La pratique en oncologie peut être à la fois source de stress et source de satisfaction

Work in the field of oncology may be simultaneously stressful and satisfying

L. Fillion

© Springer-Verlag France 2011

Un numéro spécial sur la souffrance et le soutien des soignants : quelle belle initiative et quelle belle façon de créer un espace de réflexion sur ce qui épuise et ce qui alimente le soignant.

La sortie de ce numéro spécial sur le stress et le soutien aux soignants tombe d'ailleurs à point.

Le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé de la France, vient de déposer son rapport final, le 11 avril dernier, sur les risques psychosociaux au travail [2]. La rédaction de ce rapport a impliqué une synthèse des écrits et la consultation d'experts. Le rapport (p.15) propose de regrouper les facteurs psychosociaux de risque au travail de la façon suivante :

« Les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par la littérature scientifique peuvent être regroupés autour de six axes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail ».

Le regroupement proposé de ces facteurs de risque au travail s'applique particulièrement bien dans le secteur de l'oncologie. Les articles sélectionnés pour ce numéro touchent directement ou indirectement cinq de ces six axes.

Intensité du travail

Dans le rapport (p. 85) sur les facteurs psychosociaux de risque au travail, l'intensité du travail représente le premier axe et est décrite ainsi :

« Le caractère exigeant du travail peut provenir du temps qu'il occupe ou de son intensité. Les exigences temporelles sont liées à la durée du travail et à l'organisation du temps de travail. L'intensité du travail se traduit en termes de facteurs psychosociaux de risque à travers des concepts tels que ceux de « demande psychologique » (Karasek, 1979) ou « d'efforts » (Siegrist, 2004) ».

L'intensification du travail est notable dans le secteur de l'oncologie. Déjà au début des années 2000, l'augmentation de la charge et de la complexité du travail et ses effets sur la détresse, la satisfaction et l'épuisement au travail étaient décrits chez les soignants en oncologie [1,4].

L'intensité inclut à la fois quantité, qualité et complexité du travail. En oncologie, les taux à la hausse de survie relative au cancer reflètent non seulement les progrès dans le dépistage, le traitement et le suivi des cancers, mais ils illustrent aussi la complexité des savoirs et des compétences que doit acquérir et maintenir le soignant. S'ajoutent à cela des caractéristiques particulières et propres à l'oncologie [4,7,10] qui sont résumées ou mentionnées d'ailleurs dans l'introduction de plusieurs articles de ce numéro.

Le rapport reconnaît donc en premier lieu l'importance de mesurer l'intensité du travail et soulève que la situation économique en France, à l'instar de plusieurs autres pays, a été associée à une période d'intensification du travail au cours des années 1980, puis au début des années 1990 et que l'intensité est demeurée à un niveau élevé depuis.

L'article proposé par Fillion et al. sur le stress au travail des infirmières aborde d'ailleurs ce facteur de risque en sélectionnant les concepts de demandes psychologiques et d'efforts tels que mentionnés dans ce rapport. Cet article illustre indirectement cette forme d'intensification qui se reflète par une augmentation des demandes psychologiques et une diminution de la satisfaction au travail.

Quant aux pistes de solutions, comme il est difficile de s'attarder à la source économique, certains auteurs proposent une gestion personnelle du stress par la recherche d'un

L. Fillion (✉)

Faculté des Sciences Infirmières,
université Laval Pavillon Vandry, local 3485,
1050 Avenue de la médecine, Québec, Qc, G1V 0A6
e-mail : lise.fillion@fsi.ulaval.ca

meilleur équilibre entre les demandes du travail et les ressources personnelles [9]. Ils recommandent notamment aux soignants de reconnaître et préciser leurs buts professionnels, d'optimiser la cohérence entre leurs valeurs personnelles et celles du travail en recherchant les meilleurs arrimages personne-milieu de travail ; en précisant la nature des sources de stress spécifiques au travail et en déployant une approche active pour éliminer à la source les facteurs contrôlables.

Allant au-delà d'un discours théorique, l'article de Vachon et Fillion propose une approche existentielle qui vise notamment l'approfondissement de la prise de conscience des sources de sens et des valeurs. L'approche encourage l'exploration des sources de sens propres à l'accompagnement de la personne en fin de vie, dans le but de faciliter notamment cet arrimage et d'augmenter la satisfaction au travail.

Le sens au travail est d'ailleurs de plus en plus souvent mentionné comme variable pertinente à intégrer dans les modèles de stress au travail [3,6]. D'autres recherches sur ce thème vont sans doute apporter un éclairage nouveau et contribuer à faciliter l'équilibre entre les demandes et les ressources.

Exigences émotionnelles

En second lieu, le travail de soignants en oncologie et en soins palliatifs est reconnu comme un secteur comportant des exigences émotionnelles. Selon le rapport (p.15) :

« Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit lors du travail. Devoir cacher ses émotions est également exigeant. »

L'exposition à la détresse et à la souffrance des personnes atteintes de cancer et de leurs proches constitue un premier exemple. Les personnes atteintes de cancer rapportent plus de symptômes de détresse que la population en général [5]. La détresse associée au cancer est une expérience émotionnelle désagréable de nature émotionnelle, psychologique, sociale ou spirituelle qui interfère avec la capacité à faire face au cancer, aux symptômes physiques et aux traitements qu'il nécessite [8]. Environ 50 % des personnes atteintes de cancer vivront une détresse passagère au cours de la trajectoire de soins. Pour l'autre moitié, cette détresse sera plus intense et s'échelonnera sur une plus longue période de temps. Tout au long du continuum du cancer, la personne atteinte confronte plusieurs sources de stress qui nécessitent la mobilisation de ses capacités d'adaptation. La détresse est fréquemment observée et le soignant doit composer avec ce phénomène. Certaines situations demeurent sans résolution possible, et le soignant peut vivre de l'impuissance.

Pour soutenir le soignant face à la complexité de certains problèmes d'ordre psychosocial qui s'ajoutent aux problèmes physiques et pratiques associés au fait d'avoir le cancer, l'article de McLeod reconnaît les besoins de formation en interventions psychosociales chez les intervenants et les soignants en oncologie et propose des formations pratiques sur des sujets pourtant complexes. Elle illustre son propos auprès de données recueillies chez des infirmières qui ont suivi cette formation en ligne offerte en anglais et en français.

L'article de Vanbockstael et al. décrit par ailleurs une autre approche de soutien en milieu de travail, le groupe de parole, qui permet de créer un espace de parole et d'échanges pour le soignant. Ce concept de création d'un espace est d'ailleurs repris dans d'autres articles comme celui de Colombat et de Vachon.

Problèmes d'autonomie ou manque de latitude décisionnel

Comme troisième facteur de risque psychosocial, le rapport (p.15) souligne les problèmes d'autonomie.

« L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur dans son travail, dans sa participation à la production de richesses et dans la conduite de sa vie professionnelle. Comme la « latitude décisionnelle » du questionnaire de Karasek, elle inclut non seulement les marges de manœuvre, mais aussi la participation aux décisions ainsi que l'utilisation et le développement des compétences. La notion d'autonomie comprend l'idée de se développer au travail et d'y prendre du plaisir. »

L'article de Chamillot aborde ce point en décrivant les souffrances de certains soignants comme les infirmières dans le processus de décision lors de la transition soins curatifs/soins palliatifs. Ce processus exclut trop souvent l'infirmière qui connaît pourtant le soigné.

En revanche, l'article de Bolly décrit une intervention pouvant constituer une piste intéressante pour solutionner les problèmes de souffrance éthique souvent associés à ces processus de décision conflictuels.

Par ailleurs, l'article rédigé par Turner et al. présente une synthèse des solutions pour soutenir les soignants en oncologie et s'intéresse particulièrement à la combinaison de facteurs organisationnels et personnels. Ces programmes de formation et de soutien incluent non seulement le développement des compétences et de l'autonomie, mais également l'intégration de la supervision et de mécanismes de mentorat ou de feedback qui permettent le renforcement de ces compétences.

Mauvaise qualité des rapports sociaux au travail

Comme quatrième facteur de risque, le rapport (p.15) fait mention de la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail.

« Les rapports sociaux au travail sont les rapports entre travailleurs ainsi que ceux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Ces rapports sociaux doivent être examinés en lien avec les concepts d'intégration (au sens sociologique), de justice et de reconnaissance. Ils ont fait l'objet de modélisations partielles, dont les mieux validées sont le « soutien social » (modèle de Karasek et Theorell), « l'équilibre effort-récompense » (modèle de Siegrist) et la « justice organisationnelle. »

Ciblant principalement ce facteur de risque, l'article de Colombat et al. propose le management participatif comme une approche permettant l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants. Au-delà des bénéfices pour l'ensemble de l'équipe soignante, les auteurs cherchent à documenter les retombées de cette stratégie organisationnelle sur la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de cancer et des proches.

Conflits de valeurs

Le rapport (p.15) fait mention des conflits de valeurs et de la souffrance éthique comme cinquième axe de regroupement des facteurs de risque au travail.

« Une souffrance éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit de valeurs peut venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle. »

Certaines transitions sur le continuum du cancer sont particulièrement difficiles pour les personnes atteintes et pour les soignants, notamment la transition entre la phase curative et la phase palliative et l'ambiguïté des visées thérapeutiques associée. L'article proposé par Chamillot apporte un éclairage particulier sur le stress vécu par les soignants lors de prise de décision collective.

L'article de Vachon et Fillion propose également des pistes pour une meilleure résolution des conflits en suggérant au soignant d'être en premier lieu conscient de ses valeurs.

Enfin, et de nouveau, l'article de Bolly nous invite à explorer une démarche collective de résolution de dilemmes éthiques souvent au cœur de la souffrance éthique des soignants.

Insécurité

Le rapport (p.15-16) fait également mention d'un dernier axe sur l'insécurité.

« L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique peut provenir du risque de perdre son emploi, du risque de voir baisser le revenu qu'on en tire ou du risque de ne pas bénéficier d'un déroulement « normal » de sa carrière. Des conditions de travail non soutenables sont aussi génératrices d'insécurité. »

Même si cet axe n'a fait l'objet d'aucun article comme tel dans ce numéro, il mérite pourtant quelques réflexions. L'oscillation naturelle entre la croissance et la sécurité est bien connue selon une perspective de développement de l'être humain. Peut-on affirmer que certains soignants maintiennent leur lien d'emploi pour la sécurité aux dépens de leur croissance ? À notre connaissance, alors que beaucoup de recherches ont documenté le lien entre l'intensité des demandes, l'épuisement émotionnel et le désir de quitter l'emploi, peu d'articles sur le stress au travail ont porté sur la façon de considérer une réorientation de carrière lorsque l'équilibre devient impossible et sur comment faciliter ces transitions de vie. Il y a peut-être des moments dans la trajectoire de vie où le choix de nouveaux horizons de travail serait la façon de retrouver l'équilibre demandes-ressources.

En somme, l'équipe responsable de la rédaction de ce numéro espère que les soignants qui prendront connaissance de ces écrits développeront une perception nouvelle de leur travail : être conscient des sources de souffrance, certes, tout comme des facteurs protecteurs ou des programmes de soutien d'une part, mais également des possibilités de développement et de croissance d'autre part.

Après tout, comme nous le rappelle Frankl, le travail lorsqu'on s'y investit par des choix réfléchis et des actions responsables constitue en soi une source de sens !

Références

1. Bourbonnais R, Comeau M, Viens C, et al (1999) La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Sante Ment Que* XXIV(1):136-53
2. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2011) Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. www.college-risquespsychosociaux-travail.fr
3. Fillion L, Tremblay I, Truchon M, et al (2007) Job Satisfaction and Emotional Distress Among Nurses Providing Palliative Care:

- Empirical Evidence for an Integrative Occupational Stress-Model. *Int J Stress Manag* 14(1):1–25
4. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al (2000) Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *JAMC* 163(2):166–9
 5. Institute of Medicine (2008) Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. <http://www.nap.edu/catalog/11993.html>
 6. Jourdain G, Chênevert D (2010) Job–demands–resources, burnout, intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 47:709–22
 7. Lissandre S, Abbay-Huguenin H, Bonnin-Scaon S (2008) Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie* 10:118–24
 8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2008). Clinical practice guidelines in oncology. Retrieved from <http://www.nccn.org/>
 9. Shanafelt T, Chung H, White H, Lyckholm LJ (2006) Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *JCO* 24(24):4020–6
 10. Vachon MLS (1999) Reflections on the history of occupational stress in hospice/palliative care. *Hosp J* 14(3–4):229–46