stagiaire rajeunit les idées dans le département et favorise l'équilibre mental par ses remarques judicieuses sur l'importance de la qualité de vie.

La tâche de discussion avec les collègues n'a pas pu être réalisée. Cependant,

Maria a réfléchi à certaines conversations antérieures avec des collègues qui demeurent après les heures régulières et qui entrent au travail les fins de semaine pour terminer des tâches. À ses yeux, ces personnes aspirent à monter dans la hiérarchie de l'organisation : « il y a des filles au département qui ne prennent pas de vacances, elles pensent et parlent toujours de travail, elles vivent ce qu'elles veulent vivre. C'est un choix qu'elles font là-dedans. Il est bon que je sois différente d'elles parce que ce n'est pas mon choix de vie ». La thérapeute valide l'importance de cette distinction.

Avant la pause, la thérapeute évalue les tâches prescrites jusqu'ici. La cliente continue de prendre ses pauses et ses heures de dîner ce qui lui permet, à son avis, d'avoir plus de concentration et une attention plus soutenue au travail. Vu la disparition des symptômes et l'atteinte de l'objectif convenu, la thérapeute offre à Maria la possibilité de terminer maintenant le traitement ou encore d'avoir une dernière rencontre. La cliente choisit d'avoir une dernière séance pour se rassurer.

(À la pause et devant le maintien de l'amélioration, le plan d'action vise maintenant la consolidation des acquis. On utilisera la tactique thérapeutique « avancer lentement » en n'oubliant pas de mentionner les rechutes comme une étape normale de tout changement.)

Retour. Encouragement. La thérapeute félicite la cliente pour l'accomplissement des tâches et l'atteinte de l'objectif. *Validation.* « Tu as raison de conclure que tes collègues ont des aspirations de vie différentes et qu'il est bon d'avoir une différence entre toi et elles... Les activités en soirée aident à faire autres choses que seulement

travailler... Tu as raison d'être fière du cheminement parcouru ». *Tâches prescrites.* L'objectif thérapeutique étant atteint, la praticienne suggère de simplement poursuivre les actions entreprises jusqu'à présent. Elle met en garde la cliente contre le danger de procéder à d'autres changements dans sa vie en lui spécifiant que souvent, lorsque les gens commencent à aller mieux, ils décident d'entreprendre encore plus de transformations. Elle invite la cliente à continuer à avancer... mais lentement. La thérapeute prévient la cliente qu'il y aura des rechutes. Celles-ci font partie intégrante du processus de changement. La thérapeute ajoute : « heureusement, tu as développé des moyens pour faire face à ces rechutes et retrouver l'équilibre au travail. ». L'entrevue se termine en convenant avec la cliente que la prochaine rencontre sera la dernière.

Sixième séance (quatre semaines plus tard). Dès le début de l'entrevue, Maria mentionne qu'elle relève désormais un nouveau défi au travail. Pour accomplir ses nouvelles fonctions, Maria a demandé et obtenu d'être exemptée de ses tâches régulières. Elle précise spontanément qu'avant la thérapie, elle aurait été incapable de faire respecter ainsi ses limites. Elle en est très fière. Maria fait le bilan de la thérapie : elle se décrit comme plus enjouée au travail et elle éprouve plus de plaisir avec ses collègues. À la fin de la journée, elle quitte facilement le travail. Elle rit en évoquant qu'elle doit parfois se choquer vers 15 h 30. À la maison, son conjoint la trouve plus épanouie. Elle pratique des loisirs qui lui permettent de décrocher facilement du travail.

La cliente juge qu'elle a dépassé l'objectif du traitement, soit d'atteindre 7 sur l'échelle « être capable de laisser du travail sans se sentir coupable ». Au cours du dernier mois, elle a vécu quelques rechutes. Ayant été prévenue, elle considère ces rechutes comme normales. Enfin, elle se dit très fière de son cheminement réalisé en si peu de temps.

(À la pause et face au maintien du changement, le plan d'action visera à rappeler l'importance de continuer les tâches et à convenir d'une relance.)

Retour. Encouragement. La thérapeute félicite la cliente pour son cheminement réussi : « en plus tu es souriante et tu dégages de l'énergie. » *Validation* : « Tu as raison d'être fière des changements réalisés en si peu de temps. » *Prescription de tâches.* La thérapeute présente à Maria le bilan du cheminement et chacune des étapes franchies pour atteindre l'objectif en lui attribuant la pleine responsabilité de la réussite. Selon Maria, la suggestion qu'elle a le plus appréciée fut de maintenir une vie épanouie en dehors du travail.

Relance. (Septième entrevue, 6 mois plus tard). Maria précise qu'elle est très heureuse. Elle quitte facilement le travail sans se sentir coupable. Elle mène une vie équilibrée entre les diverses sphères de sa vie. Elle se sent énergique. Elle réalise des

projets dans sa vie personnelle. Elle ne présente plus de symptômes d'épuisement. La fatigue est présente uniquement les jours qu'elle se couche tard, ce qui est normal à son avis.

Conclusion

Cette thérapie systémique stratégique s'est avérée efficace pour aider Maria à sortir de son épuisement professionnel. Après le traitement, de même que six mois plus tard, Maria ne présente aucun symptôme de fatigue constante, de troubles de sommeil, d'irritabilité. Selon l'évaluation psychométrique, elle n'est plus en épuisement professionnel, elle présente maintenant une bonne estime de soi et une variation de l'humeur dans la normale.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'objectif principal de cette recherche vise à évaluer l'efficacité de la thérapie brève en relation avec les symptômes de l'épuisement professionnel vécus par les travailleurs des centres de santé et des services sociaux. Plus spécifiquement, on mesure l'effet de la thérapie brève sur la diminution des symptômes de l'épuisement professionnel, la réduction de la variation de l'humeur dépressive, l'estime de soi, le maintien des changements six mois après la fin du traitement et le nombre de jours d'absence du travail pour cause d'épuisement professionnel. Ce chapitre se divise en trois sections : l'objectif principal de la recherche, les cinq hypothèses étudiées et une brève discussion sur la portée et les limites de cette recherche.

4.1 Objectif principal de la recherche

Les résultats de cette recherche confirment l'efficacité de la thérapie brève dans le traitement de l'épuisement professionnel de travailleurs des réseaux de santé et services sociaux. Le temps moyen d'intervention pour chaque candidat du groupe traitement est de six rencontres. L'ajout d'un groupe témoin permet de contrôler l'effet de l'écoulement du temps. L'efficacité de la thérapie brève ne résulte donc pas du simple passage du temps.

L'intervention de la thérapie brève préconise en quelque sorte l'apprentissage par l'expérience permettant à l'individu de donner un nouveau sens à son expérience. Tel que le mentionne Carré (1992), l'apprentissage par l'expérience rend productif les

nouveaux savoirs permettant d'accroître l'efficacité, l'autonomie, la capacité de prendre des décisions et l'accomplissement de soi. Les gens qui utilisent des stratégies de résolution de problèmes présentent moins d'épuisement professionnel que leurs collègues de travail (Vanier, 1999). Cela peut expliquer en partie la dissolution des symptômes d'épuisement professionnel chez le groupe traitement, considérant que ceux-ci ont développé et expérimenté de nouvelles stratégies de résolution de problèmes.

L'analyse des tests psychométriques révèle que le groupe traitement ne présente pas de symptôme d'épuisement professionnel à la suite de la thérapie, tout en maintenant une stabilité de l'humeur et une bonne confiance en soi. Ces résultats correspondent au critère d'efficacité décrit par Bérubé (2005) : «Une psychothérapie est réussie si on a pu travailler l'habilité à conduire avec satisfaction les circonstances de notre vie et découvrir nos ressources qui sont des outils pour trouver des solutions nouvelles afin de satisfaire nos besoins et l'environnement». Le groupe traitement a ainsi réussi à développer un nouveau mode de pensées et d'actions permettant de retrouver un sentiment de bien-être dans leurs milieux de travail.

4.2 Hypothèses de recherche

4.2.1 Hypothèse 1

La première hypothèse est confirmée dans le cas de l'épuisement émotionnel et le sentiment d'accomplissement personnel. L'intervention de la thérapie systémique

stratégique entraîne une diminution significative des symptômes de l'épuisement professionnel chez les travailleurs des centres de santé et services sociaux sur l'échelle de l'épuisement émotionnel considéré comme le symptôme principal de l'épuisement ($F=36,25$ $p<,001$), et à l'échelle mesurant le sentiment d'accomplissement personnel ($F=8,09$, $p<,008$). Aucune différence significative n'apparaît toutefois à l'échelle de dépersonnalisation.

Les travailleurs qui ont bénéficié du traitement de la thérapie brève affichent une grande amélioration au post-test. Leurs symptômes liés à l'épuisement professionnel se sont dissous. Ces résultats confirment ce qu'Ogus (1991) a précédemment observé dans sa recherche chez les infirmières, c'est-à-dire que le traitement préventif à l'épuisement professionnel vise l'utilisation de techniques directes destinées à promouvoir le bien-être, l'anticipation des problèmes et le développement de la pensée positive. Ainsi les infirmières qui ont utilisé ces techniques, appelées aussi coping existentiel, présentent un grand sentiment d'accomplissement personnel et un faible degré d'épuisement émotionnel, contrairement à leurs collègues qui n'ont pas utilisé de stratégies. Dans le même sens, Browman et Stern (1995) mentionnent que l'évaluation cognitive que fait l'individu face à une situation stressante, lui permet de recourir à des stratégies qui lui permettent de s'y adapter ou non. La perception (évaluation cognitive) de la situation au travail influence directement le vécu de l'individu et joue un rôle prédominant dans l'épuisement professionnel. Vanier (1999) observe que les risques de burnout s'accroissent quand le travailleur fait une évaluation négative de son environnement de travail et qu'il maintient cette perception.

La thérapie systémique stratégique modifie la perception des candidats vers une vision plus positive du milieu de travail et, à travers l'action ou la prescription de tâches, leur redonne le pouvoir de changer la situation vers un état plus satisfaisant.

Bien que le groupe témoin enregistre un léger changement au post-test du MBI, il se maintient toujours à un niveau élevé d'épuisement émotionnel et à un niveau intermédiaire à l'échelle de dépersonnalisation et du sentiment d'accomplissement personnel.

4.2.2 Hypothèse 2 :

Les résultats confirment l'hypothèse 2 à savoir que la thérapie brève entraîne effectivement une diminution significative des symptômes de l'humeur dépressive chez les travailleurs du RSSS. Au post-test, le groupe traitement présente maintenant une variation normale de l'humeur et peu d'écart entre les scores des participants. Rappelons que l'épuisement professionnel et la dépression sont distincts. Ils se différencient entre autres par leur origine : le burnout se manifeste dans les interactions de l'environnement de travail tandis que la dépression affecte toutes les sphères de la vie personnelle. De plus, Hobfoll et Shirom (2001) soutiennent qu'une exposition prolongée aux symptômes de l'épuisement professionnel peut entraîner des symptômes dépressifs. De leur point de vue, la dépression émerge d'un stade avancé de l'épuisement professionnel dont les symptômes suivent une spirale ascendante. Toutefois, les résultats obtenus par le groupe témoin infirment ce point de vue puisque le niveau de signes dépressifs au post-test est comparable à celui du pré-test (tableau 3.4).

Enfin les corrélations entre l'échelle de dépression et le MBI sont comparables à celles rapportées dans la littérature (Hatinen et al., 2004). Les relations les plus étroites se retrouvent entre la dépression et la sous-échelle d'épuisement émotionnel (pré test $r = ,431$, $p < ,01$, post-test $r = ,769$ $p < ,01$).

4.2.3 Hypothèse 3 :

La troisième hypothèse est validée. Le traitement de la thérapie systémique stratégique entraîne une augmentation significative de l'estime de soi des travailleurs. Les deux tests ; le Rosenberg et l'analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel indiquent des changements similaires concernant l'accroissement d'une meilleure estime de soi suite aux traitements. Les candidats du groupe traité ont progressé d'une estime de soi très faible ou faible au pré-test jusqu'au niveau d'une bonne et très bonne estime de soi au post-test. Ce n'est pas le cas pour le groupe témoin. Celui-ci demeure confiné à une faible ou très faible estime de soi. De plus, le groupe témoin continue d'afficher un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Truchot (2004) obtient des résultats similaires et conclut que l'estime de soi joue un rôle de modérateur face à l'épuisement professionnel. Une faible estime de soi augmente la vulnérabilité à l'épuisement professionnel. Neveu (1996) estime pour sa part que le burnout a un effet sur la perte d'estime de soi. Ces deux facteurs s'influencent mutuellement, la vulnérabilité de l'un entraîne la chute de l'autre.

Enfin, les résultats indiquent une relation significative et inversement proportionnelle entre le test de l'analyse de l'estime de soi sans aspect culturel et l'inventaire de l'humeur dépressive de Beck. La psychothérapie induit un effet positif sur

la perception de son estime de soi et réduit les symptômes dépressifs. De plus, le traitement permet aux individus de retrouver un équilibre dans les diverses sphères de leur vie, permettant aussi de réactiver l'estime de soi ailleurs que dans la performance au travail (Blais 2005). Les tâches prescrites activent et démontrent à la personne qu'elle détient les habilités nécessaires pour assumer le rôle principal dans le changement de sa vie, une telle expérience constitue une valorisation personnelle.

4.2.4 Hypothèse 4 :

Les analyses statistiques confirment la 4^e hypothèse : le changement (l'augmentation de l'estime de soi et la diminution des symptômes de l'épuisement professionnel) se maintient dans le groupe traitement six mois après la fin de la thérapie. Cela confirme l'effet de la thérapie systémique stratégique tel que décrit par Walzlawich et Nadone (2000). Les critères de jugement de l'efficacité d'un traitement sont atteints concrètement lorsque 70 % des cas traités sont guéris par l'effet de l'intervention de la thérapie systémique stratégique. La démarche entreprise pour vérifier la stabilité des effets obtenus par l'intervention respecte la proposition de Murphy et al., (1995) qui recommandent de faire un pré-test et, suffisamment longtemps après la fin de l'intervention (plus de trois mois), de réaliser un post-test.

Le maintien des changements induit par la thérapie brève peut s'interpréter à la lumière de l'étude de Hobfoll (2001) qui arrive à la conclusion que l'accroissement des ressources personnelles constitue un facteur de protection contre l'épuisement professionnel.

4.2.5 Hypothèse 5 :

La dernière hypothèse est infirmée même si le groupe traitement affichent moins de jours d'absence au travail (un total de 20 jours) pour cause psychologique comparé au groupe témoin (un total de 195 jours). L'analyse statistique ne révèle aucune différence significative entre les deux groupes. L'écart n'en reste pas moins important. Le nombre de jours d'absence et leur coût sont beaucoup plus volumineux pour le groupe témoin que pour le groupe traitement. Seulement 7,7 % des candidats se sont absents du travail dans le groupe traitement pour un total de 20 jours. La durée de l'absence est inférieure à celle définie par le guide de l'employeur (2003) pour un diagnostic de trouble d'adaptation situationnelle lié au travail (DSM-IV). En comparaison, on compte 16,6% de personnes absentes dans le groupe témoin pour une période variant de 8 à 24 semaines, une durée d'absence supérieure au délai octroyé dans le guide de l'employeur. Dans cette étude, les statistiques d'absentéisme pour troubles d'ordre psychologique sont inférieures à celles de Brun et al., (2002) qui atteignent entre 20 % et 39 % du total des absences dans divers milieux de travail. Enfin, on note que les participants qui ont diminué leur temps passé au travail ou modifié leur quart de travail (passant du soir au jour) présentent moins de symptômes liés à l'épuisement professionnel que les autres répondants de leur groupe.

Certains auteurs soutiennent que l'arrêt de travail constitue un élément essentiel au traitement de l'épuisement professionnel (Lafleur, 1999). Les résultats obtenus par le groupe traitement supportent l'inverse. Le traitement de la thérapie brève permet aux travailleurs de retrouver un équilibre mental tout en demeurant dans leur milieu de travail. De notre point de vue, l'arrêt de travail constitue souvent un élément d'aggravation du problème. L'arrêt de travail présuppose que rien ne peut être fait pour améliorer la situation.

4.3 Limites de l'étude et suggestions de recherches futures

Cette étude comporte des limites. Premièrement, il est possible qu'un biais de sélection influence la valeur des résultats, considérant que les participants n'ont pas été sélectionnés au hasard. Ils devaient en effet signifier leur intérêt pour être admis dans l'étude. Ces derniers sont donc conscients de leur état et de leur détresse psychologique lié au travail et reconnaissent avoir besoin d'aide. Un facteur de motivation aux changements est donc présent puisque ceux-ci reconnaissaient déjà vivre une diminution de leur qualité de vie au travail. Ils ont en plus été capables de discerner les symptômes de l'épuisement professionnel à partir du dépliant qui leur a été acheminé les invitant à participer à l'étude.

La seconde limite relève de la constitution des groupes. Dans le but d'éviter la contamination inter-sujets et considérant que les centres de santé de notre région sont des institutions de petite taille, la distribution des participants dans chacun des groupes dépendait de leur lieu de travail : tous les participants du CH. Rouyn –Noranda et du

Centre de santé Ste-Famille ont formé le groupe témoin, alors que les treize participants du RSSS des Aurores Boréales ont formé le groupe traitement. À noter qu'en dépit de cette répartition contrôlée, l'analyse socio-démographique révèle que les participants des deux groupes présentent des caractéristiques similaires au départ. Des résultats différents pourraient se présenter dans de plus grandes institutions ou celles situées dans des zones urbaines, l'effet de contamination serait absent et le contexte de travail différent. Un plus grand nombre d'institutions de santé et services sociaux permettraient d'accroître la validité de l'étude.

La troisième limite concerne de la taille restreinte de l'échantillon. Un plus grand nombre de sujets entraînerait une bonification et une généralisation des résultats de l'effet de l'intervention sur la symptomatologie de l'épuisement professionnel.

La quatrième limite provient du fait que le traitement est toujours administré par la même clinicienne. Il est possible que les résultats diffèrent avec d'autres thérapeutes, et ce, en utilisant la même approche thérapeutique. Par contre, les observations réalisées par d'autres milieux avec divers thérapeutes utilisant la même approche ont démontré des résultats similaires.

Enfin, précisions que les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population puisque tous les participants sont des travailleurs des réseaux de santé. Des études ultérieures pourraient être réalisées auprès d'autres populations pour démontrer l'effet du traitement et ainsi le valider.

4.4 Retombées prévues

L'importance clinique de cette recherche vise à démontrer l'efficacité d'un type de thérapie concernant l'épuisement professionnel (troubles d'adaptation situationnelle reliés au travail). Elle présente des avantages pour l'employé et l'employeur ainsi qu'une réinsertion au travail plus structurée avec un soutien plus rapide. Elle permet aussi d'éviter un nombre important de rechutes car l'individu aura changé sa manière de percevoir le système dans lequel il évolue et de mieux s'adapter par l'action, à l'intérieur de celui-ci.

4.5 Portée de la recherche

Cette étude est la première à notre connaissance à explorer l'effet du traitement de la thérapie brève auprès des travailleurs du réseau de la santé en épuisement professionnel et encore au travail. Les résultats obtenus montrent qu'un traitement préventif est possible et efficace. Ce type d'approche guide les employés vers des changements dans leur vie, tout en restant en contact direct avec l'environnement problématique au travail.

Enfin, la thérapie brève offerte de façon préventive aux personnes en épuisement professionnel diminue le taux du nombre d'absences au travail pour cause de santé mentale et, par le fait même, les coûts en assurance salaire. À titre d'illustration, précisons que l'établissement du groupe traitement a réduit son taux d'assurance salaire de manière considérable, passant de 12% à 6%, et ce, principalement dans le volet psychologique.

Enfin, à travers les évaluations du groupe témoin, nous avons suivi la trajectoire de 24 travailleurs en épuisement professionnel. Même si le groupe demeure en épuisement à la fin de cette période de neuf mois, seulement 4 d'entre eux ont pris des congés de maladie. Les 20 autres, toujours en épuisement professionnel, restent à l'emploi. Le coût des congés de maladie ne représente peut-être que l'iceberg d'une situation qui pourrait s'envenimer encore plus si le réseau ne prévoit pas d'avantage de mesure d'aide préventive.

CONCLUSION

Dans une perspective de prévention, cette recherche avait pour but d'évaluer l'effet du traitement de la thérapie brève auprès de travailleurs des réseaux de la santé et des services sociaux en épuisement professionnel et toujours présents au travail au moment de l'étude. La thérapie brève s'avère efficace d'une part, pour diminuer les symptômes de l'épuisement professionnel et de la dépression et, d'autre part, rehausser l'estime de soi.

L'estime de soi s'est accrue de manière considérable chez les sujets du groupe traitement. La thérapie brève permet aux travailleurs de reprendre confiance en eux et dans leurs capacités. Le traitement agit dans le même sens que l'indique Bérubé (2005). Développer son estime de soi signifie être bien dans sa peau, être fier de soi, de ses compétences, de ses réalisations, de son potentiel, de ses capacités et de pouvoir apprendre, comprendre et progresser. L'estime de soi personnelle constitue l'aspect le plus affecté dans le cas d'un épuisement professionnel élevé. Grâce à l'intervention, l'estime de soi progresse de manière appréciable, passant d'un stade faible à un élevé, à l'intérieur de trois mois. Nos résultats confirment aussi l'existence de liens étroits entre l'épuisement professionnel, la variation de l'humeur dépressive et l'estime de soi.

Enfin, la thérapie brève permet de mettre les gens en action rapidement afin qu'ils regagnent une qualité de vie. Toutes les personnes qui ont bénéficié de ce service se sont dites satisfaites d'avoir vécu des changements positifs dans leur vie. D'ailleurs, aucun travailleur n'a abandonné en cours de traitement. Ce mode de traitement peut être

exportable à d'autres établissements de santé pour prévenir l'épuisement professionnel. En somme, on doit prendre soin de ces travailleurs pour qu'ils puissent prendre soin des autres.

REMERCIEMENTS

Je voudrais exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude à mon directeur de mémoire, monsieur Jacques Charest, professeur au département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, pour son aide, son expertise professionnelle et sa disponibilité. J'aimerais aussi remercier Monsieur André Gagnon, professeur au département des sciences du développement humain et social, pour son support professionnel en analyses statistiques, de même que monsieur Daniel Thomas, professeur du même département, pour son enseignement du logiciel SPSS. Merci à Julie Lachaine, pour le support technique. Également, je tiens à souligner l'apport des professeurs, celui du personnel de bureau et des techniciens, du département des sciences de la santé. Leur aide me fut d'un grand soutien. Merci à la FUQAT pour sa subvention octroyée dans le cadre de cette recherche. De plus, je tiens à souligner l'apport technique en secrétariat, de Madame Sonny Harvey.

Cette recherche a pu être réalisée grâce à la collaboration des établissements suivants : Centre de Santé et Services Sociaux des Aurores-Boréales, Centre hospitalier de Rouyn Noranda, Centre de santé Ste-Famille. Un grand merci à ces derniers pour leurs implications dans ce projet. Un merci tout spécial à chacun des directeurs en ressources humaines : Monsieur Richard Mélançon, Madame Margot Thibodeau et Madame Danielle Rocheleau. Je tiens à souligner la confiance témoignée au départ dans ce projet par Monsieur Bertin Riverain et Monsieur Paul Fortin.

Je tiens à adresser un merci spécial à tous les participants des établissements de santé. Cette recherche n'aurait pu se réaliser sans eux. Je tiens à exprimer à ces travailleurs ma plus vive reconnaissance pour leur précieuse collaboration et contribution à cette étude.

J'adresse un merci particulier à mon conjoint Daniel Bisailon pour son appui, ses encouragements et son soutien, de même qu'à mes deux fils, Samuel et Jérémy, pour leur patience et le ressourcement d'énergie qu'ils me procurent.

RÉFÉRENCES

- Abel, P. E. (2003). *Travailler sans y laisser sa peau*. Montréal :Les édition Québecor.
- American Psychiatric Association, (1995). DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association, (2003). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson
- Apostolos, I., Konstantinos, F., Charoula, M., Charalembos, I. (1999). Burnout in nursing staff : Is there a relationship between depression and burnout. *Psychiatry in Medecine*. 29(4), 421-433.
- Arnold, B. Bakker, P.D. (2005). Blackwekk Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*. 51(3), pp. 276-287.
- Arntz, A. & Claassens, L. (2004). The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*. 109, 20-25.
- Baba, V.V., Jamal, M. (1991). Routinization of job context and job content as related to employees quality of working life : A study of Canadian nurses. *Journal of Organizational Behavior*. 12, 379-386.
- Babakus, E. Cravens, D W. Johnston. M. Moncrief, W. (1999). The role of emotional exhaustion in sales forces attitude and behaviour relationship. *Academy of Marketing Science*. 27(1), 58-70.
- Badley, E.M. (1995). The genesis of handicap: defenition, models of disablement, and role of external facteurs. *Dissability and Rehabilitation*. 17(2), 53-62.
- Baillargeon, G. (2002) *Méthodes statistiques* (2e éd.). Trois-Rivières : Les édition SMG.
- Bakker, A.B., Le blanc, P.M., Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 51(3), 276-287.
- Barbier, D. (2003). *La Dépression*. Paris :édition Odile Jacob.
- Institue de recherche en santé et sécurité au travail du Québec. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion social et professionnel des travailleurs en réadaptation. Baril, R., Martin, J.C. Lapointe, C., Massicote, P.
- Barry, A. Farber. (2000). Treatments strategies for differents types of teacher burnout. *Journal of Clinical Psychology*. 56(5), 675-689.

- Battle, J. (1992). *Culture-Free Self-Esteem Inventories*. (2^e éd.) Texas : Pro. ed.
- Beaulieu, N. (2003) *Lien entre le stress au travail , l'évaluation cognitive, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel chez des adultes en milieu de travail*. Mémoire en psychologie inédit Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Beck, A.T.(1967). *Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects* . New York : Harper et Row.
- Beck, A.T., Rial, W.Y. et Rickels, K. (1974). Short form depression inventory : Cross validation. *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F et Emery, B.(1979). *Cognition therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bekker A. B. , Schaufeli W.B. (2000). Burnout contagion processes among teacher. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 82-98.
- Bakker, A.B. , Demerouti, E., Euwema, M. (2005). Job Ressources Buffer the impact of job demands in burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10 (2), 170-180.
- Belcastro, P.A.(1982). Burnout and its relationship to teacher's somatic complaints and illnesses. *Psychological Reports*, 50, 1044-1046.
- Bernier, D. (1994). *La crise du burnout : S'en remettre, c'est refaire sa vie*. Montréal: Stanké.
- Bertalanffy, L. V. (1962). General system theory-a critical review. New York: Society for General Systems Research, 1-20.
- Bérubé, M. (2003). S'entraîner à l'estime de soi : mission possible. *Travail et Santé*, 19(1), 51-59.
- Bérubé Claire, M. (2005). La santé psychologique. *Travail et Santé*, 21(1), 53-55.
- Bérubé, R. (1994). *Les construction cognitifs : l'équilibre optimal de cognitions-affects positifs et négatifs dans le traitements de la dépression*. Mémoire en arts et psychologie inédit, Université de Moncton, Moncton.
- Besset, H., Lloyd, C. (2001). Occupational therapy in the mental health managing stress and burnout. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 406-411.
- Bibeau, G., Dussault G., Larouche L.-M., Lippel K., Saucier J.-F., Vézina M., Vidal J.-M. (1988). *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnou* (2^{ème} ed.). Montréal. : Confédération des syndicats nationaux.

Blais, D. (2005). *Le déterminant de la satisfaction au travail, cahier de recherche exploratoire*. Thèse de doctorat management inédite Université du Québec en Outaouais, Gatineau.

Blase, J. L. (1988). A social-psychological grounded theory of teacher stress and burnout. *Educational Administration Quartely*, 18(4), 93-113.

Bloom, B. (1995). *Planned Short-term therapy*. Ed. Allyn & Bacon.

Bolduc-Teasdale, J., Richard, G., Louiselle, O., Boucher, A., Laugurea, M.C., Roy, C., Mainville, M., Morin, A. Courcy, F. (2005). *L'épuisement professionnel et la dépression : troubles distincts ou confusion terminologique*. Chicoutimi : Actes du 73^e Congrès de l'Acfas.

Boles, J.S., Dean, D.H., Richs, J., Shots, J.C., Wang, G. (2000). The dimensionality of the Maslach burnout inventory across small business ownwra and educators. *The Journal of Vocatioal Behavior*, 56, 12-34.

Bolle, J.L. (1988). Supporting the delieverers of care : stratégies to support nurses and prevent burnout. *Nursing Clinics of North América*, 23(4), 843-850.

Borwman, G.D. (1995). Adjustment to occupational stress: The relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies. *Journal of Conseling Psychology*, 42, 294-303.

Bourbonnais, R. (1997). *Dans la tourmente de la reconfiguration du réseau de la santé : une menace à la santé mentale*. Association des infirmières du Québec. Montréal : Colloque des Infirmières

Bourbonnais, R., Comeau, M, Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*. 4(2), 95-107.

Bourbonnais, R., Comeau, M. (1997). Santé psychologique et absence au travail. *Objectif Prévention*, 20(5), 16-19.

Bowman, G. D., et Stern, M. (1995). Ajustement occupational stress : The relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 294-303.

Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6(4), 243-258.

Brown, D., Leary, J. (1995). Findings from the Claybury study for community psychiatric nurses. Carson, J., Fagin, L., Ritter, S. (Dir) *In Stress and Coping in Mental Health Nursing* (p. 115-138). Londres: Chapman & Hall.

- Brun, J. P., Biron, C., Martel, M., Ivers, H. (2002). *Évaluation de la santé mentale au travail: Une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Rapport de recherche, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval, Québec.
- Bureau international du travail. (2000, 10 octobre). Un travailleur sur dix est victime d'une dépression. *Le Journal de Montréal, Affaire*, p. 45.
- Burns, D. (1994). *Être bien dans sa peau*. 5^{ème} édition. Montréal :Les Éditions Héritage.
- Carré, P. (1992). *L'autoformation dans la formation professionnelle*, Document Français des centres d'enseignement, Paris.
- Charest, J. (1996). Thérapie stratégique: fondements, techniques et applications cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 17(3), 43-82.
- Cherniss, C. (1980b). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills : CA :Sage.
- Claire, M. (2005). La santé psychologique. *Travail et Santé*, 21(1), 53-55.
- Comité de la santé mentale. (1985). *La santé mentale : Rôles et place des ressources alternatives*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Cannon B., Mulroy R., Otto M.W., Rosenbaum J.F., Fava M. et Nierenberg A.A. (1999). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 55, 45-49.
- Constable, J. F., Russell, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- Conti, D. J., Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in workplace. *Journal of occupational and Environmental Medicine*, 36(9) 983-988.
- Conway, V. J., Terry, D. J. (1992) Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies : A test of the goodness of fit hypothesis. *Australian Journal of Psychology* , 44, 1-7.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., et O'Driscoll, M. P. (2001). *Organization stress : A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, California: Edition Sage publication.
- Coopersmith, S. (1959). A method and determining types of self-esteem. *Abnormal Social Psychology*, 59, 87-94.

Cordes, C. L. & Dougherty, T. M. (1993), A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Journal*, 18, 621-656.

Crombez, J. C., Gascon, L., Legault, L. Pilic, I., Plante, G. Fontaine, J. G., 1985. Le burnout ou le syndrome d'épuisement professionnel. *L'Union Médicale du Canada*, 104, 176-181.

Das, E. B.(1981). Contributory factors to burnout in the nursing environment. Thèse de doctorat inédit, Texas Women's University. Texas

Densten, I. L.(2001). Re-Thinking burnout. *Journal of Organizational Behaviour*, 22, 833-847.

De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, E., Gingerich, W. et al. (2000). Thérapie brève : un développement centré sur la solution. In P.Watzlawick et G. Nardone (Dir), *Stratégie de la thérapie brève* (p. 170-197). Paris: Seuil.

De Shazer, S.(1999). *Clés et solutions en thérapie brève*,(J. C Bernot, trad.) New York : Éditions SATAS

DeRubeis R.J., Gelfand L.A., Tang T.Z. et Simons A.D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients : meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.

Dion, G. (1996). *L'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson : validation de la traduction et indépendance factorielle des sous-échelles et de l'inventaire de dépression de Beck*. Mémoire de maîtrise inédit , École de psychologie Université Laval, Québec.

Dion, G. (1992). *Investigation des indicateurs d'épuisement professionnel. Évidences empirique des signes et des symptômes émotionnels, physiques et comportementaux*. Thèse de doctorat inédite, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.

Dion, G., Tessier, R.(1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson *Revue canadienne de sciences du comportement*, 26, 210-227.

Dobren, A.(1995). An ecologically oriented conceptual model of vocational rehabilitation of people with acquired midcarer disabilities. *Rehabilitation Conseling Bulletin*, 3(2),146-155.

Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H., Leary, H., Carson, J. (1995) The claybury community psychiatric nurse stress study : Is it more stressful to work in hospital or the community? *Journal of Advanced Nursing* , 22, 347- 358.

Farber, Barry, A.(2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout, *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 675-690.

- Fishbein, M. et Ajzen (1980), *Understanding Attitudes and Predicting Social Change*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Fisch, R. et Schlanger, K. (2005). *Traiter les cas difficiles - Les réussites de la thérapie brève*. Paris: Seuil.
- Foucher, R., Savoie, A., Brunet, L. (2003). *Concilier performance organisationnel et santé psychologique au travail*, SQPTO, Montréal :Édition Nouvelle.
- Freudenberger, H. J.(1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.J.(1979). Hazards of psychotherapeutic practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 1, 83-89.
- Gaines J. et Jermier, J.M. (1983). Emotional exhaustion in a high-stress organization. *Academy of Management Journal*, 26, 567-586.
- Gallant, C. (1999). Retrouver sens et solidarité, deux défis pour le travail de demain. *Objectif Prévention*, 22 (2), 26-27.
- Gauthier, J., Morin, C. , Theriault, F. , Lawson, J.S. (1982). Inventaire de Beck, *Revue Québécoise de Psychologie*, 3, 13-27.
- Gauthier, J., Morin, C. Thériault, F. Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3(2), 13-27.
- Gergen, K. J. (2005). *Construire la réalité*. Paris: Seuil.
- Glantz, S. A. (1998). *Introduction aux biostatistiques* (4^e éd.) (O. L. Retel, trad.) Paris: McGraw-Hill.
- Glass, D. C., McKnigh, J. D., Valdimarsdottir, H. (1993). Burnout, depression, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 147-155.
- Gold, Y. (1985). The relationship of six personal and life history variables to standing on tree dimension of the Maslach Burnout Inventory in sample of elementary and junior high school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 377-387.
- Gorter R. C., Eijkman M.A. J. et Hoogstraten J. (2000). Burnout and health among dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 108, 261-267.

Guérin, G. St-Onge S., Haines, V. Trottier, R. Simard, M. (1997). Les pratiques d'aide à l'équilibre emploi-famille dans les organisations au Québec. *Relation Industrielle*, 52(2), 274-303.

Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., Aro, A. (2004). Burnout patterns in rehabilitations : short-term changes in job conditions, personal resources and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9 (3), 220-237.

Hobfoll, S.E, Freedy, J. (1993). *Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout*. Professional burnout : recent theory and research, p. 115-129.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self process : Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology : An International Review*, 50, 337-421.

Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, Culture and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New York: Plenum.

Hobfoll. S.E., Shirom, A.(2001). Conservation of resources theory : applications to stress and management in workplace. *Handbook of Organizational Behavior* (p. 57-80)., New York: Golembiewski.

Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grandy, D., Hearst, N., Newman, T.B. (2001). *Designing Clinical Research an Epidemiologic Approach*. New York: Milliams & Wilkins.

Jackson S.E., Schwab, R . L. Schuler R.S. (1986). Toward understanding of the burnout phenonmen. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.

Jarjoura, S. (2004), L'influence des stressseurs au travail sur l'épuisement professionnel chez les cadres intermédiaires des établissements de santé et entreprises parapubliques québécoises. Thèse administration des affaire inédite, Université du Québec à Montréal, Montréal

Kahill, S. (1988b). Interventions for burnout in the helping professions : A review of the empirical evidence. *Canadian Journal Counseling*, 22, 62-169.

Kandolin, I. (1993). Burnout of females and males nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36, 141-147.

Karasek, K.B., Andreas,H., Jobin H.V. (2001). *Technique des soins infirmiers*. Suisse : Éditions Université.

Karasek, R.A. (1979). Job demand, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

- Karasek, R.A., Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity and reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Keirsebilck, L., Meyer, S. (2000). Communal orientation may not buffer burnout. *Psychological Reports*, 86, 872-878.
- Keler M.B. (2000). A comparaison of nefazodone, the cognitive behaviral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medecine*, 342 , 1462-1470.
- Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. Washington. American Psychologie Association.
- Koleck, M., Schweitzer,M., Thiébaud, E., Dumartin, N., Sifakis, Y. (2000). Job stress,coping and burnout among french general practitioners. *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 309-314.
- Labrèche, S. (1998, 3 octobre). Le stress coûte 20 milliards par années à l'économie canadienne. *Les Affaires*, p. 3.
- Lafleur, J. (1999). *Le burnout questions et réponses*. Laval : Logiques.
- Lafleur, J.(2001). *Comment garder son équilibre au jour le jour*. Laval : Logiques.
- Lalonde, P., Grunberg, F. (1988). *Psychiatrie clinique: Approche bio-psycho-sociale*. Montréal : Gaétan Morin.
- Landry, P. et Cournoyer, J. (1996). *Les traitements biologiques des maladies affectives*.
- Larouche, L. M. (1987). Le diagnostique différentiel de l'épuisement professionnel. *Le Clinicien*, 2(6), 99-107.
- Lauzier, M., (2004) *Stress, ajustement et épuisement professionnel : Une étude chez les infirmières*. Mémoire inédit, Université du Québec en Outaouais, Gatineau
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York : Springer.
- Leblanc, J. (1996) *Démystifier les maladies mentales, les dépressions et les troubles affectifs cycliques*. Montréal : Gaétan Morin. pp. 110-132.
- L'Écuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris : PUF.
- Leiter M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout : the fonction of control and rescapist coping pattern. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.

- Leiter, M.P. et Maslach, C. (1998). The impact of the interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Lynn, R. (1989). Burnout and the professional care giver. *Loss, Grief and Care*, 3(1-2), 21-26.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Malach-Pines, A. (2005). The burnout measures, short version. *International Journal of Stress Management*, 12 (1), 78-88.
- Markowitz, J. (2000). Combo therapy best for depression. *The Medical Post*, 36(22), 21.
- Marsan, J.S. (2002). Santé mentale : l'organisation du travail est-elle malade ? *Effectif*, 5(5), 38-41.
- Masclat, G. Mineur, S. (1999). Relation entre le burnout et l'estime de soi chez les surveillants pénitentiaires. *L'Encéphale*, 25, 450-460.
- Maslach, C, Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout : New perspectives. *Applied & Prévention Psychologie*, 7, 63-74.
- Maslach, C, Jackson, S.E., Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory, manual (3^e éd.) Palo Alto, Californie : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. Jackson, S.E. 1986. Maslach Burnout Inventory manual (2e éd.) Palo alto, Californie: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C. Jackson, S.E. (1982a). Affect-effects of job-related stress, families as victims. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 63-77.
- Maslach, C., Jackson. S.E. (1982b). Burnout in health professions: A social psychological analysis. *Social Psychology of Health and Illness*, 227-251.
- Maslach. C, Schaufeli, W. B. Leiter , M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mc Mullen, M.B., Krantz, M. (1998). Burnout in de day care workers : The effects of learned helplessness and self-esteem. *Child & Youth Care Quarterly*, 17(4), 275-280.
- Meier, S.T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211-219.
- Meir, S.T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36(10), 899-910.

Mergler, D., Vinet, A. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale*. Québec : Gaétan Morin.

Meyer, J.H. (1982). Burnout : Développement influence. *Canadian Counselor*, 16, 67-73.

Ministère de la santé et des services sociaux (2004, 10 mai) Rapport des ressources humaines. Adresse web : <http://www.msss.gouv.qc.ca>. (Consulté le 2 juillet 2005)

Ministère de la Santé et Services sociaux. (2001). Rapport du comité provincial d'assurance salaire. Plan d'action ministériel à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004. Québec : Gouvernement du Québec.

Miller, L., Reesor, K., McCarrey. M., Leikin, L. (1995). Nursing burnout. *Employee Assistance Quarterly*, 10(4), 29-52.

Moliner, C., Martiez-Tur, V., Peiro, J. M., Ramos, J., Cropanzano, R. (2005). Relationships between organizational justices and burnout at work-unit level. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 99-116.

Moore, J.E. (2000a). One road to turnover : An examination of work exhaustion in technology professionnel. *MIS Quarterly Minneapolis*, 24, 141-168.

Moore, J.E. (2000b). Why is this happening ? A causal attribution approach to work exhaustion consequences, *Academy of Management Review*, 25(2), 335-348.

Morgan, S. R., Krehbiel, R. (1985). The psychological condition of burnout teachers with a nonhumanistic orientation. *Journal of Humanistic Education and development* 24(2), 59-67.

Muckle, A. (2001. mai). Dévorés par le boulot. *L'Actualité*, 23-25.

Murphy L. R., Hurrell J. , Sauter, S. , Keita, G. (1995). *Job stress interventions*, Washington: American psychological association.

Nardone, G. (1993). *Peur, panique, phobies : modèle de stratégie brève pour une solution rapide des problèmes*. Paris : L'esprit du temps.

Neveu, J. P. (1996). Épuisement professionnel : Recherche exploratoire en milieu hospitalier, *Le Travail Humain*, 59 (2) 173-186.

Ogus E. D. (1991). Burnout and coping stratégies : A comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 111-124.

Olsson, K., Kandolin, I., Kauppinen-Toropainen, K. (1990). Stress and coping strategies of threes-shift workers. *Le travail Humain*, 53, 175-188.

- Ouellet, F. et Baillargeon, G. (1995). Traitement de données avec SPSS pour Windows (8^{ème} ed.). Trois-Rivières : SMG.
- Paine, W. S. (1981). The burnout phenomenon. *Vocational Education*, 56(8), 30-33.
- Patrick, P.K.S. (1984). Professional roles at risk for burnout. *Family and Community Health*, 6(4), 25-31.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peeters, M. C. W., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Balancing work and home: How job and home demands are related to burnout. *International Journal of Stress Management*, 12, 43-61.
- Pépin, R. (2000). Gérer le stress négatif au travail. *Gestion*, 25(2), 49-59.
- Perlman, B. et Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35, 283-305.
- Perron, D. (2004, 20 septembre). Épuisement professionnel, les facteurs de risque. *La Presse*.
- Perron, J. C., Charest, J. (2000). Thérapie brève en milieu naturel dans un cas de problèmes sévères et persistants. *Revue Québécoise de Psychologie*, 2.
- Peter, P., Janssen, M., Wilmar, B., Schaufeli and Inge Houkes. (1999). Work-related and individual determinants of the tree burnout dimensions. *Work & Stress*, 13(1), 74-86.
- Pines A.M., Aronson, E. (1981). *Burnout : from tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pines, A., Aronson E. (1988). *Carer burnout : causes and cures*, New York: Free Press.
- Pines, A.M. , Aronson, E. Kafry, D. (1990). *Burnout : Comment ne pas se vider dans la vie et au travail*. Québec : Le Jour.
- Price, D. M. et Murphy, P.A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.
- Rapport de la Commission Clair. (2000). *Commission d'étude sur les services de la santé et les services sociaux*, Adresse Web : [http:// www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca). (Consulté le 23 septembre 2004)
- Reynolds, W.M., Gould, J.W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck depression inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.

- Rhéaume, J. (1992). Santé mentale au travail : L'approche des programmes d'aide aux employées. *Revue Canadienne de Santé Mentale*, 2, 97-107.
- Robitaille, M.J. (1997). Le stress au travail: Comment intervenir globalement. *Objectif Présentations*, 20(5), 23-25.
- Romanno, J.P. (2000). Santé mentale et stress au travail. Vice –président, opérations vie et groupe invalidité, Montréal : Sun Life.
- Rosenberg, M., (1969) Réhabilitation information, Adresse Web <http://www.rehab-infoweb.net/> (Consulté, 10 octobre 2002)
- Rosse, J.G., Boss R. W., Johnson A. E., Crown D. B. (1991). Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and organization Studies*, 16, 428-451.
- Saddik, P. (1996). Résultat préliminaire de l'étude intercompagnie canadienne de terminaison d'invalidité de la longue durée basée sur l'expérience 1988-1994. Montréal : Assemblée de l'institut canadienne des actuaires 20-21 juin 1996.
- Statistique Canada . (2003). Réseau canadien de la santé, Santé Canada, Adresse Web <http://www.reseau-canadien-sante.ca>. (Consulté, 30 avril 2005)
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*, 3^{ème} ed. New Jersey. Publisher.
- Schaufeli, B., Enzmann, D., Girault, N. (1993). *Measure of burnout : A review, professionnall burnout : recent developpement in theory and research*. New York: Taylor & Francis, New York, (p199-212).
- Schaufeli, W. B. et Bunk, B. P. (1996). *Professionnel burnout*, Londres: J.A.M, Londres, (p.311-346).
- Schaufeli, W.B., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice : a critical analysis*. New York: Taylon & Francis.
- Schauffeli, W.B., Van Dierendonck, D. (1993), The construct validity of two burnout mesure. *Journal Organisationnal Behavior*, 14, 631-647.
- Sénécal, I. (2003). Évaluation des sources de stress organisationnel et de l'épuisement professionnel auprès des infirmière travaillants à l'unité des soins palliatifs du CSÉDS d'Ottawa, Mémoire psycho-éducation inédit, Université du Québec en Outaouais. Gatineau
- Sethi , V, Barrier, T., King, R. C. (1999). An Examination of the correlates of burnout in information systems professiobnnal. *Information Ressources Management Journal*,

12(3), 5-13.

Soares, A. (2003). La santé mentale au travail : s'attaquer aux sources du problème. *Effectif*, 6(4), 24-31.

Soares, A. (2000). Le changement émotif du travail infirmier. *Objectif Prévention*, 23(2), 10-11.

St-Arnaud, L. (2000). *Étude sur la réinsertion professionnelle : des enseignantes et enseignants à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale*. Fédération des commissions scolaire du Québec.

St-Arnaud, L. (2003). De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mental. *Santé Mentale au Québec*, 28, 193-211.

Sullivan, P.J. (1993b). Occupational stress in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 591-601.

Sun Life du Canada. (1999). *Les dépressions : impacts sur le milieu de travail*. Colloque de l'Association des infirmières et infirmiers en santé au travail du Québec. Montréal, Canada

Tova, H., Boris, K., (2003). Influence of a merger on nurses emotional well-being : The importance of self-efficacy and emotional reactivity. *Journal of Nursing Management*, 11, 59-63.

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : Concept, modèle, intervention*. Paris : Dunod.

Vachon, M. L. S. (1982). Are your patiente burning out? *Canadian Family Physician*, 28, 1570-1574.

Vachon, M. L. S. (2000). *Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care*. Handbook of Psychiatry.

Vallière, E., Vallerand, J. (1990). Traduction et validation Canadienne-Française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316

Vanier, C. (1999). *L'étude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenants et intervenantes de ressources communautaires en santé mentale*. Thèse inédit. Université du Québec à Montréal. Montréal

Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de la santé publique. *Santé mentale au travail*, 21(2), 117-138.

Vézina, M. (2000). *La santé mentale dans le milieu de travail : des axes de réflexion et de travail*. Actes du Colloque de l'Association des médecins du réseau publique en santé au travail du Québec.

Vézina, M., Bourbonnais, R. (2001), *Incapacité au travail pour des problèmes de santé mentale*, Ottawa : Institut de la statistique du Québec.

Vézina, M., Cousineau, M., Mergler D. (1992). *Pour donner un sens au travail*. Bilan et Orientation du Québec en santé mentale au travail. Montréal : Gaétan Morin.

Vincent, P. Bexton, B. Gagnon, A. Hottin, P. Kiss, A. L. Latour, J. Leblanc, J. (1996). *La traitement de la dépression*, Gouvernement du Québec, Conseil consultatif de pharmacologie. Bibliothèque nationale du Québec.

Wallot, H. (1986) Le burnout : Est-il une maladie ? *Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*. 3(2), 386-398.

Warr, P.(1987). *Work, unemployment and mental health*. Clarendon Press.

Watson Wyatt Worldwide (2001). *Staying at work 2000/2001- The dollars and sense of effective disability management*, catalogue W-377.

Watson Wyatt. (2002-2003). *Épuisement professionnel. Enquête au travail*, Compagnie d'assurance.

Watzlawick, P., Nardone, G. (2000). *Stratégie de la thérapie brève*. Paris : Seuil.

Watzlawick. P., 1978. *La réalité de la réalité*. Paris :Seuil.

Watzlawick. P., Nardone, G. (1997). *Stratégie de la thérapie brève*, Paris : Seuil.

Watzlawick, P. (1991). *Les cheveux du baron de Münchhausen : Psychothérapie et réalité*. Paris: Seuil.

Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawich, P., Bodin, A. M. (1974). Brief therapy : focused problem resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168.

Zellars, K. L. Perrewé, P.L. (2001). Beyond self-efficacy : interactive effects of role conflicts and perceived collective efficacy. *Journal of Managerial Issue*, 13(4), 483-499.

ANNEXE I

Certificat d'éthique



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

445, boul. de l'Université, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
Téléphone: (819) 762-0971 Télécopieur: (819) 797-4727

Le 20 février 2003

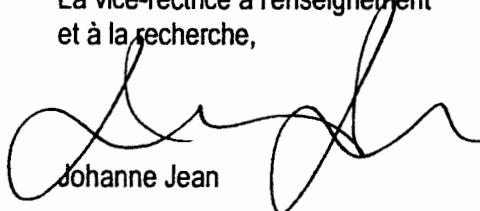
Madame Linda Turcotte
Agente de relations humaines
Réseau de la santé et des services sociaux des
Aurores boréales (R.S.S.A.B.)
679, 2^e rue Est
CP 600
La Sarre QC J9Z 2X7

Madame Turcotte,

Il me fait plaisir de vous transmettre le certificat de déontologie pour votre projet intitulé *Thérapie brève auprès de travailleurs du Réseau de la Santé et des Services Sociaux en épuisement professionnel.*

Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez agréer mes salutations distinguées.

La vice-rectrice à l'enseignement
et à la recherche,



Johanne Jean

JJ/gs

c.c. M. Jacques Charest, directeur de recherche

UNIVERSITE DU QUEBEC EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE
DEONTOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains créé par la politique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (résolution 105-CA-960) agit comme Comité de déontologie. Le Comité soutient le principe selon lequel, dans toute entreprise de recherche, les droits et l'intégrité des sujets humains ont préséance sur le besoin de réaliser la recherche.

Attestation du Comité de déontologie de l'UQAT

Le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné la proposition de recherche soumise par (nom du candidat ou de la candidate):

Linda Turcotte, étudiante à la maîtrise en sciences cliniques de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

et intitulée (titre de la recherche) :

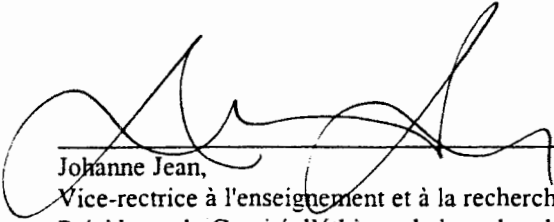
Thérapie brève auprès de travailleurs du Réseau de la Santé et des Services Sociaux en épuisement professionnel

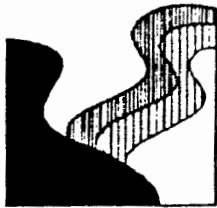
et avoir conclu que la recherche est approuvée sur les avis de:

Membres du comité:

| Nom | Poste occupé | Département ou discipline |
|-------------------|--|---|
| Johanne Jean | Vice-rectrice à l'enseignement et à la recherche | UQAT |
| Sarah Shidler | Professeure | Sciences de la santé |
| Jocelyne Labrèche | Professeure | Sciences du développement humain et social |
| François Ruph | Professeur | Sciences de l'éducation |
| Thérèse Boisjoly | Avocate | Membre externe représentant la collectivité |

19 février 2003
Date


Johanne Jean,
Vice-rectrice à l'enseignement et à la recherche et
Présidente du Comité d'éthique de la recherche



des Aurores boréales

Le 07 avril 2003

Madame Linda Turcotte
Agente de relations humaines
Chercheur
RSSS des Aurores boréales
169, 7^e Avenue Est
Macamic (Québec)
J0Z 2S0

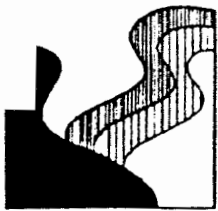
Madame Turcotte,

Il me fait plaisir de vous transmettre le certificat de déontologie pour votre projet intitulé
« THÉRAPIE BRÈVE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX EN ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ».

Veuillez agréer, Madame Turcotte, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur Hugues Germain, DSPH
Président du comité de bioéthique

HG/mm
p.j.



des Aurores boréales

**COMITÉ BIOÉTHIQUE
DÉONTOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Le Comité de bioéthique agit comme Comité de déontologie. Le Comité soutient que la présente recherche respecte l'intégrité et les droits des sujets humains.

ATTESTATION DU COMITÉ DE DÉONTOLOGIE DU RSSSAB

Le Comité d'éthique du Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores Boréales certifie avoir examiné la proposition de la recherche soumise par :

Linda Turcotte, étudiante à la maîtrise en sciences cliniques de l'Université du Québec en Abitibi Témiscamingue.

Et intitulée :

Thérapie brève auprès des travailleurs du Réseau de la Santé et des Services Sociaux en épuisement professionnel

Et avoir conclu que la recherche est approuvée par les membres faisant partie du Comité :

| <u>Nom</u> | <u>Titre</u> |
|------------------------|--|
| DE MAUPEOU Michel | médecin omni-anesthésiste |
| HOTTLET Hélène | médecin omnipraticienne |
| PERRON Daniel | Coordonnateur des soins infirmiers - C.H. La Sarre |
| GUILLEMETTE Nicole | Organisatrice communautaire CLSC |
| DICAIRE Cécile | Chef d'unité de vie - Foyer de La Sarre |
| LAFORCE Clémence | Infirmière - CLSC |
| CLÉMENT Micheline | Animatrice de pastorale |
| MORRISSETTE Anne-Marie | Membre du CA |

SIGNÉ ce 08 jour du mois d'avril 2003.

Docteur Hugues Germain, DSPH
Président du Comité bioéthique

HG/mm

**EXTRAIT DU COMPTE-RENDU D'UNE
RÉUNION DU COMITÉ CONSEIL DES
RESSOURCES HUMAINES DU CENTRE DE
SANTÉ SAINTE-FAMILLE, TENUE LE 5 MAI
2003 À LA SALLE DU MOTEL DE MANOIR**

Les membres sont d'accord avec le projet de recherche « Thérapie brève auprès de travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux en épuisement professionnel », présenté par Madame Linda Turcotte de l'université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Je soussigné, Jacynthe Bérubé, directrice générale, certifie par les présentes sous le sceau corporatif que ce qui précède est conforme au compte-rendu d'une réunion comité conseil en ressources humaines du Centre de santé Sainte-Famille tenue le 6 mai 2003 à laquelle assemblée un quorum était présent en tout temps.

DATÉ ET SIGNÉ À VILLE-MARIE, CE 13 MAI 2003

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE



JACYNTHÉ BÉRUBÉ



Le 26 mai 2003

Madame Linda Turcotte
Agente de recherche
Psychothérapeute
169, 72 avenue Est
Macamic (Québec)
J0Z 2S0

Objet : Projet de recherche

Madame,

Pour faire suite à votre présentation du 1^{er} mai 2003 qui a été excellente, je vous confirme l'intérêt du Centre hospitalier Rouyn-Noranda à participer à votre projet de recherche sur les bénéfices de la thérapie brève auprès des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux en épuisement.

Soyez assurée de notre plus entière collaboration et je vous prie de recevoir, madame Turcotte, l'expression de mes plus cordiales salutations.

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL


Jean-Luc Tremblay

JLT/dc

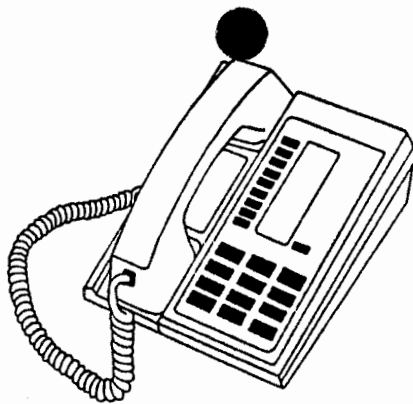
c.c. M. Patrice-Gérard Blais, Directeur des ressources humaines

ANNEXE II

Publicité

CONFIDENTIALITÉ

- **Aucun dossier aux archives médicales**
- **Aucune donnée transmise à l'employeur ni à l'assureur**
- **Thérapie individuelle**
- **Trois lieux de rencontre possibles, soit :**
 - ↳ **Macamic**
 - ↳ **Palmarolle**
 - ↳ **Rouyn-Noranda**
- **Aucun frais**



Pour information ou pour s'inscrire, veuillez contacter :

**Madame Linda Turcotte, B.A. psy.
Psychothérapeute et
Agente de recherche**

**Téléphone : (819) 782-4661
poste 3254**

• *Autres thérapeutes disponibles*

*Ce programme est en collaboration
avec l'Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue*

**Programme
de
traitement**

***THÉRAPIE BRÈVE AUPRÈS
DES TRAVAILLEUSES
ET TRAVAILLEURS
DU RÉSEAU DE LA
SANTÉ ET DES
SERVICES
SOCIAUX***



➤ Vous êtes âgé(e) entre 20 et 55 ans ?

➤ Vous travaillez pour le Réseau de la santé et des services sociaux ?

➤ Vous avez entre 1 an et 30 ans d'expérience ?



Vous ressentez un ou plusieurs de ces symptômes :

☞ **Toujours fatigué(e) ?**

☞ **Vous manquez de tolérance à l'égard de vous-même ou des autres ?**

☞ **Vous êtes plus négative ou négatif ?**

- ✓ Troubles de sommeil ;
- ✓ Maux de tête ;
- ✓ Parler ou penser toujours au travail ;
- ✓ Submerger par les tâches ;
- ✓ Perte d'intérêt ou de motivation ;
- ✓ Difficulté à décrocher ;
- ✓ Conflit interpersonnel ;
- ✓ Augmentation du temps passé à travailler ;
- ✓ Songe à démissionner ou changer d'emploi ;
- ✓ Inquiétude au sujet de votre santé ;
- ✓ Essouffler ;
- ✓ Mal dans sa peau ;
- ✓ Plein le dos ;
- ✓ Anxiété ;
- ✓ Déprimé ;

Ceci s'adresse à vous.

Cette étude vise à :

☞ **Augmenter la qualité de vie au travail**

☞ **Faire avancer les connaissances en terme de traitement de l'épuisement professionnel**



ANNEXE III

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A

Titre du projet :

Thérapie brève auprès de travailleurs du
Réseau de la santé et des services sociaux en épuisement professionnel

Nom de la chercheure : Linda Turcotte

Durée : février 2003 à juin 2004

A. But de l'étude

Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la thérapie brève pour aider des personnes en épuisement professionnel.

La responsable de cette étude est Linda Turcotte, agente en relations humaines (thérapeute) du Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores Boréales et étudiante à la maîtrise en sciences cliniques à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Vous êtes invités à participer à cette étude parce que vous rencontrez les conditions suivantes.

- Être travailleur du RSSS et demeurer en Abitibi-Témiscamingue
- Être âgé de 20 à 55 ans et avoir entre 1 et 30 ans d'expérience
- Être en épuisement professionnel selon l'évaluation à un test (Maslach Burnout Inventory)
- Être au travail.

B. Procédure

Si vous acceptez de participer à cette étude, voici les trois étapes à venir : *première rencontre, thérapie, rencontres d'évaluation*. (Au total, le nombre d'heures requis pour participer à ce groupe est d'environ 15 heures, réparties sur une période de 9 mois incluant la thérapie et les évaluations à l'aide de questionnaires.)

-Première rencontre. Cette rencontre vise à vous présenter la recherche, à répondre à vos questions et à évaluer votre condition à l'aide de 4 questionnaires. Cette rencontre dure environ une 1h30.

-Thérapie. Ensuite, vous participerez à une thérapie brève comprenant 10 séances thérapeutiques ou moins d'une heure chacune, réparties sur une période d'environ trois mois. Ces entrevues sont enregistrées (audio) afin d'aider le thérapeute. Ces enregistrements sont effacés après la thérapie.

-Rencontres d'évaluation. À la fin de la thérapie et encore 6 mois plus tard, vous serez invités à remplir à nouveau les questionnaires utilisés lors de la première rencontre.

C. Inconvénients

Il y a peu ou pas d'inconvénient à participer à cette étude, sauf celui d'investir le temps requis environ 15 heures.

D. Bénéfices

Votre participation à cette étude permettra de bénéficier d'une aide personnalisée pour améliorer votre condition de vie au travail.

E. Coût

Votre participation à cette étude ne comporte aucun coût. Vous devez toutefois assurer les frais de transport pour vous rendre aux rendez-vous.

F. Confidentialité

Toutes les mesures nécessaires seront prises pour protéger la confidentialité des informations obtenues, ainsi que l'anonymat des données recueillies. Pour les analyses, les résultats individuels seront codés. Votre identité ne sera jamais dévoilée dans les rapports, présentations ou publications découlant de cette recherche. Enfin, *aucune donnée concernant les participants à cette recherche ne sera acheminée aux archives médicales*. Le visionnement ou l'écoute des enregistrements audio ou vidéo sont réservés exclusivement à la chercheuse et à son directeur de recherche, le docteur Jacques Charest, psychologue. Ces enregistrements seront effacés à la fin de l'étude. Seulement les entrevues thérapeutiques sont enregistrées.

G. Présentation des résultats

Les résultats obtenus dans la présente étude seront accessibles à la communauté scientifique par le biais d'un mémoire, de présentations à des congrès scientifiques ou d'articles scientifiques. Tel que mentionné précédemment, votre identité ne sera jamais dévoilée. Enfin, il me fera plaisir de vous faire parvenir le résumé des résultats de la recherche lorsqu'ils auront été analysés. Veuillez indiquer si vous désirez recevoir ce résumé :

OUI _____ NON _____

4.3 H. Questions

4.4 Si vous avez des questions à propos de cette étude, vous pouvez me rejoindre au numéro indiqué sous ma signature ci-bas.

I. Participation volontaire

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous décidez d'y participer, vous

êtes libre de vous retirer en tout temps. Votre refus ou retrait de l'étude ne modifiera en rien la qualité et la quantité des soins que vous recevrez ou auxquels vous avez droit.

Votre signature indique que vous choisissez de participer.

Date

Signature (participant-e)

Linda Turcotte, (819) 787-2216

Veillez conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT B

Titre du projet :

Thérapie brève auprès de travailleurs du
Réseau de la santé et des services sociaux en épuisement professionnel

Nom de la chercheuse : Linda Turcotte

Durée : juin 2003 à août 2004

H. But

Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la thérapie brève pour aider des personnes en épuisement professionnel.

La responsable de cette étude est Linda Turcotte, agente en relations humaines (thérapeute) du Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores Boréales et étudiante à la maîtrise en sciences cliniques à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Vous êtes invités à participer à cette étude parce que vous rencontrez les conditions suivantes.

- Être travailleur du RSSS et demeurer en Abitibi-Témiscamingue
- Être âgé de 20 à 55 ans et avoir entre 1 et 30 ans d'expérience
- Être en épuisement professionnel selon l'évaluation à un test (Maslach Burnout Inventory)
- Être au travail.

I. Procédure

Si vous acceptez de participer à cette étude, voici les deux étapes à venir : *rencontre initiale et rencontre finale d'évaluation*. (Le nombre d'heures total de participation à ce groupe est de 5 heures réparties en 2 rencontres effectuées sur une période d'environ 9 mois.)

-Rencontre initiale. Cette rencontre vise à vous présenter la recherche, à répondre à vos questions et à évaluer votre condition à l'aide de 4 questionnaires. Cette rencontre dure environ une heure.

-Rencontre finale d'évaluation. Elle est organisée 9 mois après la première rencontre d'évaluation. L'évaluation sera effectuée comme la première fois.

J. Inconvénients

Il y a peu ou pas d'inconvénient à participer à cette étude, sauf celui d'investir le temps requis environ 5 heures.

K. Bénéfices

Afin de couvrir vos frais de transport pour vous rendre aux rendez-vous, vous recevrez 25\$ pour chacune des 2 rencontres. Il n'y aura pas d'autres bénéfices sauf celui de permettre de mieux comprendre et de documenter l'évolution du phénomène de l'épuisement professionnel.

L. Coût

Votre participation à cette étude ne comporte aucun coût. Vous devez toutefois assurer les frais de transport pour vous rendre aux rendez-vous.

M. Confidentialité

Toutes les mesures nécessaires seront prises pour protéger la confidentialité des informations obtenues, ainsi que l'anonymat des données recueillies. Pour les analyses, les résultats individuels seront codés. Votre identité ne sera jamais dévoilée dans les rapports, présentations ou publications découlant de cette recherche. Enfin, *aucune donnée concernant les participants à cette recherche ne sera acheminée aux archives médicales.*

N. Présentation des résultats

Les résultats obtenus dans la présente étude seront accessibles à la communauté scientifique par le biais d'un mémoire, de présentations à des congrès scientifiques ou d'articles scientifiques. Tel que mentionné précédemment, votre identité ne sera jamais dévoilée. Enfin, il me fera plaisir de vous faire parvenir le résumé des résultats de la recherche lorsqu'ils auront été analysés. Veuillez indiquer si vous désirez recevoir ce résumé :

OUI _____ NON _____

4.5 H. Questions

4.6 Si vous avez des questions à propos de cette étude, vous pouvez me rejoindre au numéro indiqué sous ma signature ci-après.

I. Participation volontaire

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous décidez d'y participer, vous êtes libre de vous retirer en tout temps. Votre refus ou retrait de l'étude ne modifiera en rien la qualité et la quantité des soins que vous recevrez ou auxquels vous avez droit.

Votre signature indique que vous choisissez de participer.

Date

Signature (participant-e)

Linda Turcotte, (819) 787-2216

Veillez conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE IV

Tests utilisés :

Questionnaire socio-économique

MBI : Maslach Burnout Inventory

Analyse de l'Estime de soi

Inventaire de Beck

Caractéristique socio-économique

Veuillez, s'il vous plaît, compléter le questionnaire suivant en répondant à chacune des questions le plus exactement possible.

1. Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone au travail : (____) ____ - _____

Téléphone résidence : (____) ____ - _____

2. Date de naissance : _____

Âge : _____

3. Sexe : Féminin Masculin

4. Titre de votre profession : _____

5. Nombre d'années d'expérience dans ce travail : _____

6. Nombre d'années de travail au RSSS-AB : _____

7. Type de travail occupé :

⇒ Titulaire d'un poste à temps complet Oui Non
Si oui, depuis combien de temps : _____

⇒ Titulaire d'un poste à temps partiel régulier Oui Non
Si oui, depuis combien de temps : _____

⇒ Temps partiel occasionnel avec cédule Oui Non
Depuis combien de temps : _____

⇒ Temps partiel occasionnel sans cédule Oui Non
Depuis combien de temps : _____

8. Quel est votre ou vos quarts de travail, et ce, depuis quand _____

- Jour
- Soir
- Nuit
- Horaire sur rotation, veuillez préciser : _____
- Sur appel, veuillez indiquer les disponibilités que vous avez exprimées :

9. Quels sont vos jours de travail habituels, cochez tous ceux qui correspondent à vous :

- Lundi
- Mercredi
- Vendredi
- Dimanche
- Mardi
- Jeudi
- Samedi

Précisez si ces jours varient d'une semaine à l'autre, exemple : Horaire de 5 jours de travail, 2 jours de congé, etc. :

10. Pour quelle mission travaillez-vous ? Veuillez indiquer leur priorité, s'il y a en plus d'une. (1 indique celle où vous faites le plus d'heures)

- CLSC
- CH La Sarre
- Foyer La Sarre
- CCEM
- CHSLD de Macamic
- Foyer Palmarolle

11. Veuillez indiquer le nombre d'années de scolarité que vous possédez : _____

12. Quel est ou quels sont les diplômes obtenus :

- Pas de secondaire V
- DEP
- Technique collégiale
- Baccalauréat
- Doctorat
- Secondaire V
- Attestation collégiale
- Attestation universitaire
- Maîtrise

13. Quel est votre statut civil :

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Conjoint(e) de fait
- Séparé(e)
- Veuf(ve)

14. Quel est votre type de famille actuelle:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Vit seul(e) | <input type="radio"/> Vit en couple |
| <input type="radio"/> Famille traditionnelle | <input type="radio"/> Famille recomposée |
| <input type="radio"/> Famille monoparentale | |

15. Quel est le type de garde si vous êtes séparé(e) avec des enfants :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Temps complet 7 jours sur 7 | <input type="radio"/> Temps plein 12 jours sur 14 |
| <input type="radio"/> Une semaine sur 2 → 7 jours sur 7 | <input type="radio"/> Temps partiel 2 jours sur 14 |
| <input type="radio"/> Autres, précisez : _____ | |

16. Veuillez indiquer le nombre d'enfants que vous avez : _____

17. Quelle est l'âge de vos enfants, à la maison:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Préscolaire (5 ans et moins) | <input type="radio"/> Primaire (5 à 12 ans) |
| <input type="radio"/> Secondaire (13 à 18 ans) | <input type="radio"/> Majeur (18 ans et plus) |

18. Prenez-vous des antidépresseurs ? Si oui, indiquez le nom du médicament et la dose :

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Depuis combien de temps : _____

19. Avez-vous vécu un arrêt de travail au cours des 5 dernières années ? Si oui, indiquez :

En quelle année : _____

Nombre de temps en arrêt : _____

La cause : _____

CRITÈRES CLINIQUES

| | OUI | NON |
|----------------------|------------|------------|
| PHYSIQUE | | |
| PLEUR | — | — |
| SOURIT | — | — |
| TRISTE | — | — |
| PSYCHOLOGIQUE | | |
| TROUBLES DE SOMMEIL | — | — |
| FATIGUE CONSTANTE | — | — |
| RETRAIT d'ACTIVITÉ | — | — |

ECHELLE D'ESTIME DE SOI

(ROSENBERG, 1969: traduction: O.CHAMBON. 1992)

Date de cotation:

Nom du patient:

Prénom du patient:

Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé : fortement en accord, en accord, en désaccord, ou fortement en désaccord.

- 1= fortement en accord
 2= en accord
 3= en désaccord
 4= fortement en désaccord

- ___ 1. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.
- ___ 2. Parfois je pense que je ne vauds rien.
- ___ 3. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.
- ___ 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.
- ___ 5. Je sens qu'il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier.
- ___ 6. Parfois, je me sens réellement inutile.
- ___ 7. Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.
- ___ 8. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.
- ___ 9. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).
- ___ 10. J'ai une opinion positive de moi-même.

Procédure de cotation. Le total des notes des items 2, 5, 6, 8, 9 doit être ajouté au total de l'inverse (1 devient 4, 2 devient 3, et réciproquement 3 devient 2 et 4 devient 1) des notes des items 1, 3, 4, 7, 10. Le résultat obtenu correspond à une note d'estime de soi.

SENTIMENTS FACE AU TRAVAIL

Pour chaque item, encerclez le chiffre (de 0 à 6) qui indique la fréquence d'apparition de ces sentiments en vous.

| | FREQUENCE | | | | | | |
|---|-----------|--|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | jamais | quelques fois par année ou moins | une fois par mois ou moins | quelques fois par mois | une fois par semaine | quelques fois par semaine | chaque jour |
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je me sens épuisé(e) à la fin de ma journée de travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je peux facilement comprendre ce que mes clients ressentent. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. J'ai l'impression que je traite quelques clients comme s'ils étaient des objets impersonnels. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Je me sens vidé(e) par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Je sens que j'influence positivement la vie des autres personnes par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 0. Je suis devenu(e) plus insensible envers les gens depuis que je fais ce travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. J'ai peur que ce travail m'éloigne de mes émotions. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je me sens très énergique. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Je sens que je travaille trop fort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Je ne m'inquiète pas vraiment de ce qui arrive à certains clients. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension sur moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Je peux facilement créer une atmosphère relaxante avec les clients. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Je me sens vivifié(e) après avoir travaillé intensivement avec les clients. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. J'ai accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Dans mon travail, je fais face aux problèmes émotionnels très calmement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Je sens que des clients me blâment pour certains de leurs problèmes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Version anglaise : James Battle

Version française : Jean-Marc Chevrier

FORMULE AD

Nom _____ Âge _____ Date de naissance _____

Examineur(trice) _____ Date _____

Total _____ G _____ S _____ P _____ L _____

Directives

Veillez indiquer vos réponses à chaque question de la façon suivante. Si la question décrit comment vous vous sentez (ou réagissez) habituellement, noircissez le carré situé dans la colonne du «oui». Si la question ne décrit pas comment vous vous sentez habituellement, noircissez le carré situé dans la colonne du «non». Vous êtes prié/e de ne choisir qu'une colonne, celle du «oui» ou celle du «non», pour chacune des 40 questions. Ceci *n'est pas* un examen, et il n'y a pas de «bonnes» ou de «mauvaises» réponses.



INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES, INC.
34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9

Une version finale suite à une étude critique de quatre traductions différentes :
Jean-Marc Chevrier, Malko von Osten, Michelle Pharand et Lucile Jacques.

Copyright © 1991, © 1981 by Pro-Ed, Inc. pour la version anglaise.

Copyright © 1994 par l'Institut de Recherches psychologiques, inc. pour la version française. Tous droits réservés.

SBN : 2-89109-143-4

Imprimé au Canada

Dépôt légal : 2e trimestre 1994
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. N'avez-vous que quelques amis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pouvez-vous faire la plupart des choses aussi bien que les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aimez-vous tous les gens que vous connaissez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Passez-vous seul/seule la plus grande partie de vos temps libres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Êtes-vous content/contente d'être un homme/une femme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Est-ce que la plupart des gens que vous connaissez vous aiment ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. En général, est-ce que vous réussissez bien lorsque vous entreprenez des travaux importants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous déjà pris quelque chose qui ne vous appartenait pas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Êtes-vous aussi intelligent/intelligente que la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous sentez-vous aussi important/importante que la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Êtes-vous facilement déprimé/déprimée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Changeriez-vous beaucoup de choses à votre sujet si c'était possible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Dites-vous toujours la vérité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Paraissez-vous aussi bien que la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Y-a-t-il beaucoup de gens qui ne vous aiment pas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Êtes-vous habituellement tendu/tendue ou anxieux/anxieuse ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Manquez-vous de confiance en vous-même ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Vous arrive-t-il parfois de raconter des potins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Avez-vous l'impression de n'être bon à rien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Êtes-vous aussi fort/forte et en aussi bonne santé que la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Vous sentez-vous facilement blessé/blessée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vous est-il difficile d'exprimer vos sentiments ou vos opinions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Vous arrive-t-il de vous fâcher ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Avez-vous souvent honte de vous-même ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. En général, est-ce que la plupart des gens réussissent mieux que vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Vous sentez-vous souvent mal à l'aise sans savoir pourquoi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Souhaiteriez-vous être aussi heureux/heureuse que les autres semblent l'être ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Vous arrive-t-il d'être timide ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Êtes-vous un/une raté/ratée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Les gens aiment-ils vos idées ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Vous est-il difficile de rencontrer des gens nouveaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Vous arrive-t-il de mentir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Êtes-vous souvent bouleversé/bouleversée, contrarié/contrariée par quelque chose ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Est-ce que la plupart des gens respectent vos opinions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Êtes-vous plus sensible que la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Êtes-vous aussi heureux/heureuse que la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Vous arrive-t-il d'être triste ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Êtes-vous tout à fait dépourvu/e d'initiative ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Êtes-vous souvent inquiet/inquiète ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INVENTAIRE DE BECK

Cet inventaire est un instrument qui a pour but d'aider à déterminer comment vous vous sentez actuellement.

DIRECTIVES :

Vous remarquerez que ce questionnaire comprend des phrases numérotées de 1 à 21. Ces phrases sont regroupées par séries de 4 phrases (ex : 8.0, 8.1, 8.2, 8.3). Lisez attentivement chacune des phrases d'une série et encerclez le numéro de la phrase qui reflète le mieux comment vous vous êtes sentis depuis quelques jours.

Après avoir terminé, vérifiez si vous avez bien répondu à chacune des 21 questions. Il peut arriver que vous hésitez entre 2 réponses à une question. Si c'est le cas, encerclez la dernière de ces questions. *Une seule réponse par question.*

Note : La valeur de cet inventaire dépend de l'exactitude des réponses que vous donnez. Prenez donc tout votre temps pour répondre correctement, donnez la réponse qui correspond à comment vous vous sentez réellement et non comment vous aimeriez vous sentir ou que vous aimeriez que les autres vous voient.

- 1.0 Je ne me sens pas triste.
 - 1.1 Je me sens triste.
 - 1.2 Je me sens triste tout le temps et je n'arrive pas à me remettre d'aplomb.
 - 1.3 Je suis tellement triste ou malheureux que je n'arrive pas à le supporter.
-
- 2.0 Je ne me sens pas particulièrement découragé à propos du futur.
 - 2.1 Je me sens découragé à propos du futur.
 - 2.2 J'ai le sentiment que rien de bon ne m'attend dans le futur.
 - 2.3 J'ai le sentiment que le futur est sans espoir et que ma situation ne peut s'améliorer.
-
- 3.0 Je n'ai pas le sentiment que ma vie est un échec.
 - 3.1 J'ai l'impression d'avoir vécu plus d'échecs que la moyenne des gens.
 - 3.2 Quand je fais le bilan de ma vie, date, tout ce que je vois c'est une série d'échecs.
 - 3.3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
-
- 4.0 Je retire autant de plaisir des choses que d'habitude.
 - 4.1 Je ne retire plus autant de plaisir des choses qu'avant.
 - 4.2 Je ne retire plus de satisfaction de rien.
 - 4.3 Tout m'ennuie ou me rend mécontent.
-
- 5.0 Je ne me sens pas souvent coupable.
 - 5.1 Je me sens assez souvent coupable.
 - 5.2 Je me sens très coupable la plupart du temps.
 - 5.3 Je me sens tout le temps coupable.

- 6.0 Je n'ai pas, actuellement, le sentiment d'être puni pour quelque chose que j'ai fait.
- 6.1 J'ai l'impression qu'à un moment donné, je pourrais être puni pour quelque chose que j'ai fait.
- 6.2 Je m'attends à être puni.
- 6.3 J'ai actuellement l'impression d'être puni.
-
- 7.0 Je ne me sens pas déçu de moi-même.
- 7.1 Je suis déçu de moi-même.
- 7.2 Je suis écœuré de moi-même.
- 7.3 Je me déteste.
-
- 8.0 Je ne me sens pas plus inadéquat que la moyenne des gens.
- 8.1 Je me critique pour mes faiblesses ou mes erreurs.
- 8.2 Je me blâme tout le temps pour mes fautes.
- 8.3 Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.
-
- 9.0 Je n'ai aucune idée de me suicider.
- 9.1 J'ai des idées suicidaires, mais je ne me suiciderais pas.
- 9.2 J'aimerais me suicider.
- 9.3 Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
-
- 10.0 Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- 10.1 Je pleure plus actuellement que d'habitude.
- 10.2 Je pleure tout le temps actuellement.
- 10.3 J'étais capable de pleurer auparavant, mais maintenant, j'en suis incapable même si je le voulais.

- 11.0 Actuellement, je ne suis pas plus irrité par les événements que d'habitude.
- 11.1 Je suis actuellement un peu plus irrité par les événements que d'habitude.
- 11.2 Je me sens irrité ou contrarié la plupart du temps.
- 11.3 Actuellement, je me sens continuellement irrité.
-
- 12.0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres personnes.
- 12.1 Je suis moins intéressé par les gens que je l'étais.
- 12.2 J'ai perdu presque tout mon intérêt pour les autres.
- 12.3 J'ai complètement perdu l'intérêt pour les autres.
-
- 13.0 Je prends des décisions aussi facilement que d'habitude.
- 13.1 Je remets plus souvent à plus tard les décisions que j'ai à prendre.
- 13.2 J'ai plus de difficulté qu'avant à prendre des décisions.
- 13.3 Je ne suis plus capable de prendre aucune décision.
-
- 14.0 Je n'ai pas l'impression d'être moins séduisant actuellement qu'auparavant.
- 14.1 J'ai peur d'avoir l'air vieux et peu séduisant.
- 14.2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents dans mon apparence physique qui font que j'ai l'air peu séduisant.
- 14.3 Je crois que les gens me trouvent laid.

- 15.0 Je suis autant capable de travailler qu'auparavant.
- 15.1 Ça me demande un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
- 15.2 Je dois me pousser très fort dans le dos pour faire quoi que ce soit.
- 15.3 Je suis incapable de faire quoi que ce soit.
-
- 16.0 Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
- 16.1 Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
- 16.2 Je me réveille 1 heure ou 2 heures plus tôt que d'habitude et je trouve difficile de me rendormir.
- 16.3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne peux me rendormir.
-
- 17.0 Je ne me fatigue pas plus que d'habitude.
- 17.1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 17.2 Presque toutes les activités me fatiguent.
- 17.3 Je suis trop fatigué pour faire quoi que ce soit.
-
- 18.0 Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
- 18.1 Mon appétit est moins bon que d'habitude.
- 18.2 Mon appétit est très diminué actuellement.
- 18.3 Je n'ai plus du tout d'appétit.
-
- 19.0 Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement.
- 19.1 J'ai perdu plus de 5 livres dernièrement.
- 19.2 J'ai perdu plus de 10 livres dernièrement.
- 19.3 J'ai perdu plus de 15 livres dernièrement.

- 20.0 Mon état de santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude.
- 20.1 Des problèmes physiques (constipation, estomac dérangé, etc.) ou certaines douleurs me préoccupent actuellement.
- 20.2 Mes problèmes physiques m'inquiètent beaucoup et j'ai de la difficulté à penser à d'autre chose.
- 20.3 Je suis tellement inquiet de mes problèmes physiques que je suis incapable de penser à autre chose.
-
- 21.0 Je n'ai pas remarqué de diminution récente de mon intérêt pour la sexualité
- 21.1 Je suis moins intéressé que d'habitude à la sexualité
- 21.2 Je suis beaucoup moins intéressé à la sexualité maintenant que dernièrement.
- 21.3 J'ai perdu tout intérêt pour la sexualité dernièrement.

ANALYSE DES TESTS

Inventaires de l'estime de soi sans aspect culture, Adultes

Tableau 1 résultat global au test CFSEI-2

| Classification | Résultat |
|-------------------------|-----------|
| Très élevé (excellente) | 30 et + |
| Élevé (bonne) | 27-29 |
| Moyen | 20-26 |
| Faible | 14-19 |
| Très faible | 13 et - |
| Résultat maximal | 32 |

| Sous-tests | Très élevé | Élevé | Moyen | Faible | Très faible | Résultat maximum |
|------------------|------------|-------|-------|--------|-------------|------------------|
| Général | 15 | 13-14 | 7-12 | 5-6 | 4 - | 16 |
| Social | 8 | 6-7 | 4-5 | 2-3 | 1 - | 8 |
| Personnel | 8 | 6-7 | 4-5 | 2-3 | 1- | 8 |

| Interprétation | Résultats |
|--|-----------|
| Excellent | 39-40 |
| Très bonne | 36-38 |
| Bonne (prudent) | 33-35 |
| Faible estime de soi (danger) | 30-32 |
| Très faible estime de soi (dépression, stress intense) | 26-29 |
| Consultation (besoin d'aide) | 25 et - |
| Résultat maximum | 40 |

Inventaire de dépression de Beck

| Niveau de dépression | Résultat |
|---|-----------|
| Variation normales de l'humeur | 1-10 |
| Léger dérangement de l'humeur | 11-16 |
| À la limite inférieur d'un état dépressif | 17-20 |
| Dépression d'intensité moyenne | 21-30 |
| Dépression sévère | 31-40 |
| Dépression majeure | 41 et + |
| Résultat maximum | 63 |

Maslach Burnout inventory (Sentiment face au travail)

Étendue de l'épuisement professionnel

| Sous tests | Faible | Moyen Intermédiaire | Élevé | Résultat maximum |
|---------------------------|---------------|--------------------------------|--------------|-----------------------------|
| Épuisement émotionnel | 16 | 17-26 | ≥ 27 | 54 |
| Dépersonnalisation | ≤ 6 | 7-12 | ≥ 13 | 30 |
| Accomplissement personnel | ≥ 39 | 38-32 | ≤ 6 | 48 |

ANNEXE V**Analyse de variance Hotelling, égalité des groupe**

TABLEAU A.1

Analyse de la variance multivarié de type HotellingT²

**Variable dépendante au Prétest
effets inter groupe**

| Variable | F | Signification |
|---------------------------|----------|----------------------|
| Rosenberg | ,21 | ,65 |
| Estime de soi | | |
| MBI | ,24 | ,64 |
| Épuisement émotionnel | | |
| Dépersonnalisation | ,66 | ,42 |
| Accomplissement personnel | 1,40 | ,24 |
| CFSEI-2 | ,35 | ,56 |
| Estime de soi global | | |
| Estime de soi générale | ,81 | ,37 |
| Estime de soi social | 1,06 | ,31 |
| Estime de soi personnel | ,017 | ,89 |
| Constance des réponses | 2,39 | ,13 |
| Inventaire de Beck | ,01 | ,93 |
| Variation de l'humeur | | |

ANNEXE VI

Test de corrélation

Tableau A.3
Corrélations entre les variables
Post-test

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|----|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|--------|
| 1 | Rosenberg Estime de soi | 1 | -,741** | -,387* | ,542** | ,717** | ,718** | ,542** | ,702** | ,037 | -,797** | -,163 |
| 2 | MBI Épuisement émotionnel | -,741** | 1 | ,540* | -,601** | -,693** | -,670** | -,512** | -,723** | -,024 | ,769** | ,040 |
| 3 | MBI Dépersonnalisation | -,387* | ,540** | 1 | -,324 | -,392* | -,384* | -,239 | -,435** | -,134 | ,468** | ,008 |
| 4 | MBI Accomplissement personnel | ,542** | -,601** | -,324 | 1 | ,585** | ,595** | ,480** | ,534** | ,116 | -,648** | -,039 |
| 5 | CFSEI-2 Globale | ,717** | -,693** | -,392* | ,585** | 1 | ,980** | ,874** | ,931** | -,164 | -,920** | -,285 |
| 6 | CFSEI-2 Générale | ,718** | -,670** | -,384* | ,595** | ,980** | 1 | ,826** | ,875** | -,125 | -,910** | -,338* |
| 7 | CFSEI-2 Sociale | ,542** | -,512** | -,239 | ,480** | ,874** | ,826** | 1 | ,700** | -,155 | -,781** | -,189 |
| 8 | CFSEI-2 Personnelle | ,702** | -,723** | -,435** | ,534** | ,931** | ,875** | ,700** | 1 | -,197 | -,860** | -,218 |
| 9 | CFSEI-2 constance | ,037 | -,024 | -,134 | ,116 | -,164 | -,125 | -,155 | -,197 | 1 | ,156 | ,094 |
| 10 | Beck | -,797** | ,769** | ,468** | -,648** | -,920** | -,910** | -,781** | -,860** | ,156 | 1 | ,198 |
| 11 | Nombre de temps en semaine | -,163 | ,040 | ,008 | -,039 | -,285 | -,338* | -,189 | -,218 | ,094 | ,198 | 1 |

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Tableau A.2
Corrélations entre les variables
Pré-test

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|-------------------------------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|
| 1 | Rosenberg Estime de soi | 1 | -,300 | -,087 | ,194 | ,610** | ,625** | ,363* | ,472** | -,118 | -,394* |
| 2 | MBI Épuisement émotionnel | -,300 | 1 | ,440** | -,541** | -,460** | -,464** | -,359* | -,365* | ,293 | ,431** |
| 3 | MBI Dépersonnalisation | -,087 | ,440** | 1 | -,133 | -,152 | -,130 | -,214 | -,089 | ,257 | ,222 |
| 4 | MBI Accomplissement personnel | ,194 | -,541** | -,133 | 1 | ,398* | ,380* | ,442** | ,233 | ,060 | -,361* |
| 5 | CFSEI-2 Globale | ,610** | -,460** | -,152 | ,398* | 1 | ,946** | ,813** | ,789** | -,195 | -,774** |
| 6 | CFSEI-2 Générale | ,625** | -,464** | -,130 | ,380* | ,946** | 1 | ,723** | ,623** | -,240 | -,683** |
| 7 | CFSEI-2 Sociale | ,363* | -,359* | -,214 | ,442** | ,813** | ,723** | 1 | ,471** | -,286 | -,687** |
| 8 | CFSEI-2 Personnelle | ,472** | -,365* | -,089 | ,233 | ,789** | ,623** | ,471** | 1 | -,143 | -,616** |
| 9 | CFSEI-2 constance | -,118 | ,293 | ,257 | ,060 | -,195 | -,240 | -,286 | -,143 | 1 | ,060 |
| 10 | Beck | -,394* | ,431** | ,222 | -,361* | -,774** | -,683** | -,687** | -,616** | ,060 | 1 |

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).